

Instrumento para evaluación del producto del cuidar en enfermería: desarrollo y validación de contenido¹

Danielle Fabiana Cucolo²

Márcia Galan Perroca³

Objetivos: desarrollar y validar el contenido de un instrumento sobre producción del cuidado de enfermería. Método: los datos fueron recolectados entre 2011 y 2013, a partir de grupos focales, aplicación de cuestionarios semiestructurados (prueba del prototipo) y técnica Delphi. Los grupos focales fueron utilizados para generar ítems del instrumento y organizados en tres hospitales del interior del Estado de São Paulo, con la participación de 20 enfermeros. La apreciación del instrumento fue conducida por un panel de 10 especialistas. Resultados: tras dos fases de la técnica Delphi, el instrumento pasó a ser constituido por ocho ítems. El índice de validez de contenido de la escala fue $\geq 0,9$ y la validez de los contenidos mostró variación de 0,8 a 1,0, indicando la manutención de la estructura y del contenido. La afirmativa respecto a la aplicabilidad en la práctica diaria del enfermero mostró índice de validez del contenido de la escala de 0,8. Conclusión: este estudio permitió desarrollar y validar el contenido de una escala sobre producción del cuidado de enfermería, instrumentalizando los enfermeros en su práctica gerencial.

Descriptorios: Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Estudios de Validación; Evaluación en Enfermería; Práctica Profesional.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Carga de trabalho e sua influência sobre os resultados do processo de cuidar - título inicial", presentada en la 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. Apoio financeiro de la Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão de São José do Rio Preto (FAPERP), Brasil, proceso nº 149/2015.

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

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

Correspondencia:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Las actividades de enfermería pueden ser comprendidas como un sistema de producción del cuidado⁽¹⁾. La concepción de ese producto abarca interacción entre seres humanos, procesos dinámicos, no lineales y emergentes, además de la capacidad de auto-organizarse y adaptarse ante las necesidades del paciente/familiar, del equipo y de la institución, caracterizándose como un sistema adaptativo complejo⁽²⁾.

Al enfermero le compete gestionar el cuidado mediante acciones expresivas e instrumentales de atención directa e indirecta. Esa práctica implica el dimensionamiento de personal, el liderazgo y capacitación del equipo, previsión y provisión de recursos, coordinación y ejecución del cuidado, además de la planificación y evaluación de las intervenciones prestadas⁽³⁾. La capacidad de atención y la complejidad de los servicios prestados en las organizaciones hospitalarias influyen en las actividades desempeñadas. La incorporación de procesos de mejora de la calidad y de control de costos modifica la organización del trabajo del enfermero y puede limitar el tiempo dedicado a la atención directa a los pacientes⁽⁴⁻⁵⁾. Así, los gestores han enfrentado problemas graves mundialmente, relacionados al capital humano insuficiente, carga de trabajo excesiva, falta de calificación, absentismo y evasión profesional, que impactan la calidad de la atención y potencialmente errores y/o fallas de omisión del cuidado⁽⁶⁾.

Para garantizar la entrega de ese servicio y dar mayor visibilidad a la profesión, existe un crecimiento acelerado de estudios que destacan la estandarización y clasificación de las actividades de enfermería centradas en el paciente, incluyendo diagnósticos, intervenciones y resultados deseados⁽⁷⁾. En paralelo, el movimiento de seguridad en la atención de salud subraya la relación entre sobrecarga de los profesionales de enfermería y los resultados asistenciales alcanzados⁽⁸⁾. Pautada en esas dimensiones, otra línea de investigación conceptualiza el desempeño de eses servicio como la capacidad de adquirir los recursos y utilizarlos de manera sostenible para producir atención y trata de aspectos para mensurar y evaluar su contribución en las organizaciones⁽⁹⁾.

Sin embargo, a pesar de la utilización creciente de herramientas de gestión en los servicios de enfermería, impulsar a los investigadores a desarrollar instrumentos específicos, válidos y confiables⁽¹⁰⁾, no fueron encontradas, en la literatura nacional e internacional,

discusiones sobre instrumento(s) para evaluar el producto del cuidar. En ese sentido, esta investigación cuestiona: ¿es posible desarrollar un instrumento con actividades y/o situaciones de la práctica de enfermería con objeto de evaluar el producto generado al final del turno de trabajo? Se cree que, cuando se explore ese conocimiento, será posible mensurar la eficiencia y eficacia de las actividades de enfermería, contribuyendo a la toma de decisión y mejora de los procesos. Así, en este estudio, la finalidad fue desarrollar y validar el contenido de un instrumento sobre producción del cuidado de enfermería.

