

# SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES : CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO<sup>1</sup>

## PATIENT CLASSIFICATION SYSTEM : CONSTRUCTION AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT

Marcia Galan Perroca \*  
Raquel Rapone Gaidzinski\*\*

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.2, p. 153-68, ago. 1998.

### RESUMO

*Este estudo teve por finalidade a construção e validação de um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. Para compor o instrumento foram considerados 13 indicadores críticos : Estado Mental e Nível de Consciência, Oxigenação, Sinais Vitais, Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal, Eliminações, Terapêutica, Educação à Saúde, Comportamento, Comunicação e Integridade Cutâneo-Mucosa. Cada um desses indicadores possui graduação de 1 a 5, apontando a intensidade crescente da complexidade assistencial. O paciente é classificado em todos os indicadores em um dos 5 níveis, na opção que melhor descreva a sua situação. Para validação do conteúdo foi aplicada a Técnica Delphi em 2 fases. Participaram como juízes 15 profissionais da área de enfermagem que atuam junto a instituições de assistência ou vinculados a Hospital Escola na cidade de São José do Rio Preto. Os resultados obtidos mostraram concordância dos juízes quanto a : manutenção dos 13 indicadores críticos no instrumento; pertinência e clareza do conteúdo dos indicadores críticos e a existência de nível de complexidade assistencial crescente.*

**UNITERMOS** : Sistema de classificação de Pacientes (SCP)

### ABSTRACT

*This study had in its aim the construction and the validation of a patient classification instrument which has been based on the patient's individual necessities that require the nursing care. It was considered in the instrument 13 critical indicators : Mental State and Level of Consciousness, Breathing, Vital Signs, Nutrition and Hydration, Movement, Locomotion, Corporeal Hygiene, Eliminations, Therapy, Health Teaching, Behavior, Communication and Skin Integrity. Each one of these indicators has a 1 to 5 gradation denoting an increasing level in the nursing care complexity. The patient is classified in all the indicators in one of the five levels, in the option that better describes his/her situation. The content validation of the instrument was done by the Delphi Technique application through 2 rounds. A team of 15 nursing experts who attend patients or teach in the Medical School in São José do Rio Preto were participants in this research. The obtained results have showed the experts' agreement concerned to : the maintenance of the 13 critical indicators in the instrument; property and intelligibility of the critical indicator contents and the presence of an increasing level in the nursing care complexity.*

**UNITERMS** : Patient classification sistem (PCS)

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado

de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem.

GIOVANNETTI (1979) conceitua SCP como "a

<sup>1</sup> Resumo de Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1996.

\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo.

\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da EEUSP - São Paulo. Orientadora da dissertação.

*identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias, e a quantificação destas categorias como uma medida dos esforços de enfermagem requeridos*". DE GROOT (1989a) amplia este conceito abordando o SCP como um método capaz de determinar, validar e monitorar as necessidades de cuidado individualizado do paciente, utilizando os dados obtidos como subsídio para alocação de pessoal de enfermagem, planejamento de custos da assistência e manutenção de padrões de qualidade.

O SCP vem sendo desenvolvido e aperfeiçoado nos Estados Unidos há cerca de 30 anos e, apesar de ainda trazer em si algumas limitações, constitui importante instrumento para prática administrativa de enfermagem norteador, principalmente, o processo decisório relacionado à alocação de recursos humanos. Dimensionar recursos humanos para a assistência de enfermagem pode se tornar mais racional e efetivo quando se procura agrupar pacientes em categorias que reflitam a magnitude do processo de cuidar (GIOVANNETTI, 1979). O sistema de categorização de pacientes pode justificar, ainda, ao administrador hospitalar a necessidade de pessoal adicional quando ocorre aumento do volume de trabalho na unidade (ALWARD, 1983).

O SCP também tem sido utilizado para auxiliar o processo orçamentário do Serviço de Enfermagem (ALWARD, 1983; ARNDT; HUCKABAY, 1983; DIJKERS; PARADISE, 1986; DE GROOT, 1989A; VAN SLYCK, 1991; WRONA-SEXTON, 1992; RODRIGUES FILHO, 1992; PHILLIPS et al, 1992).

A idéia de classificar pacientes não é recente. Florence Nightingale também se utilizou desta prática buscando localizar, mais convenientemente, na enfermaria, os pacientes cujo nível de cuidado demandava maior atenção de enfermagem (RIBEIRO, 1972 ; ALCALÁ et al, 1982).

A classificação de pacientes de forma sistematizada parece ter iniciado com o conceito do Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP). De acordo com ALVES et al (1988), o CPP pode ser conceituado como a "*concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada*".

Contudo, a liderança no estudo de classificação de pacientes, indubitavelmente, cabe a um grupo de pesquisadores formado no John Hopkins University and Hospital, nos Estados Unidos, em maio de 1961. Este grupo desenvolveu um sistema para classificação baseado no grau de necessidade do paciente em relação à assistência de enfermagem. Os pacientes foram classificados em 3 grupos: auto-cuidado, cuidado parcial ou intermediário e cuidado intensivo ou total e a média de horas de assistência

de enfermagem por paciente foi determinada para cada classificação. Os pesquisadores concluíram o estudo afirmando que "*técnicas para classificação de pacientes proporcionam um efetivo mecanismo administrativo para estimativas diárias de necessidades dos pacientes em relação à assistência de enfermagem e de recursos materiais*" (CONNOR et al, 1961).

