

Construcción y validación de instrumento de Evaluación del Uso de Tecnologías Leves en Unidades de Terapia Intensiva¹

Pablíane Matias Lordelo Marinho²
Maria Pontes de Aguiar Campos³
Eliana Ofélia Llapa Rodrigues⁴
Cristiane Franca Lisboa Gois⁴
Ikaro Daniel de Carvalho Barreto⁵

Objetivo: construir y validar un instrumento para evaluación del uso de tecnologías leves, por el equipo de enfermería, en Unidades de Terapia Intensiva. Método: estudio metodológico en el cual el instrumento fue elaborado utilizando el método psicométrico para construcción con base en la categorización de las tecnologías en salud de Merhy y Franco, de la Política Nacional de Humanización, la que utilizó la taxonomía Nursing Intervention Classification para categorizar los dominios del instrumento. Para la validación se utilizó el Porcentaje de Concordancia y el Índice de Validez de Contenido (IVC). Resultados: el resultado de la aplicación del Porcentaje de Concordancia entre los jueces fue superior al recomendado de 80%, destacándose la evaluación de la pertinencia al tema propuesto, presentando un porcentaje de concordancia de 99%. Conclusión: el instrumento fue validado en cuatro dominios (Vínculo, Autonomía, Acogimiento y Administración) y con diecinueve ítems que evalúan el uso de las tecnologías leves en Unidad de Terapia Intensiva.

Descriptores: Tecnología Biomédica; Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Estudios de Validación.

¹ Paper extracted from Master's Thesis "Utilização de Tecnologias Leves pela Equipe de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva: um estudo comparativo", presented to Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brazil.

² Specialist in Health Administration, RN, Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brazil.

³ PhD, Associate Professor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brazil.

⁴ PhD, Adjunct Professor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brazil.

⁵ Statistics.

Cómo citar este artículo

Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2816. [Access

↑	↑	↑
mes	día	año

]; Available in:

↑
URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1002.2816>.

Introducción

Las Tecnologías Leves (TL) son importantes para promover la humanización en el cuidado, ya que enfatizan: la relación entre profesional y paciente, la escucha centrada en el paciente y la satisfacción de sus necesidades⁽¹⁻²⁾. Su inserción en el cuidado promueve un impacto en la práctica asistencial, por medio de la selección de modelos asistenciales que fortalecen y califican el proceso de trabajo de la Enfermería⁽³⁾; como resultado, la literatura refiere la valorización del raciocinio clínico para la elaboración del plan de cuidado individualizado⁽⁴⁾.

Esas tecnologías, por su enfoque relacional, se encuentran inseridas en los valores orientadores de la Política Nacional de Humanización (PNH)⁽⁵⁾ introducida en 2003. Esta, busca la producción de sujetos autónomos, protagonistas y corresponsables por el proceso de producción de salud, determinando un conjunto de acciones que promuevan la transformación de los modos de relación y de comunicación entre los sujetos⁽⁶⁾.

Para elaborar el instrumento de evaluación de las TL la *Nursing Intervention Classification* (NIC) fue escogida, por poseer aplicabilidad en diversos campos del cuidado, por su amplitud, su lenguaje clínicamente significativo y por su contemporaneidad clínica y de investigación⁽⁷⁾. En Brasil, el uso de la NIC ha sido aplicado en diversas unidades, por ejemplo: alojamiento conjunto, emergencia, unidades básicas de salud y centro quirúrgico⁽⁸⁾, sin embargo, no existe precedente de utilización de la NIC como herramienta para medir tecnologías leves en Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

En este sentido la evaluación de las tecnologías de la salud tiene el objetivo de analizar sus implicaciones, su costo, su difusión y uso, así como conocer sus efectos sobre la vida humana, el trabajo y la sociedad. Es muy importante evaluar las consecuencias a corto, medio y largo plazo de la utilización de las tecnologías, lo que puede auxiliar la toma de decisiones políticas y clínicas de los administradores de la salud⁽⁹⁾.

La construcción y la validación de instrumentos de investigación han sido método bastante utilizado, una vez que, fue percibida por muchos profesionales de enfermería la necesidad de discutir esos contenidos y constructos aplicados en la práctica diaria, ya que no siempre se encuentran herramientas capaces de medir fielmente esos eventos⁽¹⁰⁾.