Método

El estudio fue desarrollado en tres fases: producción de ítems y desarrollo del instrumento, prueba del prototipo y validación del contenido.

Fase 1: producción de ítems y desarrollo del instrumento

La técnica de grupo focal fue utilizada en el desarrollo de ítems del instrumento para evaluar la producción del cuidado de enfermería⁽¹¹⁾. Esa fase fue llevada a cabo en tres hospitales de gran tamaño del interior del Estado de São Paulo, visando añadir sujetos de realidades distintas. Los datos fueron recolectados entre octubre del 2011 y julio del 2012. Fueron formados cuatro grupos focales con participación de 20 enfermeros y la duración máxima de las reuniones fue una hora y treinta minutos a dos horas. Mayores detalles sobre esa fase fueron descritas en otro estudio.

Las discusiones fueron conducidas por una de las investigadoras (moderadora) y norteadas a partir de las siguientes preguntas: ¿Cuáles actividades evalúa al final de la jornada de trabajo para considerar su guardia óptima? ¿En cuáles situaciones su guardia es buena? ¿Cuándo considera su guardia regular? y ¿Cómo fue su guardia para ser considerada mala?

Los discursos fueron grabados y filmados, mediante consentimiento, y posteriormente transcritos y examinados mediante análisis de contenido temático⁽¹²⁾. El cuadro teórico se basó en el concepto de sistema adaptativo complejo⁽²⁾ y producción del cuidado⁽¹⁾.

Para la construcción del instrumento prototipo, fueron utilizados referenciales sobre gestión del cuidado en enfermería^(3,13) y proceso de calidad en salud^(6,8), entre otros. La composición de las gradaciones fue apoyada por las escalas de medidas utilizadas en la clasificación

de resultados de enfermería⁽¹⁴⁾ e instrumento de clasificación de pacientes⁽¹⁰⁾.

Fase 2: prueba del prototipo

Fueron seleccionados, por muestreo intencional, nueve enfermeros para evaluar el instrumento prototipo, representando seis unidades de clínica médica y quirúrgica, una unidad pediátrica y dos unidades de terapia intensiva adulto y pediátrica de uno de los hospitales, en los diferentes turnos de trabajo.

Mediante la aceptación de participar, los sujetos fueron orientados, individualmente, sobre la composición del prototipo y su forma de utilización. Solicitó su aplicación al término de al menos dos turnos de trabajo. Los enfermeros recibieron cuestionario, inicialmente con el perfil del respondiente y siete proposiciones, considerando relevancia, claridad, simplicidad y aplicabilidad del instrumento prototipo. Para evaluar cada proposición, fue utilizada escala tipo Likert con cinco intervalos de respuesta, variando de uno (disuerdo totalmente) a cinco (conuerdo totalmente), además de contener un espacio para que los sujetos añadieran otros comentarios.

Los datos fueron recolectados en marzo del 2013. Fueron recibidas 17 evaluaciones, ya que uno de los participantes inició periodo de vacaciones.

Fase 3: validación del contenido

Ese tipo de validez indica si los ítems del instrumento son apropiados para medir el constructo específico y cubrir adecuadamente su dominio, basándose necesariamente en un juzgamiento⁽¹⁵⁾. Para eso, fue aplicada la técnica Delphi que visa transformar la opinión de especialistas sobre un asunto en consenso del grupo, mediante la validación de cuestionarios estructurados, conducidos en fases o ciclos. A partir de las respuestas a cada cuestionario, se reformula la fase subsecuente y el proceso sigue hasta que se alcance concordancia preestablecida entre los participantes⁽¹⁶⁾.