Essencialmente são duas as estruturas básicas destes instrumentos de classificação: 1- **Sistema Protótipo ou Avaliação Protótipo** descreve as características típicas de pacientes para cada categoria. Este modelo embora facilmente executável apresenta certo subjetivismo; 2- **Sistema Avaliação de Indicadores** estabelece um número de prognosticadores de cuidados diretos de enfermagem tais como: higiene, nutrição, eliminações, movimentação, etc , que são avaliados separadamente e depois combinados para formar uma categoria de cuidado ao paciente. Este tipo de instrumento é de uso mais difundido e referido como mais objetivo (GIOVANNETTI, 1979; VAUGHAN; MACLEOD, 1980; REINERT; GRANT, 1981; DIJKERS; PARADISE, 1986; WILLIAMS; ANDERSON, 1992).

No Brasil, uma das primeiras autoras a tratar de sistema de classificação de pacientes foi RIBEIRO (1972). Em seu estudo a autora apontou o conceito de Cuidado Progressivo dos Pacientes (CPP) como um método para instrumentalizar o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem com vistas a assegurar uma distribuição mais equitativa da assistência , aumento da produtividade e eficiência hospitalar.

O Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, na cidade de S.Paulo, na década de 80, objetivando ministrar assistência integral e individualizada ao paciente desenvolveu um processo de classificação e agrupamento de pacientes embasado no cuidado progressivo. Os pacientes foram classificados de acordo com indicadores pré-estabelecidos pela equipe de enfermeiros deste hospital em 4 níveis de atenção: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos (REIS et al , 1982).

Mais recentemente, em uma experiência de implantação de um SCP na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP relatada por FUGULIN et al (1994), os pacientes foram agrupados em cinco categorias, de acordo com sua complexidade assistencial, tais como : intensivo, semi-intensivo, alta dependência, intermediário e auto-cuidado.. Como resultados da implementação desta sistemática, dentre outros, houve um decréscimo na média de permanência hospitalar do paciente, melhoria dos padrões de qualidade

assistencial e a utilização mais racional dos recursos humanos e materiais disponíveis.

O COFEN (1996), considerando a inexistência de uma regulamentação da proporção profissionais / leitos para assistência de enfermagem ao paciente, na resolução 189 estabeleceu parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Instituições de Saúde. De acordo com este documento o cálculo de pessoal de enfermagem deve ser embasado no SCP e a proporção dos elementos da equipe de enfermagem distribuída em percentuais determinados nos diferentes tipos de cuidados: mínimo ou auto-cuidado, intermediário, semi-intensivo e intensivo. O COFEN estabeleceu, ainda, que a classificação dos pacientes para implementação da assistência de enfermagem será de competência do enfermeiro.

## 2 OBJETIVOS

1-Identificar os indicadores críticos essenciais à classificação de pacientes.

2-Construir um instrumento para classificação baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem do paciente cujas características sejam objetividade, simplicidade e abrangência.

3-Validar o conteúdo do instrumento de classificação de pacientes .

## 3 MÉTODO

A abordagem metodológica, neste estudo, seguiu as seguintes etapas : construção do instrumento de classificação de pacientes, utilização de técnica para validação do instrumento de classificação de pacientes e estabelecimento de método para padronização do escore.

### 3.1 Construção do Instrumento de Classificação de Pacientes

A construção do instrumento para classificação de pacientes fundamentou-se em extenso levantamento bibliográfico sobre a implementação de modelos operacionais de SCP (CHAGNON et al, 1978; BARHAM; SCHNEIDER, 1980; REINERT; GRANT, 1981; HUCKABAY, 1981; JACKSON; RESNICK, 1982; WHITNEY; KILLIEN, 1987; GIOVANNETTI; JOHNSON, 1990; WILLIAMS; ANDERSON, 1992; BENKO et al, 1991; FUGULIN et al, 1994 ).

Considerando os enfoques dos diversos autores, optou-se pela elaboração de um instrumento cuja estrutura seja a avaliação de indicadores baseados nas necessidades humanas básicas preconizadas por HORTA (1979).

Desta forma, para compor o instrumento de classificação de pacientes são considerados 13 indicadores críticos :

I - Estado Mental e Nível de Consciência

II - Oxigenação

III - Sinais Vitais

IV - Nutrição e Hidratação

V - Motilidade

VI - Locomoção

VII - Cuidado Corporal

VIII - Eliminações

IX -Terapêutica

X - Educação à Saúde

XI -Comportamento

XII - Comunicação

XIII - Integridade Cutâneo- Mucosa

Adotaremos a terminologia indicadores críticos, neste instrumento de classificação, para nos referirmos às necessidades de cuidado de enfermagem do paciente que, quando associadas entre si, identificam a categoria de cuidado a que ele pertence.