Así, validar un instrumento de investigación es un método para analizar la exactitud de una determinada inferencia elaborada a través de los puntajes de un test, más importante que la expresión del valor de un instrumento de medida es la investigación que cubre todo el proceso desde la elaboración, aplicación, corrección e

interpretación de los resultados. Validar el contenido es investigar si ésta responde a todos los aspectos de su finalidad, observando su contenido y relevancia de los objetivos a ser medidos⁽¹¹⁾.

La inexistencia de un instrumento en la literatura que pueda evaluar el uso de TL no apenas incentivó este estudio, como también lo tornó inédito, una vez que, promueve la valorización e incentivo de la humanización en el cuidado⁽¹⁻²⁾ y la evaluación de las tecnologías en salud a través de instrumentos rígidamente elaborados y validados⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Así, el objetivo de este trabajo es presentar un instrumento construido y validado para evaluación del uso de tecnologías leves por el equipo de enfermería de una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), considerando que esas etapas son importantes para conferirle mayor confiabilidad⁽¹¹⁾.

Método

Esta investigación trata del desarrollo metodológico de un instrumento de evaluación del uso de las TL por el equipo de enfermería de una UTI. Primeramente, utilizando la metodología psicométrica de construcción de instrumentos⁽¹²⁾, se realizó la etapa semántica del instrumento, basada en la teoría de Merhy y Franco sobre TL y descritas en la PNH. Fue realizado el levantamiento de las palabras conteniendo el mismo sentido y que se repetían en los conceptos de los autores ya referidos. En seguida se procedió a realizar la correspondencia con las Intervenciones de Enfermería (IE) de la NIC que más representaban los puntos identificados⁽⁷⁾.

El resultado fue la extracción de 19 ítems que fueron agrupados en las dimensiones seleccionadas (Vínculo, Autonomía, Acogimiento y Administración) y la utilización correspondió a la aplicación de las TL. Fueron mantenidos el nombre de las IE, su definición y su código numérico de identificación. Al individualizar el cuidado, la NIC permite que las actividades de cada intervención sean seleccionadas por el profesional de acuerdo con lo que considera más adecuado para cada paciente⁽⁷⁾.

Cada IE está constituida por una lista de actividades que son seleccionadas por el enfermero para cumplir el plan de cuidados individualizado, no siendo establecido un criterio mínimo de actividades para cada plan. Cada una de esas actividades contempla el tiempo necesario para realización de la intervención, definido en minutos, y la formación mínima necesaria para implementación de forma segura, o sea, define acciones para cada miembro del equipo⁽⁷⁾.

Así, en el dominio Vínculo fueron establecidas las siguientes IE⁽⁷⁾: 1) Escuchar Activamente (4920),

2) Contacto (5460), 3) Relaciones Complejas en el hospital (5000), 4) Potenciación de la Seguridad (5380) y 5) Presencia (5340). En el dominio Autonomía: 6) Clarificación de Valores (5480), 7) Ayuda al Autocuidado (1800), 8) Entrenamiento de la Asertividad (4340), 9) Potenciación de la Conciencia de sí Mismo (5390) y 10) Apoyo emocional (5270).

En el dominio Acogimiento: 11) Cuidados de Enfermería al Ingreso (7310), 12) Gestión del Caso (7320), 13) Vigilancia: Seguridad (6654), 14) Informes de turno (8140) y 15) Facilitar las Visitas (7560). En el dominio Administración: 16) Desarrollo de Situación crítica (7640), 17) Apoyo en la Toma de Decisiones (5250), 18) Mejoría del Acceso a la Información Sanitaria (5515) y 19) Protección de los Derechos del Paciente (7460).

Después de la etapa semántica, se pasó a la segunda etapa que fue el método de validación. Este se basó en la validez de contenido por el Porcentaje de Concordancia entre los jueces y por el Índice de Validez de Contenido (IVC). La validación es importante, ya que, el investigador, después de desarrollar el concepto y formular sus dimensiones, lo somete a un grupo de jueces, considerados especialistas en el área; esto debido a que la validación de contenido es basada en el juzgamiento⁽¹³⁾.