Para componer el panel de especialistas (jueces) fueron elegibles 15 enfermeros⁽¹⁷⁾ con al menos diez años de experiencia profesional, actuando en la función docente, preferencialmente líderes de grupos de investigación en el área de gestión, certificados por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y enfermeros gestores de hospitales en Brasil. La invitación a los jueces se hizo vía correo electrónico, contemplando informaciones sobre los objetivos del

estudio, método, aspectos éticos y *link* de acceso. Los cuestionarios fueron construidos *online*, utilizándose el programa *Google Drive* (panel *online*). Los datos fueron recolectados en el período de mayo a diciembre del 2013, totalizando 10 jueces.

El cuestionario contenía un pretexto con una breve carta de explicación sobre los objetivos del estudio y, a seguir, el término de consentimiento. El acceso era permitido solamente tras la firma del consentimiento. Después, el perfil del respondiente contenía datos demográficos y profesionales.

La primera parte era constituida por ítems correspondientes a la producción del cuidado de enfermería, evaluados individualmente mediante ocho afirmaciones, tratando de: pertinencia del contenido, comprensión entre los profesionales, extensión y complejidad del ítem, claridad de los enunciados, ordenación de las gradaciones, aplicabilidad en la práctica diaria del enfermero y contribución a la toma de decisión gerencial. La segunda parte permitió evaluar la estructura del instrumento (nueve afirmaciones), considerando los aspectos mencionados arriba y representando las dimensiones más expresivas de esa producción. Sobre el contenido de cada ítem, fue solicitado a los jueces que indicaran la manutención, crecimiento, modificación de las gradaciones, eliminación, fusión o otros, justificando su decisión o exponiendo otras consideraciones. El cuestionario fue organizado en el formato de escala tipo Likert, similar a lo que se hizo en el análisis del prototipo.

Fueron atribuidas puntuaciones de cinco a las respuestas "conuerdo totalmente" y de uno para aquellas "disuerdo totalmente". En el caso de afirmativas formuladas negativamente (afirmativas 4 y 5, en los ítems de producción del cuidado, y 5 y 6, en la evaluación de la estructura del instrumento), la puntuación fue invertida.

El criterio de consenso para este estudio fue definido previamente, considerándose el índice de validez del contenido de los ítems Índice de Validez del Contenido de los Ítems (IVC-I) mayor o igual a 0,8 y, para la estructura (escala), fue adoptado Índice de Validez del Contenido de la Escala (IVC-E) mayor o igual a 0,9^(13,15). Para cada afirmativa, el IVC-I y el IVC-E fueron calculados mediante la suma de las respuestas "4" - *conuerdo* y "5" - *conuerdo totalmente*, teniendo como denominador el número total de jueces⁽¹⁷⁾. Para una nueva fase (ciclo de preguntas), como forma de respuesta a los jueces, fue insertado en el cuestionario un informe describiendo los resultados alcanzados, los

ítems revisados, eliminados o validados, subrayando lo que debía ser re-evaluado.

El análisis estadístico de los datos, correspondiente al análisis del prototipo (Fase 2) y validación del contenido (Fase 3) fue llevado a cabo utilizándose el programa Microsoft Office Excel 2007. La escala de Likert fue considerada como nivel de mensuración ordinal y fueron calculados mediana y cuartiles (Q1 y Q3). Los datos subjetivos fueron agrupados y analizados según el objetivo del estudio.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación – Proceso 0050/12.

Resultados

Fase 1: producción de ítems y desarrollo del instrumento

En el análisis de contenido de los discursos, alcanzados en los grupos, emergieron cuatro categorías temáticas: planeamiento, intervención y evaluación del cuidado; dimensionamiento y calificación del equipo de enfermería; recursos necesarios para prestar atención e interacción multiprofesional.

A partir de la categorización de los temas fueron delimitadas subcategorías, constituyéndose ítems para componer el instrumento prototipo: 1. planeamiento de la atención de enfermería, 2. atención al paciente/familiar, 3. necesidades asistenciales, 4. Supervisión del enfermero y transición del cuidado, 5. interacción y actuación multidisciplinarias, 6. recursos necesarios y servicios de apoyo, 7. problemas y situaciones de urgencia, 8. dimensionamiento de personal de acuerdo con la carga de trabajo y 9. Calificación y desarrollo profesionales.