Cada um destes indicadores possui gradação de 1 a 5 apontando a intensidade crescente de complexidade, de forma que o valor 1 corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor 5 ao nível máximo de complexidade assistencial.

O paciente é classificado em todos os indicadores em um dos 5 níveis, na opção que melhor descreva a sua situação.

Os valores obtidos individualmente, em cada indicador, são então somados conduzindo a uma classe ou categoria de cuidados, tais como: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.

### 3.2 Técnica de Validação do Instrumento de Classificação de Pacientes

Na fase de estruturação e desenvolvimento de um instrumento para classificação de pacientes estabelecer e monitorar a confiabilidade e a validade são questões essenciais (GIOVANNETTI, 1979; GIOVANNETTI; MAYER, 1984; WHITNEY; KILLIEN, 1987; HAAS, 1988; WILLIAMS, 1988; DE GROOT, 1989b). A validade refere-se à precisão do instrumento em medir o que se propõe a medir.

GIOVANNETTI (1979), GIOVANNETTI; MAYER (1984), WHITNEY; KILLIEN (1987), HAAS (1988) e WILLIAMS (1988) consideram a validade de conteúdo como um dos tipos mais comuns de validade.

A validade de conteúdo envolve o julgamento, por enfermeiros com vasta experiência profissional, dos indicadores críticos contidos no instrumento, para analisar se estes indicadores são representativos do que se pretende medir.

Na presente pesquisa optou-se pelo método da validação do conteúdo do instrumento de classificação através da aplicação da Técnica Delphi com o objetivo de avaliar a extensão da dependência do paciente com relação à assistência de enfermagem.

A Técnica Delphi consiste na solicitação, coleta, tabulação e avaliação de dados a respeito de um determinado fenômeno por meio da opinião de um grupo de especialistas na área onde o estudo está sendo desenvolvido (FARO, 1995).

O instrumento utilizado para a produção de informações consiste em um conjunto seqüencial de questionários de forma que as primeiras respostas obtidas são consideradas para reformulação e obtenção das respostas subsequentes até que se alcance um consenso. O número de questionários aplicados está na dependência de alguns fatores como a natureza do tema e a sua complexidade (SPÍNOLA, 1984).

Cabe ao pesquisador estabelecer o nível de consenso aceitável. É recomendado, na etapa final da Técnica Delphi, um nível mínimo de concordância de 70% (GRANT; KINNEY, 1992).

Desta forma, nesta pesquisa, a Técnica Delphi foi aplicada em duas fases (Fase Delphi I e Fase Delphi II) seguindo as etapas :

**1-elaboração dos critérios para seleção dos juízes** - foram convidados para atuarem como juízes 15 profissionais da área de enfermagem que correspondessem aos seguintes critérios: 1- ter experiência profissional, de pelo menos 5 anos, nas áreas de enfermagem cirúrgica, clínica, pediátrica ou gineco-obstétrica ; 2- atuar junto a instituições de assistência ou vinculados a Hospital- Escola na cidade de São José do Rio Preto.

Para julgamento do indicador Comportamento foram convidados 2 profissionais da área de Psicologia Clínica, com mais de 5 anos de atuação profissional, que avaliaram a clareza e a pertinência do conteúdo deste indicador .

**2-elaboração do questionário** . O questionário foi composto de dados referentes à identificação, área de atuação e qualificação profissional dos juízes e por duas partes relativas à

estruturação do instrumento de classificação de pacientes. Na parte I foram apresentados os 13 indicadores críticos que compõem o instrumento, cabendo aos juízes, através de questões fechadas em 2 alternativas, SIM e NÃO, julgarem a pertinência de cada indicador no instrumento. A parte II do questionário referiu-se à classificação dos indicadores, onde coube aos juízes a apreciação sobre cada indicador no que diz respeito ao conteúdo, seguimento de um nível de complexidade assistencial crescente e clareza nos enunciados, assinalando SIM ou NÃO para cada um dos tópicos.. O questionário foi acompanhado de uma carta explicativa esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa, bem como as atividades solicitadas, aos juízes, pela pesquisadora. Os comentários registrados foram considerados para a elaboração do segundo questionário. Estes questionários foram entregues, pela pesquisadora, sendo estabelecido um prazo de 10 dias para o retorno.

**3-estabelecimento do índice de concordância para as respostas obtidas** - foram considerados como validados os indicadores que obtiveram índice de concordância nas respostas dos juízes maior ou igual a 70% .

**4- tabulação dos dados e análise da opinião convergente dos juízes** - os dados obtidos no primeiro questionário foram tabulados e tratados percentualmente para verificar se o índice de concordância encontrado era maior ou igual a 70%, tanto na parte I, relacionada ao número dos indicadores, como na parte II, relacionada ao conteúdo, nível de complexidade assistencial crescente e clareza.

### 3.3 Método para Padronização do Escore

Considerando os 13 indicadores críticos que compõem o instrumento para classificação de pacientes, com cada indicador variando de uma pontuação de 1 a 5, a pontuação mínima a ser alcançada será de 13 pontos e a máxima de 65 pontos, com amplitude total igual a 52 pontos.