Fueron seleccionados seis jueces con base en los criterios adaptados de Fehring⁽¹⁴⁾: ser especialista en Tecnologías en Salud; ser Enfermero Docente actuante en UTI; ser Enfermero Asistencial en UTI por cerca de 10 años; puntuar en los ítems de temática Terapia Intensiva / Tecnologías en Salud: Tesis (02 puntos); Disertación (02 puntos); experiencia práctica (02 puntos); participación en grupo/proyecto de investigación (01 punto) y autoría o coautoría de trabajos publicados en periódicos (01 punto por trabajo, con máximo de 10 puntos).

Los jueces realizaron el juzgamiento de cada ítem del formulario siguiendo seis criterios⁽¹¹⁾: Apariencia (criterio atribuido al aspecto, a la forma y a la exterioridad del formulario); Clareza/comprensión (establece una relación entre la transparencia, la perceptibilidad y la comprensibilidad de los datos); Contenido (se refiere al tenor contenido en cada ítem); Eficiencia / Consistencia (se refiere a la producción de un efecto deseado o a un buen resultado asociado a la realidad, veracidad y firmeza de los datos); Objetividad: (criterio atribuido a la observación de la cuestión en sí; que puede ser entendido sin mezclar ideas personales); y Validez del modelo propuesto (se refiere a la adaptación y a la sintonía del instrumento con los conceptos de las TL de Merhy y Franco⁽¹⁾, de la PNH⁽⁵⁾ y de las Intervenciones de Enfermería de la NIC⁽⁷⁾).

Las evaluaciones fueron encaminadas a los jueces, electrónicamente, con su respectiva descripción. Era permitido marcar apenas una de las siguientes opciones: "Adecuado", "Necesita adecuación" e "Inadecuado" (modificada en una escala tipo Likert) para cada criterio de evaluación del instrumento. En el primer análisis hubo un espacio para comentarios y sugerencias. Al finalizar el llenado electrónico, automáticamente era enviada la respuesta. No fueron sugeridas inclusiones o exclusiones de Intervenciones de Enfermería para el instrumento.

Se atribuyeron a las respuestas las siguientes notas: "Adecuado" = 0, "Necesita Adecuación" = 1 e "Inadecuado" = 2. Para evaluar la validez de contenido fue utilizado el Porcentaje de Concordancia, que para ser considerado satisfactorio entre los jueces debería ser de 80%⁽¹³⁾.

Posteriormente fue aplicado el IVC para medir la proporción o porcentaje de concordancia entre los jueces sobre los ítems⁽¹⁵⁾, cuya tasa o puntaje encontrado en cada ítem no debe ser inferior a 0,78^(13,15).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Sergipe, protocolo nº 875.505, atendiendo a la Resolución nº 466/12 del Consejo Nacional de Salud; el estudio hace parte de la disertación de Maestría en Enfermería "Utilización de Tecnologías Leves por el Equipo de Enfermería en Unidades de Terapia Intensiva: un estudio comparativo". Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado.

Resultados

El instrumento estuvo compuesto por cuatro dominios: Vínculo, Autonomía, Acogimiento y Administración. Cada dominio fue descrito con, por lo menos, cuatro Intervenciones de Enfermería y como máximo por cinco, con sus respectivos números identificadores. No fueron especificadas actividades debido a la libertad dada por la propia NIC al enfermero para seleccionarlás de acuerdo con su realidad y la del paciente. Así, el instrumento fue encaminado con 19 ítems elaborados, realizándose la primera validación de contenido por los jueces.

Estos presentaron edades que variaron de 28 a 56 años (promedio de 40 años y DE \pm 9,7), siendo cinco del sexo femenino (83,3%). Cinco jueces presentaron conocimiento en la temática Terapia Intensiva (13 a 25 años), de estos, tres también con experiencia en Tecnologías en Salud (06 a 12 años) y un juez presentó conocimiento apenas en la temática Tecnologías en Salud (06 años). Cuatro poseían doctorado y un juez dos postdoctorados. Cinco poseían competencia en

por lo menos una lengua extranjera (inglés, español o francés). Así, en los ítems de la temática (Tesis, Disertación, experiencia práctica, participación en grupo de investigación, autoría o coautoría de trabajos publicados en periódicos) obtuvieron un promedio de 6 puntos.

