



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
DOUTORADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES

**RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO POR MEIO DA
TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM**

FORTALEZA - CEARÁ

2016

JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES

**RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM:
ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO POR MEIO DA
TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Linha 2 - Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira.

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Borges, José Wictor Pereira.

Relação interpessoal no cuidado de enfermagem:
elaboração e validação de um instrumento por meio da
Teoria da Resposta ao Item [recurso eletrônico] / José
Wictor Pereira Borges. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 211 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação
em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde,
Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Ph.D. Thereza Maria Magalhães
Moreira.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Relações
interpessoal. 3. Estudos de validação. 4. Teoria da
Resposta ao Item. 5. Teoria de enfermagem. I. Título.

JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES

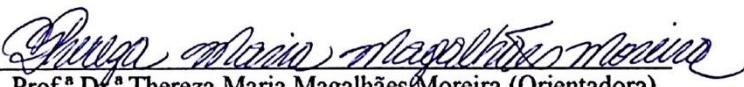
RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM:

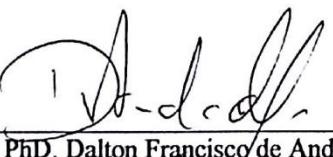
elaboração e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
Cuidados Clínicos em Enfermagem e
Saúde do Programa de Pós-Graduação
em Cuidados Clínicos em Enfermagem e
Saúde do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Estadual do Ceará como
requisito parcial à obtenção do título de
Doutor em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 28 de março de 2016.

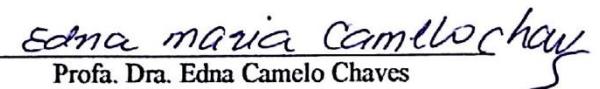
BANCA EXAMINADORA


Prof.º Dr.ª Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará


Prof. PhD. Dalton Francisco de Andrade
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
(1º membro)

Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues
Universidade Federal do Piauí - UFPI
(2º membro)


Profa. Dra. Rhanna Emanuela Fontenelle Lima de Carvalho
Universidade Estadual do Ceará - UECE
(3º membro)


Profa. Dra. Edna Camelo Chaves
Universidade Estadual do Ceará - UECE
(4º membro)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Pedro e Elza, pelo amor incondicional que mantém a nossa família sempre unida. Por incentivar os nossos sonhos e nos dar liberdade para ir buscá-los. Por nos ensinar a cultivar o amor pelos estudos como caminho para o enfrentamento da vida.

Aos meus irmãos Kelva e Pedro Eduardo com muito afeto.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Doutora Thereza Maria Magalhães Moreira que em 2005 enxergou em mim para além da imagem de um menino interiorano, que veio à capital estudar. Uma orientadora de vida, que me mostrou com paciência, zelo e afeto o caminho para recuperar as fragilidades em minha formação, me ensinando o simples, desafiando-me no aprendizado de coisas complexas e demonstrando que eu consigo superar minhas próprias limitações. Sinto-me privilegiado por ter sido seu orientando e desfrutar da convivência com um ser humano excepcional, que consegue conciliar sensibilidade, ética e competência. Minha eterna gratidão e amizade.

AGRADECIMENTOS

Tornar sonhos realidades é tarefa árdua, mas pode ser conduzida com leveza quando compartilhamos os fardos e alegrias ao longo da caminhada. O término de um doutoramento eu nomeio como um sonho concretizado, sonho que se iniciou há muito tempo e que vem sendo nutrido e conquistado *pari passo* graças ao partilhar de uma imensidão de coisas com outra imensidão de pessoas. Assim, os meus agradecimentos ultrapassam aqueles que estiveram diretamente envolvidos com o doutorado, abraçando àqueles que, ao longo da minha vida, permanecem em minha memória como merecedores de gratidão.

Agradeço a Deus e Nossa Senhora pelas suas presenças em todos os instantes, me fazendo perseverar na caminhada da vida.

À minha família, em especial aos meus pais Elza e Pedro pelo amor incondicional e por ensinarem que a vida, apesar das limitações sociais impostas, pode ser vivida com dignidade e felicidade.

Aos meus irmãos Kelva e Pedro Eduardo, aos meus sobrinhos Kaylane e Cristiano, e ao meu cunhado Edivan, pelo apoio e incentivo para a minha conquista.

Ao companheiro Queiroz, por seu carinho e pela paciência para aguentar os meus momentos de estresse.

Ao Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) pelas contribuições para a minha formação como pesquisador. Por ser um grupo coeso, que permite o desenvolvimento de cada um de seus membros de maneira autônoma e coletiva.

Ao Prof. PhD. Dalton Francisco de Andrade, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) por aceitar me supervisionar no Doutorado-sanduíche, me acolher em seu grupo de pesquisa me permitiu adentrar no vasto mundo da Teoria de Resposta ao Item.

Aos professores Doutores Adriano Borgatto, Pedro Barbetta e César Bornia da UFSC pelos seus ensinamentos.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dalton Andrade, Profa. Malvina Rodrigues, Profa Rhanna Carvalho, Profa. Edna Chaves, Prof. Vilani Guedes e Profa. Elisângela Lima pelas contribuições para o aprimoramento desta pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde por permitir a formação em excelência de pesquisadores em Enfermagem. Em especial aos professores Doutores: Vilani, Rui Verlaine (*In Memoriam*), Lucilane, Dafne, Lia, Rocineide, Augusto, Lúcia de Fátima, Consuelo, Ana Virgínia, Célia, Ana Ruth, Karla, Paulo César, Edna, Adriana Catarina e Lúcia Duarte, o meu agradecimento pelos ensinamentos compartilhados.