Os pontos foram distribuídos em 4 categorias (classes) com intervalos de classe igual a 12, adaptados do conceito de FUGULIN et al (1994), correspondentes aos tipos de cuidados: mínimos, intermediários, semi- intensivos e intensivos.

Definindo-se como:

**Cuidados Mínimos** - 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 das ações de

enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

**Cuidados Semi-Intensivos** - cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

**Cuidados Intensivos** - cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à

instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

**Necessidades Humanas Básicas** - "são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais" (HORTA, 1979).

Dessa forma, obteve-se um escore padronizado à cada categoria de cuidado, conforme esquema abaixo:

#### CATEGORIAS

Cuidados Mínimos  
Cuidados Intermediários  
Cuidados Semi-Intensivos  
Cuidados Intensivos

#### PONTUAÇÃO

13 a 26 pontos  
27 a 39 pontos  
40 a 52 pontos  
53 a 65 pontos

## 4 CONSTRUINDO OS RESULTADOS

Os resultados referentes a validação do conteúdo do instrumento serão apresentados seguindo as fases em que se desenvolveu a Técnica Delphi, ou seja, Fase Delphi I e Fase Delphi II.

### 4.1 Fase Delphi I

#### 4.1.1 Identificação dos Juízes

O grupo de juízes se manteve durante toda a pesquisa composto por 15 enfermeiras, das quais 8 atuam na assistência direta ao paciente, 4 atuam na docência e 3 gerenciam Serviços de Enfermagem.

A idade das enfermeiras variou de 29 a 48 anos. Quanto ao tempo de atuação profissional, 4 enfermeiras têm de 6 a 10 anos de experiência, 6 têm de 11 a 15 anos, 4 têm de 16 a 20 anos e apenas 1 tem acima de 20 anos.

**TABELA 1** - Pareceres dos juízes quanto à pertinência dos indicadores críticos no instrumento de classificação - Fase Delphi I. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	PERTINÊNCIA			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	15	100	-	-
2 - Oxigenação	14	93,3	1	6,7
3 - Sinais Vitais	15	100	-	-
4 - Nutrição e Hidratação	15	100	-	-
5 - Motilidade	15	100	-	-
6 - Locomoção	15	100	-	-
7 - Cuidado Corporal	15	100	-	-
8 - Eliminações	15	100	-	-
9 - Terapêutica	13	86,7	2	13,3
10- Educação à Saúde	15	100	-	-
11- Equilíbrio Comportamental	15	100	-	-
12- Comunicação	15	100	-	-
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	14	93,3	1	6,7

A TABELA 1 mostra que, quando os juízes foram questionados acerca da manutenção de cada um dos 13 indicadores críticos no instrumento de classificação, houve concordância dos juízes com referência aos indicadores críticos propostos, sendo que o percentual de anuência variou de 86,7 a 100 %.

Como o índice de concordância para as respostas obtidas para validação do instrumento foi previamente estabelecido em maior ou igual a 70%

e o menor valor obtido foi de 86,7%, todos os indicadores críticos apresentados foram considerados como validados, e, portanto, pertinentes para compor o instrumento de classificação.

O indicador crítico *Equilíbrio Comportamental* foi considerado por alguns juízes como de difícil abordagem devido a dificuldade da enfermeira em interpretar e avaliar as reações comportamentais do paciente.

**TABELA 2** - Pareceres dos juízes quanto à pertinência do conteúdo dos indicadores críticos do instrumento de classificação - Fase Delphi I. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	PERTINÊNCIA DO CONTEÚDO			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	15	100	-	-
2 - Oxigenação	15	100	-	-
3 - Sinais Vitais	14	93,3	1	6,7
4 - Nutrição e Hidratação	15	100	-	-
5 - Motilidade	15	100	-	-
6 - Locomoção	15	100	-	-
7 - Cuidado Corporal	14	93,3	1	6,7
8 - Eliminações	15	100	-	-
9 - Terapêutica	14	93,3	1	6,7
10- Educação à Saúde	13	86,7	2	13,3
11- Equilíbrio Comportamental	15	100	-	-
12- Comunicação	15	100	-	-
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	15	100	-	-

Conforme os dados apresentados na TABELA 2, foi possível observar que o conteúdo dos 13 indicadores críticos foi considerado como pertinente por todos os juízes (índices iguais ou maiores que 70 %).

Os comentários dos juízes com referência ao conteúdo dos indicadores críticos foi de que: 1- fossem acrescentados itens contemplando outros procedimentos de enfermagem (tais como, controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas, medidas de conforto, medicação intradérmica e subcutânea); 2- cuidados no uso de alguns equipamentos (como monitores de pressão arterial média e pressão venosa central, oxímetro); 3- fossem excluídos alguns procedimentos considerados não

pertinentes (urostomia, colostomia, ileostomia, dieta zero) e outros menos abrangentes (tais como tubo endotraqueal com ou sem nebulização, aspiração de secreções traqueobrônquicas, sinais vitais de 8 horas).