Los especialistas apuntaron siempre sugerencias relacionadas al título del ítem y a la uniformización del

estilo de la redacción; sin embargo, por tratarse de un lenguaje estandarizado por las investigadoras de la Universidad de Iowa no pudieron ser modificadas.

El resultado de la aplicación del Porcentaje de Concordancia entre los jueces fue superior al recomendado de 80% (Figura 1), destacándose la evaluación de la pertinencia al tema propuesto, presentando un porcentaje de concordancia de 99%.

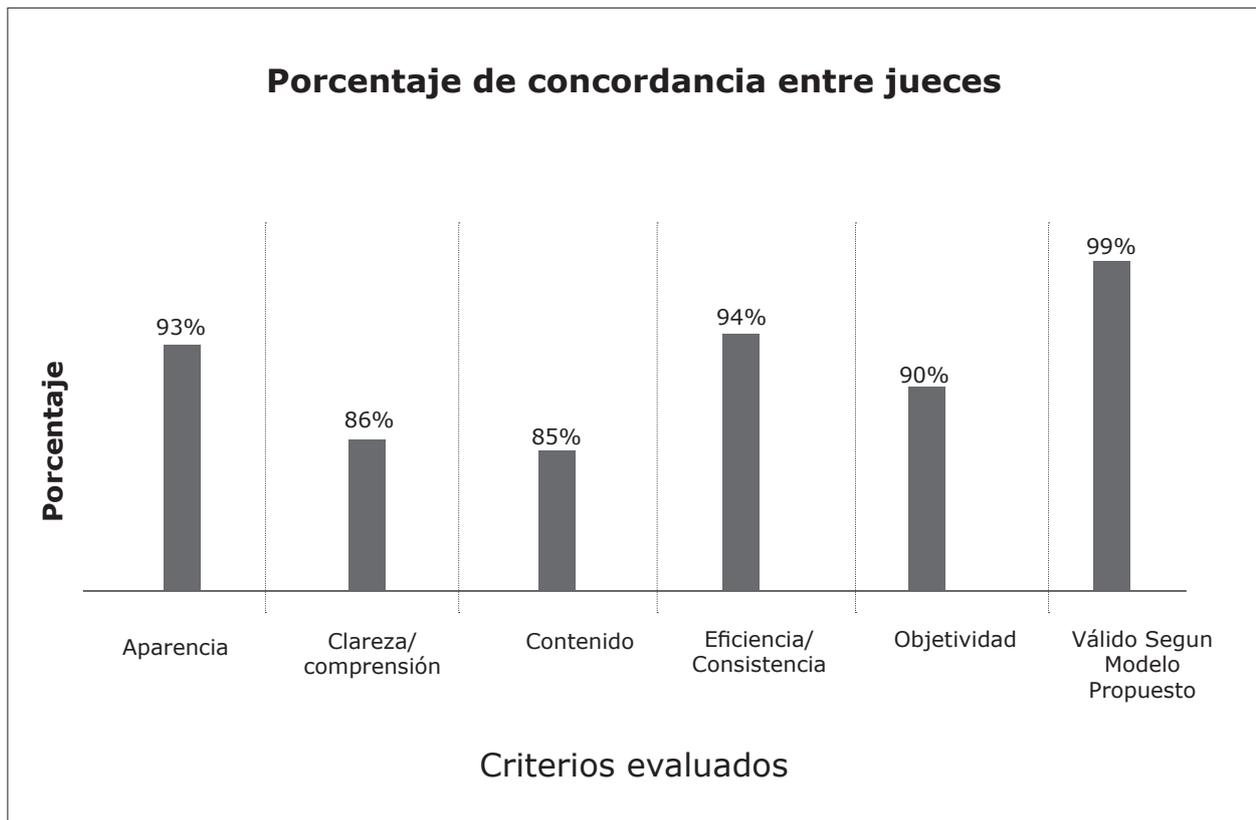


Figura 1 – Porcentaje de Concordancia entre jueces por criterio, Aracaju, SE, Brasil, 2015

Los ítems fueron evaluados por el IVC individualmente y agrupados en cuatro dominios de acuerdo con la clasificación del modelo propuesto: Vínculo, Autonomía, Acogimiento y Administración. El valor promedio de los IVC en el primer análisis fueron 0,90; 0,88; 0,89 y 0,93, respectivamente, y en el segundo 0,93; 0,91; 0,91 y 0,93, o sea, siempre mayor que el valor determinado de $IVC \geq 0,78$.