Las cuestiones orientadoras permitieron generar una gradación de los ítems (de uno a cuatro), evidenciando la intensidad creciente respecto al mejor producto del cuidar en enfermería. Así, al final del turno de trabajo, el enfermero podría evaluar todos los ítems del instrumento en uno de los cuatro niveles, considerando la opción más cercana a la realidad vivida. Los valores alcanzados individualmente, en cada ítem, son añadidos y llevan a una clasificación según los siguientes intervalos: 9-12 pontos (malo), 13-21 (regular), 22-30 (bueno) y 31-36 (óptimo).

Para elaboración de los intervalos de las puntuaciones, fue considerado que la clasificación del producto del cuidar en enfermería seguirá en una dada categoría desde que alcance el valor mínimo de una

gradación en todos los ítems y hasta acerca del 40% en la gradación posterior⁽¹⁰⁾.

Fase 2: prueba del prototipo

La prueba del instrumento prototipo (Tabla 1) fue llevada a cabo por nueve enfermeros, predominantemente del sexo femenino (n=7), con promedio de edad de 32 años (Desvío-Estándar de=5,0) - variando de 27 a 40 años, y promedio de tiempo de actividad profesional de siete años (de=3,0) - variación entre 2 y 14 años. Respecto a la formación, seis sujetos habían concluido cursos de especialización en el área de actuación o relacionado. El menor porcentaje de concordancia (50% - Md 3,0) fue encontrado en la afirmación respecto a la aplicabilidad del instrumento en la práctica diaria del enfermero.

Tabla 1 - Parecer de los enfermeros sobre el instrumento prototipo. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmación	%	Md (Q1-Q3)*
Abarca los ítems más expresivos	89	4,0 (4,0-5,0)
Trata de factores pertinentes dentro de cada ítem	100	4,0 (4,0-4,0)
Muestra clareza en los enunciados	89	4,0 (4,0-5,0)
Posibilita lenguaje común entre los profesionales	88	4,0 (4,0-5,0)
Es complejo	33	2,0 (2,0-4,0)
Es muy extenso	40	2,0 (2,0-4,0)
Puede introducirlo en la práctica diaria del enfermero	50	3,0 (2,0-4,0)

*Md: mediana; Q1-Q3: cuartiles

Fase 3: validación del contenido

El panel fue compuesto por 10 jueces del sexo femenino, con promedio de edad de 57,7 años (de=8,3), con tiempo de actuación profesional de 33,7 años (de=7,2). Ocho poseían título de doctorado en enfermería, uno maestría y uno especialista en administración hospitalaria. Siete enfermeros actuaban como docentes uno como docente y coordinador de enfermería, otro como gestor y uno era consultor en el área de gestión del servicio de enfermería, abarcando diversas instituciones en siete ciudades brasileñas de la Región Sur y Sudeste.

La técnica Delphi fue aplicada en dos fases para alcanzar el consenso pre-establecido. Las respuestas del primer cuestionario mostraron un índice de concordancia en los diferentes ítems (IVC-I) de la producción del cuidado de enfermería con variación de 0,6 (Md 4,0) a 1,0 (Md 4,0-5,0). La afirmativa 4 (extensión) mostró

IVC-I variando entre 0,0 (Md 2,0) y 0,4 (Md 2,0) y la afirmativa 5 (complejidad del instrumento) varió entre 0,0 (Md 2,0) y 0,3 (Md 2,0), representando los niveles de concordancia más bajos (Tabla 2).

Aunque los jueces concordaran mayoritariamente con la manutención de los indicadores, sugirieron varias modificaciones en la estructura y en el contenido de algunos ítems. Así, fueron revisados conceptos, retirados términos y indicaban subjetividad y mejor explicados los enunciados sin claridad.

El ítem "supervisión del enfermero y transición del cuidado" fue (re)nombrado "acompañamiento y

transferencia de cuidado", evidenciando el aspecto educativo de la supervisión y la sistematización de las informaciones en la transferencia de guardia. Se argumentó que los servicios de apoyo pueden ser considerados como recursos, siendo alterado el título de ese ítem para "recursos necesarios para prestar atención", correlacionando el tiempo que el equipo consume para proveer los mismos. El indicador "problemas y/o situaciones de urgencia" fue excluido por ser considerado redundante ante las modificaciones efectuadas en los ítems "recursos necesarios para prestar atención" y "dimensionamiento de personal de enfermería".