Houve sugestão no sentido de se avaliar, no indicador *Educação à Saúde*, de um lado o tipo de orientação fornecida e do outro a possibilidade de apreensão desta orientação.

Outros juízes consideraram os indicadores críticos *Equilíbrio Comportamental* e *Comunicação*, da forma como foram apresentados, apropriados para a avaliação do paciente adulto mas não da criança. Ainda, um dos juízes recomendou a substituição do termo *Equilíbrio Comportamental* por Comportamento.

**TABELA 3** - Pareceres dos juízes quanto à existência de nível crescente de complexidade assistencial nos indicadores críticos do instrumento de classificação - Fase Delphi I. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	GRADAÇÃO ASSISTENCIAL			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	15	100	-	-
2 - Oxigenação	13	86,7	2	13,3
3 - Sinais Vitais	13	86,7	2	13,3
4 - Nutrição e Hidratação	11	73,3	4	26,7
5 - Motilidade	15	100	-	-
6 - Locomoção	15	100	-	-
7 - Cuidado Corporal	13	86,7	2	13,3
8 - Eliminações	10	66,7	5	33,3
9 - Terapêutica	09	60	6	40
10- Educação à Saúde	13	86,7	2	13,3
11- Equilíbrio Comportamental	15	100	-	-
12- Comunicação	13	86,7	2	13,3
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	14	93,3	1	6,7

Através da TABELA 3 pode-se observar que os juízes consideraram existir um nível de complexidade assistencial crescente nos indicadores críticos apresentados exceto nos indicadores *Eliminações* e *Terapêutica*, onde se obteve índices respectivamente de 66,7 % e 60 %, abaixo do percentual estabelecido de 70%. Dessa forma, apenas estes dois indicadores críticos não foram

considerados como validados devendo ser refeitos e submetidos a novo julgamento.

As sugestões dos juízes na avaliação do nível de complexidade assistencial dos indicadores foram para que se procedesse : 1- alteração da ordem de colocação das gradações existentes; 2- diferenciação entre procedimentos terapêuticos e ações de enfermagem; 3- inclusão de outras gradações quanto à suficiência do cuidado.

**TABELA 4** - Pareceres dos juízes quanto à clareza do conteúdo dos indicadores críticos do instrumento de classificação - Fase Delphi I. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	CLAREZA DO CONTEÚDO			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	13	86,7	2	13,3
2 - Oxigenação	12	80	3	20
3 - Sinais Vitais	14	93,3	1	6,7
4 - Nutrição e Hidratação	11	73,3	4	26,7
5 - Motilidade	14	93,3	1	6,7
6 - Locomoção	15	100	-	-
7 - Cuidado Corporal	14	93,3	1	6,7
8 - Eliminações	13	86,7	2	13,3
9 - Terapêutica	13	86,7	2	13,3
10- Educação à Saúde	13	86,7	2	13,3
11- Equilíbrio Comportamental	13	86,6	2	13,3
12- Comunicação	14	93,3	1	6,7
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	15	100	-	-

Pode-se notar pelos dados da TABELA 4 que a totalidade dos indicadores críticos obteve índices iguais ou superiores a 70 % no que se refere à clareza do conteúdo expresso nos indicadores críticos.

Houve comentários dos juízes quanto à necessidade de haver homogeneização na grafia para as cinco gradações a fim de facilitar o entendimento.

## 4.2 Fase Delphi II

As apreciações dos juízes, referentes aos 13 indicadores críticos propostos no primeiro instrumento para classificação de pacientes, embasou a construção do segundo questionário.

Apesar do elevado índice de concordância obtido, na 1ª fase Delphi, tornar validado o conteúdo dos indicadores críticos, exceto *Eliminações* e

*Terapêutica*, a modificação na estrutura destes dois últimos indicadores, conforme sugestões dos juízes, conduziu à alteração dos demais indicadores críticos para que a estrutura geral do instrumento não sofresse ruptura. Assim, repetimos todos os 13 indicadores críticos a fim de que fossem novamente julgados quanto ao conteúdo, existência de nível crescente de complexidade assistencial e clareza.

### 4.2.1 Resultados

**TABELA 5** - Pareceres dos juízes quanto à pertinência do conteúdo dos indicadores críticos do instrumento de classificação - Fase Delphi II. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	PERTINÊNCIA DO CONTEÚDO			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	15	100	-	-
2 - Oxigenação	15	100	-	-
3 - Sinais Vitais	14	93,3	1	6,7
4 - Nutrição e Hidratação	15	100	-	-
5 - Motilidade	15	100	-	-
6 - Locomoção	15	100	-	-
7 - Cuidado Corporal	15	100	-	-
8 - Eliminações	15	100	-	-
9 - Terapêutica	15	100	-	-
10- Educação à Saúde	15	100	-	-
11- Equilíbrio Comportamental	15	100	-	-
12- Comunicação	15	100	-	-
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	15	100	-	-

A TABELA 5 revela que houve consenso dos juízes no que se refere à propriedade do conteúdo dos indicadores críticos no instrumento. Foram

sugeridas algumas substituições de palavras por terminologias mais apropriadas e alterações na grafia das sentenças.