Tres ítems, en el primer análisis, presentaron IVC menor que 0,78: a) Relaciones Complejas en el hospital (IVC = 0,72), b) Potenciación de la Conciencia de sí

Mismo (IVC = 0,67) y c) Cuidados de Enfermería al Ingreso (IVC = 0,75), que después de la reevaluación por los jueces pasaron a tener los siguientes valores: a) Relaciones Complejas en el hospital (IVC = 0,89), b) Potenciación de la Conciencia de sí Mismo (IVC = 0,83) y c) Cuidados de Enfermería al Ingreso (IVC = 0,89) (Figura 2).

El instrumento construido después de los dos análisis presentó IVC general de 0,92, variando entre 0,83 a 1,00 entre las Intervenciones de Enfermería; 0,91 a 0,93 entre los dominios, o sea, siempre arriba de 0,78 que es lo recomendado por la literatura.

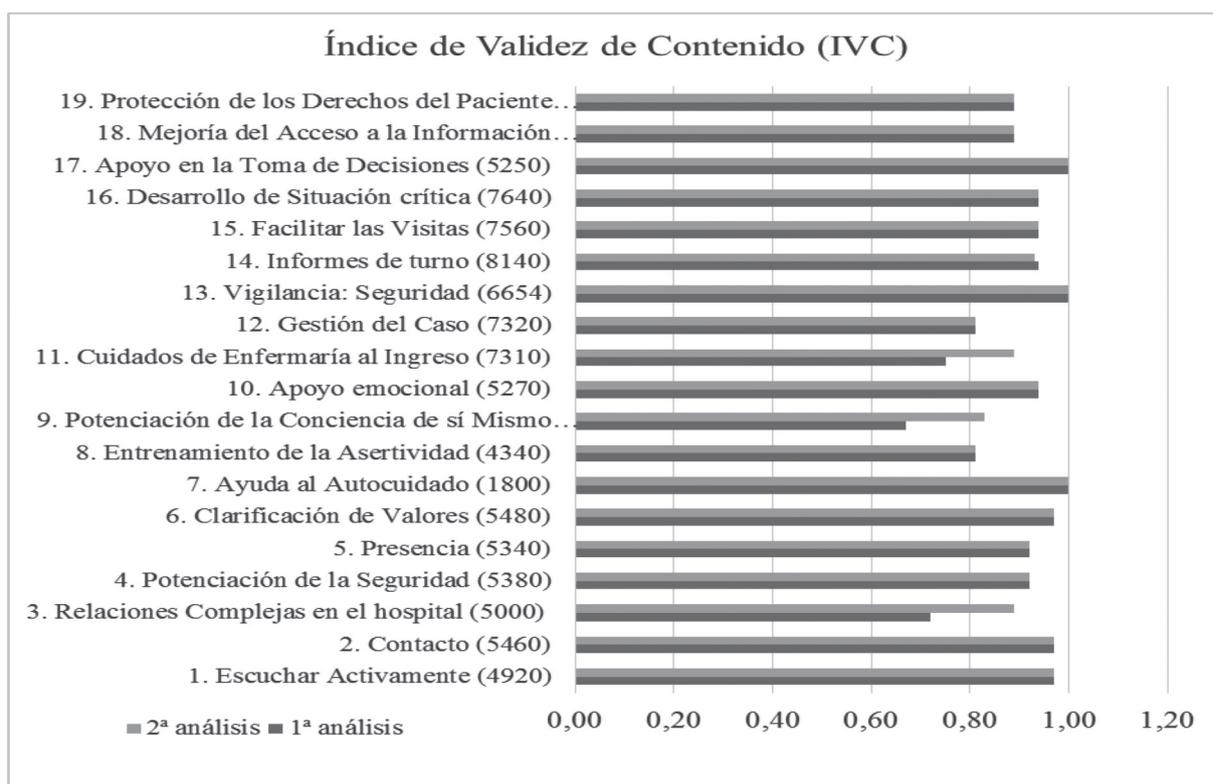


Figura 2 - Índice de Validez de Contenido (IVC) por ítem del Instrumento. Aracaju, SE, Brasil, 2015

Discusión

Las TL proponen procesos de trabajo que valorizan la relación entre el paciente y el profesional de enfermería⁽³⁻⁴⁾. El perfil de los pacientes en UTI en este momento demanda procesos asistenciales específicos, ya que, el cuidado la mayoría de las veces es efectuado por aparatos y equipamientos y la relación profesional-paciente se torna distante e impersonal⁽¹⁶⁾. Así, reflexionar y analizar sobre la construcción y validación de un instrumento de evaluación del uso de las TL torna este estudio relevante e inédito, esto considerando la creciente importancia de la humanización y la seguridad del paciente.