Tabla 2 - Parecer de los jueces sobre los ítems de la producción del cuidado de enfermería en la fase Delphi 1. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmación*	Planeamiento de la atención de enfermería			Atención al paciente y/o familiar			Necesidades asistenciales		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – contenido del ítem	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 – lenguaje común entre profesionales	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 - claridad en los 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 - muy 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 – complejo	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 - intensidad creciente en las gradaciones	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 – se puede introducirlo en la práctica diaria	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 decisión 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

Afirmación*	Supervisión del enfermero y transición del cuidado			Interacción y actuación multidisciplinaria			Recursos necesarios y servicios de apoyo		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – contenido del ítem	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 – lenguaje común entre profesionales	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 - claridad en los 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 - muy 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 – complejo	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 - intensidad creciente en las gradaciones	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 – se puede introducirlo en la práctica diaria	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 decisión 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

Afirmación*	Problemas y/o situaciones de urgencia			Dimensionamiento de personal según la carga de trabajo			Calificación y desarrollo profesional		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – contenido del ítem	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 – lenguaje común entre profesionales	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 - claridad en los 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 - muy 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 – complejo	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 - intensidad creciente en las gradaciones	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 – se puede introducirlo en la práctica diaria	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 decisión 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

*Puntuación varía de 1 a 5: cuanto mayor la puntuación, mayor la concordancia

†IVC-I: índice de validez del contenido de los ítems

‡Md : mediana

§Q1-Q3: cuartiles

El título del instrumento – clasificación del proceso de trabajo de enfermería – también fue alterado, visando mayor clarificación respecto a la pregunta de la investigación, y también la secuencia de presentación de los ítems fue modificada. El instrumento pasó a ser identificado como Evaluación del Proceso de Cuidar de Enfermería (APROCE), incluyendo ocho ítems o indicadores con revisión de las puntuaciones.

Respecto al segundo cuestionario (Delphi 2), las respuestas mostraron una variación respecto al IVC-I de 0,8 (Md 4,0) a 1,0 (Md 4,0-5,0) en los diferentes ítems. La concordancia respecto a la afirmativa 4 (extensión) varió de 0,0 (Md 2,0) a 0,4 (Md 2,0) y la afirmativa 5 (complejidad) entre 0,1 (Md 2,0) y 0,3 (Md 2,0) (Tabla 3).

Considerando las contribuciones de los especialistas, fueron dos especialistas, fueron efectuadas las siguientes

alteraciones: inversión de la gradación "3" por "4" en el ítem "planeamiento de la atención de enfermería"; exclusión del término que indicaba subjetividad en la gradación "4" – *casi la totalidad* – para el ítem "interacción y actuación multidisciplinaria" y adoptado intervalo de tiempo creciente respecto a la respuesta a las solicitudes/llamadas en "atención al paciente y/o familiar".

Respecto a la estructura del instrumento (escala), el IVC-E fue superior a 0,9, tanto en la primera fase de la técnica Delphi como en la segunda. Se destacaron valores inferiores al establecido en la afirmativa 4, relativa a la clareza de los enunciados (0,7 - Md 4,0) (fase 1) y afirmativa 8, que se refiere a la aplicabilidad en la práctica diaria del enfermero (0,8 - Md 4,0), en las fases 1 y 2 (Tabla 4).

Tabla 3 - Parecer de los jueces sobre los ítems de la producción del cuidado de enfermería en la fase Delphi 2. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmación*	Planeamiento de la atención de enfermería			Recursos necesarios para prestar atención			Dimensionamiento de personal de enfermería		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – contenido del ítem	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 – lenguaje común entre profesionales	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 en los 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 - muy 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 – complejo	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 - intensidad creciente en las gradaciones	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 – se puede introducirlo en la práctica diaria	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 decisión 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

Afirmación*	Acciones educativas y desarrollo profesional			Acompañamiento y transferencia del cuidado			Interacción y actuación multidisciplinaria		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – contenido del ítem	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 – lenguaje común entre profesionales	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 en los 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 - muy 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 – complejo	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 - intensidad creciente en las gradaciones	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 – se puede introducirlo en la práctica diaria	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 decisión 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