Aos Programas de Pós Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP) e Educação Física da UFSC; ao Programa de Pós Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará; e ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará por contribuírem no meu Doutoramento.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), pela liberação das minhas atividades profissionais para cursar o Doutorado. Aos docentes do Curso de Enfermagem da CAFS-UFPI pelo apoio na minha ausência.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza, por liberar o acesso às Unidades de Atenção Primária em Saúde;

À direção do Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), pela autorização para a realização do estudo.

À direção do Hospital Universitário Walter Cantídio por autorizar a pesquisa em todo o hospital.

À Faculdade Integrada da Grande Fortaleza que me fez Enfermeiro e a todos que de lá guardo boas lembranças e aprendizados.

À Escola de Ensino Médio Plácido Aderaldo Castelo e a Campanha Nacional de Escolas da Comunidade (CNEC) por terem plantado em mim a vontade do conhecimento. Minha gratidão a todos os meus professores!

À grande amiga Ana Célia Caetano, que fez nascer em mim a semente da pesquisa, pelas trocas de conhecimento e parceria no desbravamento de novas metodologias. Você está no meu coração!

Às amigas Aline, Anaíze, Mirela, Teresa e Grazielle pelo empenho na coleta de dados para atingirmos o tamanho da amostra. Sem vocês este trabalho teria demorado imensamente. Minha gratidão.

À Nádia Gadelha, uma querida mãe, que sempre acreditou no meu potencial intelectual e incentivou meu sonho de ser pesquisador.

Às amigas Raquel Sampaio e Daniele Braz, pelos momentos de estudos, cafés e caronas compartilhados.

Aos amigos do GRUPECCE e UECE Jônifa, Irialda, Laryssa, Leandro, Vagner Jr, Jair, Samuel, Camila, Italo e Dona Maria.

Às companheiras de Doutorado Manuela, Simone, Simara, Priscila, Kelianne, Juliana, Marta, Ana Ciléia, Fabíola, Arisa, Luciana, Solange, Aurilene, Marcelo e Emiliana.

Às amigas Malvina Rodrigues e Célida Juliana, pelo incentivo à formação e produção conjunta.

Aos colegas do PPGEP que me acolheram Thayanne, Jeovani, Diego, Pedro, Débora, Lourenço e Paulo Felipe.

Aos amigos catarinenses que preencheram os meus dias de solidão durante o Doutorado-sanduíche, Andy, Mônica, Karine e Raynara, GratiOm!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de Doutorado-sanduíche.

Enfim, a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse sonho!

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com bolsa na modalidade Doutorado Sanduíche no País (PSW). Processo 300799/2015-2

RESUMO

Mensurar a relação interpessoal enfermeiro-paciente subsidia o cuidado de enfermagem ao distinguir objetivamente níveis de efetividade na relação interpessoal. A utilização do marco teórico do Sistema Interpessoal de Imogene King e da Teoria de Resposta ao Item (TRI) propiciam a base necessária para criar e validar um questionário avaliativo da relação interpessoal no cuidado de enfermagem (QRIC). O objetivo foi desenvolver um instrumento para a mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem (QRIC), e sua validação. Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa que seguiu os três polos da psicometria: teórico, empírico e analítico. No polo teórico foi realizada uma revisão integrativa da literatura e seis grupos focais que envolveram 58 pessoas para a construção do instrumento piloto. Estes processos foram realizados à luz do Sistema Interpessoal do Modelo Conceitual de Imogene King. Validou-se seu conteúdo com nove especialistas e a semântica com 66 pacientes, em entrevistas individuais. No polo empírico, o instrumento QRIC foi aplicado nos três níveis de assistência à saúde de Fortaleza-Ceará-Brasil. Os locais de coleta de dados foram seis Unidades de Atenção Primária à Saúde, o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, e o Hospital Universitário Walter Cantídio. A amostra foi composta por 950 pacientes. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e do Hospital Universitário Walter Cantídio. No polo analítico foram examinadas as propriedades psicométricas do instrumento a partir do Modelo de Resposta Gradual (MRG) da Teoria de Resposta ao Item (TRI). As análises foram realizadas no software livre R pelos pacotes “Rcmdr”, “psych” e “mirt”. Os serviços de enfermagem que participaram da validação externa do instrumento foram: enfermagem em atenção primária, enfermagem em clínica médica, enfermagem em clínica cirúrgica, enfermagem em atenção ambulatorial e enfermagem oncológica. Dos 44 itens do instrumento inicial, 31 foram validados e compuseram o modelo final. O instrumento demonstrou ótima consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,90 e Ômega de McDonald de 0,92. Apresentou unidimensionalidade essencial, com dimensão dominante explicando 31% da variância. Quanto aos parâmetros da TRI, demonstrou discriminação de 28 itens elevados e parâmetros de posicionamento, em sua grande maioria negativos, indicando a facilidade da realização dos comportamentos avaliados na amostra. Utilizando o MRG as categorias dos itens foram posicionadas na escala, cuja interpretação está baseada em 70 indicadores. A escala foi desenvolvida em uma métrica (50,5), composta por cinco níveis interpretativos. No primeiro nível inicia-se o processo de comunicação que ganha desenvoltura na interação. Os níveis subsequentes demonstram qualitativamente os pontos de efetivação da relação interpessoal com o envolvimento de comportamentos relacionados aos conceitos de transação e interação, seguido pelo de papel. A Função de Informação do Teste demonstrou que o instrumento é mais adequado para medir o nível de relação interpessoal de pacientes entre 25 a 45 pontos na escala. Por fim, dispõe-se à enfermagem uma tecnologia para mensurar a relação interpessoal no cuidado de enfermagem, validada nos três níveis de atenção à saúde. Cabe destacar que o modelo proposto é probabilístico e não determinístico. Assim, um paciente que atinge determinado nível da escala tem alta probabilidade de possuir tais características.