El uso de las TL mejora la atención de la salud, por el reconocimiento de los aspectos psicológicos y sociales, así como, emocionales y espirituales que valorizan el ser humano y la comunicación, por tanto, ayudan a establecer una relación efectiva entre el profesional de enfermería y el paciente e implementando acciones de acogimiento, con la finalidad de tornarlo autónomo; lo que permitirá a la administración del cuidado promover la seguridad y garantizar el derecho del paciente a una asistencia libre de errores⁽¹⁾.

Así siendo, la construcción y validación provee un instrumento que se propone medir fielmente su objetivo⁽¹⁷⁾, en este caso las TL, y así auxiliar a los

profesionales de enfermería a realizar una efectiva implantación de los procesos del cuidado.

La validación de contenido fue realizada por un grupo de seis jueces, número considerado suficiente para ese proceso^(12-13,17). En el primer análisis, el menor porcentaje de concordancia, entre los evaluadores, ocurrió en el ítem claridad/contenido (77%), habiendo sido recomendado por los jueces mejorar el lenguaje, sin embargo, después de enviar una nota explicativa sobre la imposibilidad poder alterar el texto debido al lenguaje estandarizado de la NIC, las IE fueron aceptadas y confirmadas su manutención en el instrumento, pasando para un porcentaje de 86%, superior a lo recomendado⁽¹²⁾.

La aproximación entre las IE y las TL, debido a la intrínseca relación entre ellas y el cuidado prestado por los profesionales de enfermería, reforzó la importancia de la utilización de un lenguaje estandarizado, como el de la NIC, para obtener una categorización del contenido, por medio de una nomenclatura propia⁽⁷⁾.

A pesar de la dificultad relatada por los jueces, la ventaja de la utilización de la NIC está en la posibilidad que tendría el profesional de ampliar la selección de determinadas actividades, y así, enfatizar el carácter individualizado de la asistencia y la participación del paciente en la conducción del plan de cuidados a

ser propuesto, tanto en el ámbito asistencial, como educacional⁽⁷⁾.

Los resultados encontrados sugieren la confiabilidad entre los evaluadores, sin embargo, vale resaltar que la concordancia no es una propiedad fija de los instrumentos de medidas para impedir interferencia del contexto de aplicación, los jueces precisan estar seguros sobre los constructos, descriptores y criterios de evaluación⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Se destaca que los jueces-enfermeros con experiencia en enseñanza, investigación, asistencia y administración fueron esenciales para el proceso de validación del instrumento; el uso del método de Fehring que se adaptó demuestra el creciente interés de los profesionales por la temática de tecnologías que participan en los procesos de trabajo y certifica la pericia sobre los constructos trabajados en este estudio. En ese sentido, reclutar profesionales con mayor tiempo de experiencia en el área asegura mayor exactitud a la selección y evaluación del instrumento⁽¹⁴⁾.

En cuanto a la evaluación por el IVC de los dominios del instrumento, estos presentaron puntajes siempre mayores que el valor determinado de $IVC \geq 0,78$ y en general presentó un puntaje de 0,92. El dominio Vínculo con 0,93 presenta las IE que deben ser aplicadas para fortalecer la relación entre el profesional de enfermería y el paciente. Las investigaciones nacionales e internacionales corroboran que el cuidado de enfermería es un proceso interactivo, recíproco e interpersonal y que la calidad de la atención es percibida por la disponibilidad e interacción física del profesional, o sea por el toque, el cariño y otras acciones que permiten la interacción y el establecimiento de una relación terapéutica y compleja^(6,16,18-19).