**TABELA 6** - Pareceres dos juízes quanto à existência de nível crescente de complexidade assistencial nos indicadores críticos do instrumento de classificação - Fase Delphi II. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	GRADAÇÃO ASSISTENCIAL			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	14	93,3	1	6,7
2 - Oxigenação	15	100	-	-
3 - Sinais Vitais	14	93,3	-	6,7
4 - Nutrição e Hidratação	15	100	-	-
5 - Motilidade	15	100	-	-
6 - Locomoção	15	100	-	-
7 - Cuidado Corporal	14	93,3	1	6,7
8 - Eliminações	14	93,3	1	6,7
9 - Terapêutica	14	93,3	1	6,7
10- Educação à Saúde	14	93,3	1	6,7
11- Equilíbrio Comportamental	14	93,3	1	6,7
12- Comunicação	14	93,3	1	6,7
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	14	93,3	1	6,7



**TABELA 7** - Pareceres dos juízes quanto à clareza do conteúdo dos indicadores críticos no instrumento de classificação - Fase Delphi II. São José do Rio Preto, 1996.

INDICADOR CRÍTICO	CLAREZA DO CONTEÚDO			
	Sim	%	Não	%
1 - Estado Mental e Nível de Consciência	15	100	-	-
2 - Oxigenação	15	100	-	-
3 - Sinais Vitais	15	100	-	-
4 - Nutrição e Hidratação	14	93,3	1	6,7
5 - Motilidade	15	100	-	-
6 - Locomoção	14	93,3	1	6,7
7 - Cuidado Corporal	15	100	-	-
8 - Eliminações	14	93,3	1	6,7
9 - Terapêutica	14	93,3	1	6,7
10- Educação à Saúde	14	93,3	1	6,7
11- Equilíbrio Comportamental	14	93,3	1	6,7
12- Comunicação	15	100	-	-
13- Integridade Cutâneo-Mucosa	13	86,7	2	6,7

Conforme os resultados apresentados nas TABELA 6 e TABELA 7, constatamos que houve convergência nas respostas dos juízes quanto à existência de nível crescente de complexidade assistencial e clareza nos indicadores críticos do presente instrumento para classificação de pacientes. Não houve comentários dos juízes quanto a alterações nestes aspectos. No entanto, quanto ao indicador crítico *Integridade Cutâneo-Mucosa*, houve diminuição do percentual de concordância em relação à 1ª fase, embora o conteúdo deste indicador tenha se mantido inalterado.

Vale ressaltar que o índice de concordância nas respostas obtidas nesta 2ª fase igual ou maior a 70% proporcionou a validação final do instrumento para classificação de pacientes, não se tornando necessário a aplicação de um novo questionário.

#### 4.3 Proposta Final do Instrumento para Classificação de Pacientes

Após as devidas alterações sugeridas pelos juízes, na fase Delphi II, o instrumento para classificação de pacientes, agora validado, adquiriu a seguinte forma final :

---



---

## SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

NOME .....

UNIDADE ..... LEITO ..... DATA .....

### **1 - Estado Mental e Nível de Consciência** (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)

- ( ) 1- Acordado ; interpretação precisa de ambiente e tempo ; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas ; preservação da memória .
- ( ) 2- Acordado ; interpretação precisa de ambiente e tempo ; segue instruções corretamente apenas algumas vezes ; dificuldade de memória.
- ( ) 3- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos ; dificilmente segue instruções corretamente ; dificuldade aumentada de memória.
- ( ) 4- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente ; perda de memória.
- ( ) 5 - Desacordado ; ausência de resposta verbal e manutenção de respostas à estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.

### **2 - Oxigenação** (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos)

- ( ) 1- Não requer oxigenoterapia.
- ( ) 2- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- ( ) 3- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- ( ) 4- Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal .
- ( ) 5- Requer ventilação mecânica.

### **3 - Sinais Vitais** (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)

- ( ) 1- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas
- ( ) 2- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas
- ( ) 3- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas
- ( ) 4- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas
- ( ) 5- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

**4 - Nutrição e Hidratação** (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e catéteres)

- ( ) 1- Auto-suficiente
- ( ) 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação oral
- ( ) 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral
- ( ) 4- Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
- ( ) 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de catéteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

**5 - Motilidade** (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

- ( ) 1- Auto-suficiente
- ( ) 2- Requer estímulo e supervisão da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- ( ) 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- ( ) 4- Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais
- ( ) 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido a presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.

**6 - Locomoção** (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

- ( ) 1- Auto-suficiente
- ( ) 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação.
- ( ) 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).
- ( ) 4- Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação
- ( ) 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para locomoção devido à restrição no leito.

**7 - Cuidado Corporal** (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)

- ( ) 1- Auto-suficiente
- ( ) 2- Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.
- ( ) 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.

- ( )4- Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- ( )5- Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

**8 - Eliminações** (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas)

- ( )1- Auto-suficiente
- ( )2- Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações.
- ( )3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações
- ( )4- Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
- ( )5- Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.