Descritores: Cuidados de enfermagem. Relações interpessoal. Estudos de validação. Teoria da Resposta ao Item. Teoria de enfermagem.

ABSTRACT

Measuring the interpersonal nurse patient relationship subsidizes the nursing care to objectively distinguish levels of effectiveness in interpersonal relationships. Using the theoretical framework of Interpersonal System Imogene King and Item Response Theory (IRT) provides the foundation needed to create and validate an evaluation questionnaire of interpersonal relationship in nursing care (QIRC). The goal was to develop an instrument for the measurement of interpersonal relationship in the nursing care (QIRC), and its validation. This is a methodological study with a quantitative approach that followed the three poles of psychometrics: theoretical, empirical and analytical. In the theoretical pole an integrative literature review was carried out and six focus groups involving 58 people for the construction of the pilot instrument. These procedures were carried out in the light of Interpersonal System of Imogene King Conceptual Model. Its content was validated with nine experts and semantics with 66 patients in individual interviews. In the empirical pole, QRIC instrument was applied in the three levels of assistance to the health of Fortaleza, Ceará, Brazil. Data collecting sites were six Health Primary Care Units, the Integrated Center for Diabetes and Hypertension and the University Hospital Walter Cantídio. The sample consisted of 950 patients. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the Universidade Estadual do Ceará and the University Hospital Walter Cantídio. In the analytical pole the psychometric properties of the instrument from the Gradual Response Model (MRG) of Item Response Theory (IRT) were examined. Analyses were performed by the Free Software R packages "Rcmdr," "psych" and "blueberries". Nursing services that participated in the external validation of the instrument were: nursing in primary care, nursing in clinical medicine, nursing in surgical clinic, nursing in ambulatory care and oncology nursing. Of the 44 items of the original instrument, 31 were validated and included in the final model. The instrument showed good internal consistency with Cronbach's alpha of 0.90 and McDonald omega of 0.92. It presented essential one-dimensionality, with dominant dimension explaining 41% of the variance. As for the IRT parameters, it demonstrated discrimination of 28 high items and positioning parameters mostly negative, indicating the ease of implementation of the assessed behavior. Using MRG, categories of items were placed in scale, whose interpretation is based on 70 indicators. The scale was developed on a metric (50.5), composed of five levels interpretation. At the first level, it starts the communication process that develops in the interaction. Subsequent levels qualitatively demonstrate the effective points of the interpersonal relationship with the involvement of behaviors related to transaction and interaction concepts, followed by the role one. The test information function demonstrated that the instrument is more suitable for measuring the level of interpersonal relationship of patients between 25 and 45 points on the scale. Finally, it offers to the nursing a technology to measure interpersonal grating in nursing care, validated with the three levels of health care. It should be noted that the proposed model is probabilistic and not deterministic. Thus, a patient who reaches a specified level range is highly likely to possess such characteristics.

Descriptors: Nursing Care. Interpersonal Relationship. Validation Studies. Item Response Theory. Nursing Theory.