Afirmación*	Atención al paciente y/o familiar			Atención a las necesidades asistenciales		
	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-I†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – contenido del ítem	1,0	4,0	4,0-4,7	1,0	4,5	4,0-5,0
AF2 – lenguaje común entre profesionales	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0
AF3 - clareza en los enunciados	0,9	4,0	4,0-4,7	1,0	4,0	4,0-4,7
AF4 - muy extenso	0,3	2,0	2,0-3,5	0,1	2,0	2,0-2,0
AF5 – complejo	0,1	2,0	2,0-2,0	0,3	2,0	2,0-3,5
AF6 - intensidad creciente en las gradaciones	1,0	5,0	4,0-5,0	1,0	5,0	4,2-5,0
AF7 – se puede introducirlo en la práctica diaria	0,9	4,0	4,0-4,7	0,9	4,0	4,0-4,7
AF8 - permite tomar decisión gerencial	0,9	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0

*Puntuación varía de 1 a 5: cuanto mayor la puntuación, mayor la concordancia

†IVC-I: índice de validez del contenido de los ítems

‡Md : mediana

§Q1-Q3: cuartiles

Tabla 4 - Parecer de los jueces sobre la estructura del instrumento en las fases Delphi 1 y 2. Campinas, SP, Brasil, 2014

Afirmación*	Delphi 1			Delphi 2		
	IVC-E†	Md‡	Q1-Q3§	IVC-E†	Md‡	Q1-Q3§
AF1 – abarca áreas más expresivas	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF2 – contenido del ítem	1,0	4,0	4,0-5,0	1,0	4,0	4,0-5,0
AF3 – lenguaje común entre profesionales	0,9	4,0	4,0-4,0	1,0	4,0	4,0-4,7
AF4 – clareza en los enunciados	0,7	4,0	2,5-4,0	1,0	4,0	4,0-4,0
AF5 - muy extenso	0,4	2,0	2,0-4,0	0,1	2,0	2,0-20
AF6 – complejo	0,4	2,0	2,0-4,0	0,2	2,0	2,0-2,0
AF7 - intensidad creciente en las gradaciones	1,0	4,5	4,0-5,0	0,9	4,0	4,0-4,7
AF8 – se puede introducirlo en la práctica diaria	0,8	4,0	4,0-4,7	0,8	4,0	4,0-4,0
AF9 - permite tomar decisión gerencial	0,9	4,0	4,0-4,7	1,0	5,0	4,0-5,0

*Puntuación varía de 1 a 5: cuanto mayor la puntuación, mayor la concordancia

†IVC-I: índice de validez del contenido de los ítems

‡Md : mediana

§Q1-Q3: cuartiles

El título del instrumento fue otra vez modificado para Evaluación del Producto del Cuidar en Enfermería (APROCENF), ante la validación de los jueces, para aproximarse del referencial teórico adoptado en la investigación. Y, en esa segunda fase, indicaron la manutención de la estructura y del contenido del instrumento y sugirieron la aplicación de la escala en intervalos regulares y no diaria. Así, en su formato final, el instrumento pasó a abarcar ocho ítems (anteriormente descritos), con puntuaciones variando de 8 a 32 puntos.

Discusión

Este estudio describe el desarrollo y la validación del contenido de un instrumento para evaluar el producto del cuidar de enfermería.

Para construir una escala de mensuración, se debe producir ítems relevantes a la pregunta de investigación y al público-blanco. Además de la revisión de la literatura, las entrevistas representan la fuente más utilizada para recolectar datos cualitativos y, particularmente, el grupo focal permite a los participantes explorar lo que tienen en común, en vez de presentar puntos de vista individuales⁽¹⁸⁾. Así, la utilización de esos grupos en instituciones distintas posibilitó identificar varios aspectos que causan impacto en la producción del cuidado y que son comunes en las diferentes realidades que viven los enfermeros.

Tales aspectos fueron analizados en la perspectiva de sistema complejo, centrado en las mejores prácticas de enfermería^(2,19). Los ítems producidos fueron ordenados, considerándose la aplicación de esa ciencia

a los conceptos tradicionales de gestión: planeamiento, organización, dirección, coordinación y control⁽²⁰⁾. La comprensión de factores inherentes al sistema de cuidado amplía la visión de los gestores sobre los procesos, posibilitando prever su comportamiento y determinar medidas para mitigación y/o solución de los problemas⁽²⁰⁻²¹⁾.