Se verifica la dificultad que tiene el profesional de enfermería, que actúa en UTI, en establecer una relación con el paciente grave, especialmente si: está usando el tubo orotraqueal, bajo sedación o cuando se realiza un cuidado de rutina como es el cambio de decúbito; además la mecanización del cuidado, acelerado por el intenso contacto con equipamientos y aparatos, dificulta reconocer la interacción como siendo tecnología asistencial^(3,19).

El dominio Autonomía muestra la manera como las IE se relacionan con acciones que instrumentalizan al paciente a crear reglas de funcionamiento para sí, en el momento que está bajo cuidados intensivos, que lo ayuden a entender la situación experimentada y a enfrentarla. La asistencia prestada debe proporcionar soporte emocional y físico, principalmente, en la realización del autocuidado, especialmente si consideramos las dificultades presentadas por los pacientes internados en UTI^(16,18-19).

El perfil de vulnerabilidad de los pacientes debido: al cuadro de enfermedad y gravedad; a la poca familiaridad con los equipamientos y aparatos; y por las rutinas y con el equipo, transforma la UTI en un lugar hostil para el paciente, familiares y acompañantes. La propia rutina de la unidad se torna un ambiente estresante y con gran riesgo para la seguridad del paciente. Ese cuadro genera sentimientos conflictivos en los profesionales de enfermería que precisan suplir demandas psicológicas, espirituales y sociales, pero, no reciben formación para resolver esas situaciones e inclusive así les cabe resolver, en las actividades diarias, el vacío entre la teoría y la práctica⁽¹⁶⁾.

El dominio Acogimiento contempla las IE que se refieren a la responsabilidad integral que tiene el profesional de enfermería por el paciente, siendo que deben garantizar una atención resolutive y continua, próxima a las personas de referencia de la convivencia social del enfermo. En el acogimiento participan acciones de recolección e intercambio de informaciones que mejoraran la calidad de los cuidados de salud y alcanzaran los resultados deseados; además, el acogimiento realiza la aproximación de los familiares y esclarece las situaciones enfrentadas por los pacientes, especialmente, la flexibilización de horarios de visita^(16,20).

Esa atención acogedora, resolutive y humana está de acuerdo con realidad enfrentada por muchos profesionales, que son condiciones de trabajo insatisfactorio e insalubre, que deben ser evaluadas en el sentido de reflejar las condiciones de trabajo y como eso puede impactar en el cuidado humanizado y en la aplicación de las TL^(16,21).

El dominio Administración muestra la manera como las IE remodelan las formas de administrar los procesos de trabajo dando mayor participación a los pacientes y profesionales de enfermería en la planificación del cuidado y en la defensa de los derechos de los pacientes. En las UTI los profesionales deben - además de todas las funciones asistenciales y gerenciales - actuar como agentes educadores. La educación en esa situación debe estar enfocada en la instrumentalización del paciente para que éste consiga procesar y entender las informaciones relacionadas a la salud, así, él podrá apoyar la toma de decisiones sobre su cuidado, asumiendo una postura dialógica y de respeto a los valores del paciente grave⁽¹⁶⁾.

Las acciones de administración con enfoque en la aplicación de TL genera satisfacción profesional y motivación para realizar acciones cada vez más humanizantes; este hecho es percibido por la sociedad que necesita del cuidado del profesional de enfermería, principalmente en UTI, tornando la asistencia no-tecnicista, así como suministra a los gestores

posibilidades de utilizar estrategias de implementación de la PNH y de las TL^(16,21), especialmente dentro de las UTI.

Este instrumento fue elaborado y validado para ser utilizado en una disertación de Maestría, esto debido a que no hay estudios nacionales o internacionales que contemplen ese vacío, o sea, que permitan la evaluación del uso de TL en UTI.

Conclusión

Este estudio permite concluir que: 1) el instrumento es representativo de lo contenido en las TL, por tanto es capaz de medir su utilización (por el equipo de enfermería) y 2) la barrera relacionada a la proposición de un instrumento fue superada.

Además se concluye que la participación de los especialistas fue efectiva para la validación del instrumento y comprobación de la representación del modelo propuesto.

Se recomienda su reproducción en otros ambientes asistenciales, además de las UTI, ya que puede contribuir para el fortalecimiento de la implantación de la PNH y para un cuidado centrado en el ser humano.