RESUMEN

Medir la relación interpersonal enfermera paciente subvenciona la atención de enfermería de distinguir objetivamente los niveles de eficacia en las relaciones interpersonales. Utilizando el marco teórico de Imogene King interpersonal Sistema y Teoría de Respuesta al Item (TRI) proporciona la base necesaria para crear y validar un cuestionario de evaluación de la relación interpersonal en la atención (CRIC). El objetivo era desarrollar un instrumento para la medición de la relación interpersonal en el cuidado de enfermería (CRIC), y su validación. Se trata de un estudio metodológico con un enfoque cuantitativo que siguió a los tres polos de la psicometría: teóricos, empíricos y analíticos. En el polo teórico se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura y seis grupos de discusión que involucran a 58 personas para la construcción del instrumento piloto. Estos procedimientos se llevaron a cabo a la luz del sistema interpersonal Modelo Conceptual de Imogene King. Validado su contenido con nueve expertos y la semántica con 66 pacientes en entrevistas individuales. En el polo empírica, instrumento CRIC se aplicó en los tres niveles de asistencia a la salud de Fortaleza, Ceará, Brasil. los sitios de recolección de datos fueron seis Unidades de Atención Primaria de la Salud, el Centro Integrado de Diabetes y la Hipertensión y el Hospital Universitario Walter Cantídio. La muestra fue de 950 pacientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Estado de Ceará y el Hospital Universitario Walter Cantídio. En el polo analítica se examinaron las propiedades psicométricas del instrumento a partir del Modelo de Respuesta gradual (MRG) de la Teoría de Respuesta (TRI). Los análisis se realizaron por los paquetes de software libre R "Rcmdr", "Psych" y "arándanos". servicios de enfermería que participaron en la validación externa del instrumento fueron: enfermería en la enfermería de atención primaria en la medicina clínica, enfermería clínica quirúrgica, enfermería de atención ambulatoria y de enfermería oncológica. De los 44 artículos del instrumento original, 31 fueron validados e incluyó el modelo final. El instrumento mostró una buena consistencia interna con el alfa de 0,90 de Cronbach y omega de 0,92 de McDonald. Presentado esencial unidimensionalidad, con una dimensión dominante que explica el 41% de la varianza. En cuanto a los parámetros de IRT demostrado la discriminación de 28 elementos y parámetros de posicionamiento de alta en su mayoría negativos, lo que indica la facilidad de implementación del comportamiento evaluado. Uso de categorías de artículos MRG se colocaron en la escala, cuya interpretación se basa en 70 indicadores. La escala fue desarrollada en una métrica (50,5), compuesto de cinco niveles de interpretación. En el primer nivel se inicia el proceso de comunicación ganar la facilidad en la interacción. los niveles posteriores demuestran cualitativamente los puntos efectivos de la relación interpersonal con la participación de los comportamientos relacionados con los conceptos de transacción y de interacción, seguido de papel. La función de información de la prueba demostró que el instrumento es más adecuado para medir el nivel de relación interpersonal de los pacientes entre 25 y 45 puntos en la escala. Por último, se ofrece a la enfermería una tecnología para medir la rejilla interpersonal en los cuidados de enfermería, validado los tres niveles de atención de la salud. Cabe señalar que el modelo propuesto es probabilística, no determinista. Por lo tanto, un paciente que alcanza un rango de nivel especificado es altamente probable que poseen tales características.

Descriptores: Cuidados de Enfermería. Relaciones interpersonales. Estudios de validación. Teoría de respuesta al ítem. Teoría de enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das características dos participantes dos grupos focais. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	94
Tabela 2 - Caracterização dos especialistas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	104
Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições operacionais do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	106
Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições operacionais do conceito de estresse do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	108
Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos itens do questionário “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	110
Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos respondentes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	114
Tabela 7 - Medidas de tempo dos pacientes nos serviços pesquisados. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	115
Tabela 8 - Serviços de enfermagem envolvidos nos cuidados aos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	116
Tabela 9 - Frequências das respostas aos itens do instrumento de avaliação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	117
Tabela 10 - Esquema para recategorização dos itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	119
Tabela 11 - Consistência interna do Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	120
Tabela 12 - Índices de ajuste da Análise Fatorial Confirmatória do modelo com duas dimensões. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	123
Tabela 13 - Estimativa dos parâmetros dos itens do instrumento de avaliação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	129

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Curva Característica do Item. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	52
Figura 2 - Curva Característica do Item do modelo de três parâmetros para três itens.....	56
Figura 3 - Diagrama direcionador da escolha de modelos unidimensionais da TRI. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	59
Figura 4 - Curva Característica do Item – Modelo de Resposta Gradual.....	63
Figura 5 - Funções de Informação de sete itens (curvas pontilhadas) e do teste.....	64
Figura 6 - Algoritmo de elaboração do instrumento adaptado de Pasquali (1998). Fortaleza- Ceará-Brasil, 2016.....	67
Figura 7 - Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	70
Figura 8 - <i>Scree plot</i> da Análise de Componentes Principais com análise paralela em matriz de correlação policórica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	123
Figura 9 - Resultado da Análise Fatorial Confirmatória para o modelo inicialmente hipotetizado. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	124
Figura 10 - Estrutura final do Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	128
Figura 11 - Curvas Características dos Itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	131
Figura 12 - Curva Característica do Item 30. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	135
Figura 13 - Curvas de Informação dos Itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	136
Figura 14 - Função de Informação do Teste (FIT) do Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	137
Figura 15 - Percentagem dos respondentes do QRIC em cada nível da escala. Fortaleza- Ceará-Brasil, 2015.....	144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Origens paradigmáticas dos conceitos do Sistema Interpessoal de Imogene King a partir da análise de teoria de Meleis. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	32
Quadro 2 - Clareza dos conceitos do sistema interpessoal segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	37
Quadro 3 - Critérios para elaboração de itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	44
Quadro 4 - Problemas na psicometria clássica segundo Pasquali e Primi (2003). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	48
Quadro 5 - Vantagens da Teoria da Resposta ao Item. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	51
Quadro 6 - Alguns modelos unidimensionais da Teoria da Resposta ao Item. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	58
Quadro 7 - Sistema de pontuação para escolha de especialistas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	74
Quadro 8 - Critérios para avaliação das definições operacionais e dos itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	76
Quadro 9 - Dimensionalidade teórica do construto “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	87
Quadro 10 - Elementos que compõem a relação interpessoal no cuidado de enfermagem, summarização a partir de uma revisão integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	88
Quadro 11 - Definições operacionais do conceito Interação do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	89
Quadro 12 - Definições operacionais do conceito Comunicação do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	90
Quadro 13 - Definições operacionais do conceito Transação do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	91