**9 - Terapêutica** (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)

- ( )1- Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.
- ( )2- Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma.
- ( )3- Requer medicação EV intermitente com manutenção de catéter.
- ( )4- Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
- ( )5- Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

**10 - Educação à Saúde** (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre auto-cuidado)

- ( )1- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
- ( )2- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.
- ( )3- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas certa resistência às informações recebidas.
- ( )4- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas elevada resistência às informações recebidas.
- ( )5- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas sem aceitação das informações recebidas.

**11- Comportamento** (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)

Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações :

**ANSIEDADE** - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR, 1992).

**SINTOMAS DE ANSIEDADE** - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarréia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV, 1995).

**RETRAIMENTO SOCIAL** - tendência ocasional para evitar contatos sociais ; funcionamento social diminuído.

**IRRITABILIDADE** - "Irritação : estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" (CABRAL;NICK, 1979). Ex: exasperação, exaltação.

**RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO** - tendência freqüente para evitar contatos sociais.

**APATIA** - "aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIUD et al, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.

**PASSIVIDADE** - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIUD et al, 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.

**DESESPERANÇA** - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.

**IMPOTÊNCIA PSÍQUICA** - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado ..." (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").

**AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS** - "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo ..." (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.

**ISOLAMENTO SOCIAL** - "privação de contatos sociais ..." (CABRAL; NICK, 1979) .

- ( )1- Calmo, tranqüilo; preocupações cotidianas
- ( )2- Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.
- ( )3- Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.
- ( )4- Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da freqüência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).
- ( )5- Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

**12 - Comunicação** (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)

- ( ) 1- Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.
- ( ) 2- Dificuldade em se expressar por diferenças sócio-culturais; verbalização inapropriada.
- ( ) 3- Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
- ( ) 4- Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
- ( ) 5- Inapto para comunicar necessidades .

**13 - Integridade Cutâneo-Mucosa** ( manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)

- ( ) 1- Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
- ( ) 2- Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade
- ( ) 3- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
- ( ) 4- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
- ( ) 5- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo ; presença de áreas de necrose

**AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO :****Cuidados Mínimos :** 13 a 26 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas;

**Cuidados Intermediários :** 27 a 39 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

**Cuidados Semi-Intensivos :** 40 a 52 pontos

- cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

**Cuidados Intensivos :** 53 a 65 pontos

- cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requirem assistência de enfermagem permanente e especializada;

Total da pontuação : .....

Classificação : .....

Enfermeira : .....

## 5 CONCLUSÕES

A construção deste instrumento para classificação de pacientes foi baseada nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. Para tanto, utilizamos indicadores críticos de cuidado que não se restringissem apenas a esfera biológica, como ocorre em muitos sistemas de classificação, mas que considerassem a dimensão psicossocial do cuidado, tais como: **Comunicação, Comportamento e Educação à Saúde.**

Houve, também, a preocupação em se manter um número maior de gradações (5) do que o usual, nos indicadores, para que a variabilidade no grau de complexidade dos pacientes fosse contemplada.

A inclusão da presença do acompanhante no atendimento ao paciente, como expressa nos indicadores críticos: **Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal e Eliminações**, é uma variável que deverá ser considerada nas horas de assistência prestadas pela enfermeira.

Embora, em nossa proposta, todos os indicadores do instrumento de classificação tenham sido tratados com uniformidade de importância na determinação do tipo de cuidado, acreditamos que, na prática, isto não ocorra. Pensamos que, por exemplo, a presença de reações comportamentais severas em pacientes com certa auto-suficiência para as necessidades biológicas possa determinar, por si só, a dependência do paciente com relação à assistência de enfermagem.

Por isso, sugerimos que estudos sejam realizados a fim de se verificar se há indicadores compulsórios para uma determinada categoria de cuidado.

O indicador **Comportamento**, na visão de alguns juízes, foi pertinente para compor o instrumento, embora tenha sido considerado como de difícil abordagem devido à falta de preparo do profissional enfermeiro para avaliá-lo.

É oportuno destacar que quando da construção do presente instrumento para classificação de pacientes objetivamos que o mesmo tivesse como característica a abrangência, ou seja, a possibilidade de implementação nas diversas unidades de internação e especializadas. Contudo, os pareceres de juízes atuantes na área de Enfermagem Pediátrica e Neonatal inviabilizaram o uso deste instrumento junto à clientela infantil devido à inadequação da forma de apresentação de alguns dos indicadores. Os demais juízes, que atuam nas unidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, não fizeram qualquer comentário quanto à impossibilidade de utilização

do instrumento nestas unidades. Dessa forma, sugerimos a implementação deste instrumento apenas para pacientes adultos hospitalizados.