Un estudio demuestra que el ambiente de trabajo y la actuación de la enfermería influyen en la percepción del paciente respecto a la calidad de la atención. La competencia clínica del enfermero, las relaciones entre los profesionales, la composición adecuada del equipo, una práctica más autónoma y con soporte gerencial, además de la atención centrada en el paciente, pueden contribuir hacia una experiencia más positiva de ese consumidor del cuidado⁽²²⁾.

Las gradaciones de cada ítem (de uno a cuatro), indicado el grado de intensidad creciente, respecto al mejor producto del cuidar, representó el mayor reto en el desarrollo de ese instrumento. Los discursos recolectados mediante las preguntas orientadoras fundamentaron esa gradación, pero las medidas para la clasificación de resultados de enfermería⁽¹⁴⁾, utilizadas inicialmente en esa construcción, no delimitaron con objetividad y clareza las respuestas de la escala. Así, las modificaciones más importantes en su contenido ocurrieron en la primera etapa de la técnica Delphi.

A fin de hacer el instrumento más objetivo, algunos valores fueron mencionados dentro de cada ítem para mejor comprensión y discriminación de sus gradaciones. No fueron encontrados estudios que evidenciaran el consumo de tiempo del equipo de enfermería para

proveer los recursos necesarios y, así, fueron utilizados valores estimados, relacionados a la distribución del tiempo del enfermero y a las actividades asociadas⁽²³⁾.

Asimismo, el tiempo de respuesta del equipo de enfermería a las solicitudes/llamadas, correspondiente al ítem "atención del paciente/familiar", fue pautado en literatura internacional referente a la evaluación del cuidado de enfermería no prestado/atrasado⁽²⁴⁾.

Como una posibilidad de aproximación entre teoría y práctica asistencial, se optó por la evaluación previa del instrumento prototipo, llevada a cabo por enfermeros clínicos que actúan directamente en el cuidado al paciente. La pre-prueba evidenció la comprensión del usuario sobre los ítems producidos y no indicó alteración substancial en el formato o en el contenido. Sin embargo, la viabilidad para aplicarlo diariamente representa una reflexión sobre la propuesta inicial de las investigadoras, ya que corrobora las consideraciones hechas por los jueces (IVC-E de 0,8 en Delphi 1 y 2) y representa un aspecto importante a ser testado.

El relleno diario del instrumento subsidiaría el enfermero de la unidad en la evaluación del producto entregado al final del turno de trabajo. Sin embargo, algunos jueces consideraron la escala extensa para insertar en la rutina de trabajo y sugirieron aplicarla periódicamente, en intervalos regulares. Así, el análisis de cada ítem sería basado en la observación directa (supervisión), en la toma de datos mediante registros asistenciales y entrevistas con pacientes/familiares y profesionales.

Para cuantificar la validez del contenido de ese instrumento, se eligió el IVC como índice de concordancia entre los evaluadores o estimativa de consenso debido a la facilidad en la comprensión y en la distinción entre las informaciones sobre los ítems (IVC-I) y la escala (IVC-E). Así, se pudo destacar y refinar cada ítem, y también alcanzar mayor exactitud de la escala de mensuración^(15,17).

Los resultados demostraron la validez del contenido del instrumento, pero todavía deberá ser sometido a otros análisis para evaluar las demás propiedades psicométricas. Otras investigaciones también deben ser desarrolladas para investigar las diferentes posibilidades de aplicarlo de forma a no consumir mucho tiempo del enfermero para su relleno y para generar resultados pasibles de comparación intra y extra-institucional.

Conclusión

Este estudio permitió mejor comprensión sobre la producción del cuidado de enfermería, bajo la perspectiva

de enfermeros actuantes en instituciones hospitalarias, y posibilitó desarrollar y validar el contenido de un instrumento para mensurar ese producto. Su aplicación posibilita tanto la identificación de las principales dimensiones involucradas en el cuidar como la mensuración de su grado de influencia, contribuyendo a la toma de decisión gerencial y al alcance de eficacia en la gestión del cuidado.

Agradecimientos

Al Grupo de Investigación Gestión de Servicios de Salud y de Enfermería (GESTSAÚDE).

Referencias

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, Johnson 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.

Recibido: 16.10.2014

Aceptado: 1.3.2015