Quadro 14 - Definições operacionais do conceito Papel do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	91
Quadro 15 - Definições operacionais do conceito Estresse do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	92
Quadro 16 - Itens que representam o traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem” derivados da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	93
Quadro 17 - Síntese da análise das falas dos grupos focais. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016....	101
Quadro 18 - Protótipo do Questionário de Relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	103
Quadro 19 - Pontuação dos especialistas segundo critérios adotados. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	104
Quadro 20 - Itens do questionário “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem” que sofreram alterações na análise semântica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	111
Quadro 21 - Questionário Relação interpessoal no cuidado de enfermagem após validação de conteúdo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	112
Quadro 22 - Distribuição do número de indicadores envolvidos na interpretação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, de acordo com os conceitos teóricos do Sistema Interpessoal de Imogene King. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	139
Quadro 23 - Escala de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	140
Quadro 24 - Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CCI	Curva Característica do Item
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
CPB	Correlação Ponto-Bisserial
DO	Definições Operacionais
FIFA	<i>Full Information Factor Analysis</i>
FIT	Função de Informação do teste
FRI	Função de Resposta ao Item
GGUM	Modelo de Desdobramento Graduado Generalizado
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
ICAS	<i>Interpersonal Communication Assessment Scale</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MCP	Modelo de Crédito Parcial
MEG	Modelo de Escala Gradual
ML1P	Modelo Logístico de 1 parâmetro
ML2P	Modelo Logístico de 2 parâmetros
ML3P	Modelo Logístico de 3 parâmetros
MRG	Modelo de Resposta Gradual
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses</i>
PRO	<i>Patient-Reported Outcomes</i>
QATHAS	Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica
QRIC	Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado Clínico de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria da Resposta ao Item
TRIM	- Teoria da Resposta ao Item Multidimensional
UAPS	Unidade de Atenção Primária em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	OBJETIVOS	27
2.1	GERAL	27
2.2	ESPECÍFICOS.....	27
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	28
3.1	SISTEMA INTERPESSOAL DE IMOGENE KING	28
3.1.1	Descrição do Sistema Interpessoal	30
3.1.2	Análise da origem paradigmática do Sistema Interpessoal	32
3.1.3	Crítica aos conceitos do Sistema Interpessoal.....	36
3.2	A PSICOMETRIA	40
3.3	TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM	47
3.3.1	Breve histórico	47
3.3.2	Postulados e Pressupostos	51
3.3.3	Modelos acumulativos e de desdobramento	54
3.3.4	Modelos logísticos para itens dicotômicos	54
3.3.5	Modelos para itens Politônicos	57
3.3.6	Modelo de Resposta Gradual.....	60
4	MÉTODO	66
4.1	POLO TEÓRICO PARA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA	68
4.1.1	Dimensionalidade teórica	68
4.1.2	Definições e operacionalização dos construtos	68
4.1.2.1	Revisão Integrativa	69
4.1.2.2	Grupo focal	71
4.1.3	Análise Teórica.....	73
4.1.3.1	Validação de conteúdo.....	73
4.1.3.2	Análise semântica	77
4.2	POLO EMPÍRICO PARA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA	78
4.2.1	Local de coleta de dados.....	78
4.2.2	Participantes da fase de validação externa.....	79
4.2.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	80
4.2.4	Coleta de dados	80
4.3	POLO ANALÍTICO PARA A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA	81
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	86
5	RESULTADOS	87

5.1	DIMENSIONALIDADE TEÓRICA E DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS DO TRAÇO LATENTE	87
5.2	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DO TRAÇO LATENTE “RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM”	89
5.3	CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO TRAÇO LATENTE “RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM” A PARTIR DA REVISÃO INTEGRATIVA	93
5.4	CONTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS NO ESTABELECIMENTO DA CONSTITUIÇÃO DO TRAÇO LATENTE E ITENS	94
5.5	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	104
5.5.1	Análise de especialistas	104
5.5.2	Análise de conteúdo das definições operacionais	105
5.5.3	Análise de conteúdo dos itens	109
5.5.4	Análise semântica – teste piloto	111
5.6	VALIDAÇÃO CLÍNICA	114
5.6.1	Perfil dos participantes do estudo	114
5.6.2	Análise descritiva dos itens do instrumento	116
5.6.3	Análise da Confiabilidade	119
5.6.4	Análise da dimensionalidade	122
5.6.5	Estimação dos parâmetros dos itens	125
5.6.6	Curva Característica e Curvas de Informação dos itens	130
5.6.7	Construção da escala	137
	5.6.7.1 Posicionamento dos respondentes na Escala	144
	5.6.7.2 Pontuação da escala	145
6	DISCUSSÃO	146
7	CONCLUSÃO	166
	REFERÊNCIAS	169
	APÊNDICES	181
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes)	182
	APÊNDICE B - Carta-convite aos juízes	183
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)	184
	APÊNDICE D - Instruções para avaliação dos especialistas	185
	APÊNDICE E - Instrumento para a validação de conteúdo	187
	APÊNDICE F- Caracterização sociodemográfica e de cuidado	193
	APÊNDICE G - Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem..	194
	APÊNDICE H - Script software MULTILOG	196
	APÊNDICE I – Script de análise no Mirt.....	198
	APÊNDICE J – Convergência do modelo no software Mirt.....	200

APÊNDICE K – Probabilidades e posicionamento dos itens na escala	202
ANEXOS.....	205
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa UECE	206
ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa HUWC.....	209

1 INTRODUÇÃO

A relação interpessoal pode ser compreendida como *lócus* onde ocorre o cuidado de enfermagem, deslocando a interação enfermeiro-paciente para o centro do cuidado. Esse deslocamento demanda do enfermeiro uma postura científica, filosófica, técnica, ética e sensível, que utiliza o diálogo face a face como o espaço para a manifestação em ação do cuidado de enfermagem.