Além destes pontos, fica evidente a importância da utilização de um sistema para classificação de pacientes, na prática de enfermagem, como forma de subsidiar a melhoria da qualidade assistencial implementada e que se mostre capaz de prever as necessidades de cuidado individualizado do paciente, correlacionando-a com a alocação de recursos humanos e o custeio do cuidado de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCALÁ, M.U. et al. **Cálculo de pessoal: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico hospitalar de urgência.** São Paulo, Secretaria de Higiene e Saúde, 1982.
- ALVES, S.M. et al. **Enfermagem: contribuição para um cálculo de recursos humanos na área.** Rio de Janeiro, Coordenadoria de Comunicação Social do INAMPS, 1988.
- ALWARD, R.R. Patient classification systems: the ideal vs. reality. *J. Nurs. Adm.*, v.13, n.2, p. 14-9, 1983.
- ARNDT, C.; HUCKBAY, L.M.D. **Administração em enfermagem.** 2 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983. cap. 10, p. 189-215: Alocação de recursos humanos e financeiros.
- BARHAM, V.Z.; SCHNEIDER, W. Matrix: a unique patient classification system. *J. Nurs. Adm.*, v.10, n.12, p. 25-31, 1980.
- BENKO, M.A. et al. Caracterização do paciente não internado para subsidiar o dimensionamento de pessoal de enfermagem/ Apresentado ao 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba, Paraná, 1991.
- CHAGNON, M. et al. A patient classification system by level of nursing care requirements. *Nurs.Res.*, v. 27, n. 2, p. 107-12, 1978.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 189. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: DOCUMENTOS Básicos de Enfermagem - enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo, COREN, 1997. p. 177-84.
- CONNOR, R. J. et al. Effective use of nursing resources: a research report. *Hospitals.* v. 35, p. 30-9, 1961.
- DE GROOT, H.A. Patient classification system evaluation. Part 1: essencial systems elements. *J. Nurs. Adm.*, v. 19, n. 6, p. 30-5, 1989a.
- DE GROOT, H.A. Patient classification system evaluation. Part 2: system selection implementation. *J. Nurs. Adm.*, v. 19, n. 6, p. 30 - 5, 1989b.

- DIJKERS, M.; PARADISE, T. PCS: one system for both staffing and costing. *Nurs. Manag.*, v. 17, n. 1, p. 25-34, 1986.
- FARO, A.C.M. **Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular.** São Paulo, 1995. 208 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- FUGULIN, M. F. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de S. Paulo. *Rev. Med. HU- USP*, v. 4, n. 1/2, p. 63-8, 1994.
- GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. *J. Nurs. Adm.*, v. 9, n. 2, p. 4-9, 1979.
- GIOVANNETTI, P.; MAYER, G.G. Building confidence in Patient Classification Systems. *Nurs. Manag.* v. 15, n. 8, p. 31-4, 1984.
- GIOVANNETTI, P.; JOHNSON, J.M. A new generation patient classification system. *J. Nurs. Adm.*, v. 20, n. 5, p. 33-40, 1990.
- GRANT, J.S.; KINNEY, M.R. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnosis. *Nurs. Diagn.*, v. 3, n. 1, p. 12-22, 1992.
- HAAS, S.A. Patient classification systems: a self-fulfilling prophecy. *Nurs. Manag.*, v. 19, n. 5, p. 56-62, 1988.
- HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo, EPU, 1979.
- HUCKBAY, L.M. **Patient classification system: a basis for staffing.** New York, National League for Nursing, 1981.
- JACKSON, B.S.; RESNICK, J. Comparing classification systems. *Nurs. Manag.*, v. 13, n. 11, p. 13-9, 1982.
- PHILLIPS, C.Y. et al. Nursing intensity going beyond patient classification. *J. Nurs. Adm.*, v. 22, n. 4, p. 46-52, 1992.
- REINERT, P.; GRANT, D.R. A classification system to meet today's needs. *J. Nurs. Adm.*, v. 11, n. 1, p. 21-5, 1981.
- REIS, I.B. et al. **Cuidado progressivo ao paciente: implantação e sistematização.** 1982. /Mimeografado/
- RIBEIRO, C.M. **Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem.** São Paulo, 1972. 98 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES FILHO, J. Sistema de classificação de pacientes - Parte 1: dimensionamento de pessoal de enfermagem, *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 26, n. 3, p. 395-404, 1992.
- SPÍNOLA, A.W. de P. **Delfos: proposta tecnológica alternativa.** São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984.
- VAN SLYCK, A. A systems approach to the management of nursing services - Part II: patient classification systems. *Nurs. Manag.*, v. 22, n. 4, p. 23-5, 1991.
- VAUGHAN, R.G.; McLEOD, V. Nurse staffing studies: no need to reinvent the wheel. *J. Nurs. Adm.*, v. 10, n. 3, p. 9-15, 1980.
- WHITNEY, J.D.; KILLIEN, M.G. Establishing predictive validity of a patient classification system. *Nurs. Manag.*, v. 18, n. 5, p. 80-6, 1987.
- WILLIAMS, M.A. When you don't develop your own: validation methods for patient classification systems. *Nurs. Manag.*, v. 19, n. 3, p. 91-6, 1988.
- WILLIAMS, G.H.; ANDERSON, J.J. Developing a labor and delivery patient classification systems. *Nurs. Manag.*, v. 23, n. 10, p. 74-80, 1992.
- WRONA-SEXTON, S. Patient classification systems: another perspective. *Nurs. Manag.*, v. 23, n. 12, p. 38-9, 1992.