Referências

1. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ; 2005. p. 1-6. [Acesso 13 jan 2013]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>.
2. Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2009, 2 (3):323-327. [Acesso 13 jan 2015]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf.
3. Pereira CDFD, Pinto DPSR, Tourinho FSV, Santos VEP. Tecnologias em Enfermagem e o Impacto na Prática Assistencial. R-BITS [Internet]. 2012; 2(04):29-37. [Acesso 3 jan 2014]. Disponível em: www.ufrn.emnuvens.com.br/reb/article/view/333.
4. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016. 37(1):e50178 [Acesso 12 abr 2016]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/50178/37040>.
5. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. National Policy of Humanization and education of health care professionals: integrative review. Rev Bras Enferm. 2013;66(1):123-27 [Acesso 5 abr 2016].

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>.

6. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2013, 66(4):564-570. [Acesso 28 nov 2015]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267028668015.pdf>.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Trad. de Soraya Imon de Oliveira. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. [Acesso 12 mar 2014]. Disponível em: <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview>.
8. Santos NC, Fugulin FMT. Creation and Validation of an instrument to identify Nursing activities in pediatric wards: information for determining workload. Rev Esc Enferm USP. [Internet]. 2013;47(5):1052-60. [Acesso 3 mar 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1052.pdf.
9. Novaes HMD, Elias FTS. Use of health technology assessment in decision making processes by the Brazilian Ministry of Health on the incorporation of technologies in the Brazilian Unified National Health System. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2013. 29(suppl.1):S7-S16 [Acesso 5 abr 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29s1/a02.pdf>.
10. Cucolo DF, Perroca MG. Instrument to assess the nursing care product: development and content Validation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 201 [Acesso 1 dez 2015];23(4):642-705. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0104-1169.0448.2599&pid=S0104-11692015000400642&pdf_path=rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf&lang=pt.
11. Cunha CM, Neto OPA, Stackfleth R. Principais métodos de avaliação psicométrica de validade de instrumentos de medida. Rev Atenção Prim Saúde. [Internet]. 2016 [Acesso 10 abr 2016];14(47):75-83. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/3391/pdf.
12. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clin. [Internet]. 1998 [Acesso 25 mar 2014];25(5):206-13. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>.
13. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumento e medidas. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2011 [Acesso 12 fev 2015];16(7):3061-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>.
14. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de

- enfermagem. Rev Rene. [Internet]. 2011 [Acesso 20 mar 2014];12(2):424-31. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027975020.pdf>.
15. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of the content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. [Internet]. 2007; 30:459-67. [Acesso 12 abr 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>.
16. Mongiovi VG, Anjos RCCBL, Soares SBH, Lago-Falcão TM. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2014 [Acesso 28 nov 2015];67(2):306-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf>.
17. Bellucci-Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação do Risco. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2012. 65(5):751-757. [Acesso 26 nov 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>.
18. Romero-Massa E, Contreras-Méndez I, Pérez-Pájaro Y, Moncada A, Jiménez-Zamora V. Cuidado humanizado de enfermaría en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. Rev Cienc Biomed. [Internet]. 2013 [Acesso 20 set 2015];4(1):60-8. Disponível em: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciabiomed/article/download/252/197+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>.
19. Pott FS, Stahlhofer T, Felix JVC, Meier MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente. Rev Bras Enferm. 2013, 66(2):174-179. [Acesso 28 de nov 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>.
20. Montoya Tamayo DP, Monsalve Ospina TP, Ferro Pulido. Significado del afrontamiento familiar para enfermeiras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín. Rev Enferm Inten. [Internet]. 2015 [Acesso 20 set 2015];26(3):121-7 Disponível em: [http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130-2399\(15\)00085-1-S100](http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130-2399(15)00085-1-S100).
21. Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. Rev Rene. [Internet]. 2010 [Acesso 2 dez 2015];11(3):200-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969019.pdf>.

Recibido: 23.6.2015

Aceptado: 7.7.2016

Correspondencia:

Pablíane Matias Lordelo Marinho
Universidade Federal de Sergipe. Hospital Universitário
Rua Cláudio Batista, s/n
Bairro: Sanatório
CEP: 40060-100, Aracaju, SE, Brasil
E-mail: marinho.pablíane@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.