A complexidade estrutural do cuidado de enfermagem radica sua natureza humana e social na interação recíproca entre enfermeiro e paciente, na qual se desenvolve um intercâmbio de processos de vida e desenvolvimento humano, como maneira particular de entender e definir a vida, saúde, enfermidade e morte (MAYA; ACOSTA, 2008). A consideração pelo outro, a observação das suas particularidades, a individualidade e o caráter expressivo manifesto na relação imprimem qualidade humana ao cuidado (FORMOSO et al., 2012).

Nesse sentido, a “relação interpessoal no cuidado de enfermagem” é definida como a interação entre duas ou mais pessoas que se comunicam, transferem valores e energia a partir de seus papéis na sociedade. Conjetura-se que esta interação percorre um contínuo que vai de uma relação com baixa efetividade para uma relação com alta efetividade no cuidado de enfermagem.

Algumas teorias de enfermagem trazem o processo interativo como o núcleo central do cuidado. Podem ser descritos como teorias do processo interativo: o Modelo de Conservação de Levine; o Modelo Intersistema de Artinian; a Modelagem e Modelagem de Papel de Erickson, Tomlin e Swain; a Estrutura de Sistemas e a Teoria de Alcance de Meta de King; o Modelo de Enfermagem Baseado na Atividade de Vida de Roper, Logan e Tierney; o Modelo de Adaptação de Roy; e a Ciência do Cuidado como Ciência Sagrada de Watson (McEVEN; WILLS, 2009). Além disso, na perspectiva da subjetividade, encontram-se a Teoria Interpessoal de Peplau, de Travelbee, e a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (MAYA; ACOSTA, 2008).

Neste estudo, adotou-se como arcabouço teórico o Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interaturantes de Imogene King (KING, 1981). O Sistema Interpessoal é composto pelos conceitos de interação, comunicação, transação, papel e estresse, que estruturam e imprimem sentido à relação entre o enfermeiro e o paciente (KING, 1981).

Para King, enfermeiro e paciente são sistemas que interagem propositalmente, de tal forma que se as percepções, julgamentos e ações desses indivíduos forem congruentes, produzirão transações dirigidas a metas. Se houver percepção de ambas as partes no momento da interação ocorrerão transações, a partir das quais, metas serão atingidas e poderão satisfazer o enfermeiro e o paciente. Se as metas forem atingidas o cuidado de enfermagem será efetivo (KING, 1981).

Diante do exposto, propomos como forma de abordagem da relação interpessoal no cuidado de enfermagem a mensuração deste fenômeno. Fenômenos subjetivos podem e devem ser mensurados. Sua mensuração é essencial na pesquisa científica e na prática clínica e constitui-se num desafio.

O método de construção de instrumentos padronizados envolve a amostragem de características de um dado fenômeno comportamental, denominado traço latente, o que tende a assegurar que as características universais dos indivíduos relacionados a um determinado fenômeno sejam contempladas (MOTA; PIMENTA, 2007). Nesse sentido, a Teoria da Resposta ao Item (TRI) apresenta grande poder de conhecimento de estruturas latentes.

A TRI é considerada uma teoria moderna da psicometria, pois concentra-se em cada item do instrumento de medição e assume que o desempenho de um determinado teste pode ser explicado por características individuais, não diretamente observáveis, denominadas traços latentes. O crescimento da TRI somou bagagem teórica sofisticada sobre a fundamentação da medição em ciências do comportamento e sociais, que deve ser estudada e aplicada para o aprimoramento e formulação de novos testes (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

No âmbito da relação interpessoal têm se utilizados vários métodos para sua avaliação. A realização de observação sistemática por meio de atendimentos gravados em busca da identificação de atitudes facilitadoras ou dificultadoras do processo terapêutico é um dos métodos mais acessíveis, porém pode gerar falhas nos seus resultados, pois constitui estratégia pouco acurada (POLIT; BACK; HUNGLER, 2004; VILELA, 2012);

No âmbito da Psicoterapia, a mensuração da relação interpessoal tem seguido múltiplos caminhos. Marcolino e Alcoponi (2001) argumentam que a utilização desse construto tem sido limitada em pesquisa pela confusão e controvérsia a respeito da sua natureza. A utilização de várias definições envolvidas na relação interpessoal tem gerado múltiplos instrumentos de avaliação, como o Inventário de Relacionamento (*Relationship Inventory –RI*); o Relato da Sessão Terapêutica (*Therapy Session Report– TSR*); a Escala

de Processo Psicoterápico Vanderbilt (*Vanderbilt Psychotherapy Process Scale – VPPS*) que tem três subescalas: envolvimento do paciente, exploração do processo e ofertas do terapeuta ao relacionamento; o Método de Contagem de Sinais de Aliança de Ajuda (*Penn Helping Alliance Counting Signs Method*); a Escala de Aliança Penn (*Penn Alliance Scales*); O Inventário de Aliança de Trabalho (*Working Alliance Inventory – WAI*); e as Escalas de Aliança Psicoterápica (California Psychotherapy Alliance Scales – Calpas).

No Brasil, algumas escalas têm contribuído para suprir o problema da mensuração da relação interpessoal com foco na empatia, cada uma delas com concepções diferentes quanto ao tema ou com objetivos diferentes em relação à construção da medida, por exemplo: a escala de contágio emocional, habilidades sociais e inteligência emocional, inventário de empatia, empatia focada em grupos e a escala multidimensional de reatividade interpessoal de Davis (FORMIGA et al., 2011; GALVÃO et al., 2010).

Em termos de uma direção conceitual, essas escalas convergem para avaliação da capacidade do ser humano em relação ao pensar e sentir a experiência do outro, com o objetivo de qualificar sua relação social e emocional (FORMIGA et al., 2011; GALVÃO et al., 2010; FALCONE et al., 2008). Porém, de todas essas escalas, apenas a multidimensional de reatividade interpessoal possui um corpo teórico bem organizado, assim como, é a que tem sido utilizada no Brasil enfocando variáveis psicológicas e psicossociais (FORMIGA et al., 2011).

No âmbito da enfermagem, Vilela (2012) argumenta, a partir de uma revisão bibliográfica, que não existem escalas, inventários ou outras técnicas quantitativas em estudos sobre a avaliação da relação interpessoal com enfermeiros no Brasil. Este fato o levou a desenvolver uma escala de observação da interação enfermeiro-cliente para o uso em situações de observação durante o cuidado. Desenvolvida a partir da Teoria da Abordagem Centrada na Pessoa, compõe-se de três subescalas (consideração positiva incondicional, atitude empática e congruência). Cada subescala obteve Alfa de Cronbach de 0.68, 0.76 e 0.51, respectivamente¹.

Klakovich e Cruz (2006) desenvolveram nos Estados Unidos o *Interpersonal Communication Assessment Scale* (ICAS) para medir as competências de comunicação dos estudantes de graduação e pós-graduação em enfermagem. Esta escala possui 23 itens e obteve Alfa de Cronbach de 0,96. Uma versão em língua portuguesa foi desenvolvida na Universidade do Porto, Portugal e sua análise psicométrica mostrou valores elevados do

¹ O Alfa de Cronbach é um coeficiente que estima a confiabilidade de um questionário, são aceitos valores acima de 0.70 para considerar um instrumento confiável (HAIR JR, 2005).

alfa de Cronbach (0.93)², comparável à versão original. O ICAS mostrou alta consistência interna em análise de confiabilidade e excelente estabilidade temporal, sendo um instrumento adequado para avaliar habilidades de comunicação interpessoal (LOPES; AZEREDO; RODRIGUES, 2012).

Diante do exposto, a mensuração da relação interpessoal no cuidado de enfermagem permanece como campo aberto de pesquisa, pois há poucos instrumentos para esta ação, e aqueles que existem apresentam limitações. Além disso, percebe-se que a relação interpessoal enfermeiro-paciente carece de instrumentos de mensuração que considere um arcabouço teórico da enfermagem como fundamento epistêmico de sustentação. O único instrumento designado para essa função na enfermagem foi construído a partir de teoria psicológica e constitui-se uma tecnologia observacional, o que demanda certa logística para sua aplicação, pois requer, suporte com câmeras ou uma terceira pessoa no ambiente no qual o cuidado é realizado.

Nesse sentido, Vilma de Carvalho (2013) sustenta que, dentre as transformações conceituais pelas quais vem passando a Enfermagem moderna, o primeiro problema a clamar por respostas é a necessidade de determinação de métodos refinados de investigação científica, relevantes para a estruturação do conhecimento e coerentes com o desenvolvimento de teorias de enfermagem. Argumenta, ainda, que outro problema decorrente do primeiro diz respeito, especificamente, à necessidade do estabelecimento de critérios válidos para a seleção rigorosa de instrumentos e técnicas de trabalho que sirvam para comprovar a importância e a significação da própria enfermagem no seu campo da prática profissional.

Assim, questiona-se: a relação interpessoal no cuidado de enfermagem pode ser representada em um instrumento que possibilite a mensuração deste fenômeno em uma escala que varia da baixa efetividade para a alta efetividade?

Diante do exposto e considerando os elementos constitutivos desta tese, a saber: a relação interpessoal, o cuidado de enfermagem, o Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes e a mensuração de traços latentes, elaboraram-se as seguintes premissas:

- O sistema interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes de King propõe conceitos sobre comportamentos humanos no rol das relações cotidianas nas quais o cuidado de enfermagem é realizado;

² Alfa >0.90 pode significar inexistência de variância entre os itens, ou seja, eles são muito parecidos (CARVALHO, 2012).

- Os comportamentos humanos produzidos na relação interpessoal entre enfermeiro e paciente durante a realização dos cuidados de enfermagem guardam características universais compõem traços latentes passíveis de mensuração;
- A relação interpessoal no cuidado de enfermagem é um traço latente passível de ser compreendido psicométricamente e pode subsidiar um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item;
- O cuidado de enfermagem é influenciado pelo nível de efetividade da relação interpessoal entre o enfermeiro e o paciente.

Essas premissas sustentam a seguinte Tese:

- Uma escala para a mensuração da relação interpessoal entre enfermeiro e paciente, que repousa sobre o Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes de Imogene King e Teoria da Resposta ao Item, pode subsidiar o cuidado de enfermagem, a partir da diferenciação objetiva entre uma relação interpessoal de baixa ou de alta efetividade para o cuidado.

A realização deste estudo justifica-se na tentativa de subsidiar, a partir do instrumento desenvolvido, a construção de indicadores de enfermagem com resultados diretos, ancorados nos conceitos representativos do saber da profissão, que auxiliem no estabelecimento de ações, delineadas na clínica de enfermagem.

Assim, a utilização de escalas, questionários e outros instrumentos de medida, validados dentro de padrões criteriosos e reconhecidos cientificamente, permitem aos enfermeiros o acesso a tecnologias científicas para a realização das práticas clínicas de enfermagem (BORGES, 2012). Nesse ínterim, o enfermeiro poderá, ao utilizar-se de um instrumento de mensuração capaz de explicar o que ocorreu e interpretar o que está acontecendo na relação face a face, permitir a abertura de novos horizontes interpretativos para o cuidado clínico de enfermagem.

O subsídio da mensuração na clínica de enfermagem potencializará a realização de pesquisas a partir da utilização de metodologias quantitativas aplicadas sobre dados subjetivos. Esse panorama abre novos caminhos para a ciência de enfermagem, pois, permite a construção de instrumentos que albergam construtos subjetivos em uma linguagem matemática, capazes de serem utilizados em testes estatísticos para trazer novas interpretações à realidade do cuidado de enfermagem.

Desse modo, o interesse pela temática de mensuração em saúde surgiu durante o curso de especialização em Enfermagem Clínica com a produção de um estudo monográfico sobre os métodos utilizados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Esta temática foi aprofundada durante a realização do Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde com a produção e validação de um instrumento para mensurar a não adesão ao tratamento (BORGES, 2012). Em meu exercício profissional, atuando em hospitais de tecnologias terciárias, observei no relacionamento enfermeiro-paciente campo fecundo para a construção e validação de um instrumento de medida.

Desde 2009 participo do *Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem* (GRUPECCE) do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, que atualmente vem trabalhando com a elaboração e validação de instrumentos de medida e materiais educativos em saúde. Isso oportunizou aprofundar meus conhecimentos sobre a temática e despertar-me para a construção de um novo instrumento, construído sobre um rigor metodológico, para a mensuração da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Desenvolver um instrumento para a mensuração da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, e sua validação.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as definições constitutivas e operacionais da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, conforme o Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes;
- Construir um conjunto de itens para mensurar a relação interpessoal no cuidado de enfermagem;
- Validar o conteúdo das definições operacionais e dos próprios itens;
- Analisar as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) do instrumento construído;
- Estabelecer uma escala padronizada de mensuração da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

O referencial teórico adotado nesta tese foi o Modelo Conceitual de Imogene King (KING, 1981), especificamente o seu Sistema Interpessoal. Para dar suporte à construção do instrumento de medida da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, utilizou-se também como referencial teórico a Psicometria (ramo da psicologia que fundamenta instrumentos mensuradores de comportamento) e a Teoria da Resposta ao Item.

3.1 SISTEMA INTERPESSOAL DE IMOGENE KING

A escolha dessa teoria de enfermagem como arcabouço teórico metodológico justificou-se por ser uma teoria relacional com uma estrutura conceitual sólida permitiu a identificação dos elementos constituintes da relação interpessoal no cuidado de enfermagem de maneira objetiva para a construção do instrumento. Aliado a esta característica, o acesso aos textos originais também influenciou a adoção deste referencial.

O sistema interpessoal carrega em si a característica de poder ser aplicada nos variados contextos em que a enfermagem encontra-se inserida. Pode-se citar a aplicação do sistema interpessoal no cuidado em hipertensão arterial (ABREU; MOREIRA, 2014; FALCÃO, 2007), na assistência ao câncer de mama (SOUTO; GARCIA; COLER, 2000), cuidados paliativos (MIRANDA, 2016), seguimento de adultos queimados (TAKAMATSU, 2005), famílias no convívio de pessoas que sofreram acidente vascular cerebral (NOGUEIRA, 2006), adesão ao tratamento da tuberculose (GARCIA et al., 2014) e promoção do aleitamento materno no sistema prisional (MELLO, 2015). Esta característica corrobora com o objetivo de construção de um instrumento que possa ser aplicada nos três níveis de atenção à saúde.

Esta seção apresenta uma análise crítica do Sistema interpessoal do Modelo Conceitual de Imogene King (KING, 1981), conforme a Teoria de Meleis (2012). Para isto, foi realizada a descrição do sistema interpessoal, análise de suas origens paradigmáticas e crítica a partir da unidade de análise “clareza” (MELEIS, 2012).

A etapa descrição elucidou os componentes estruturais do Sistema Interpessoal (pressupostos, conceitos e proposições). Consistiu de uma leitura apurada da teoria, que nos permitiu adquirir uma visão generalizada sobre o trabalho da autora, seu objetivo, bem como identificar os questionamentos feitos e quais respostas ela pretendia encontrar. Essas

perguntas foram respondidas por meio das proposições que descrevem a relação entre eventos, situações ou ações. As proposições são o ponto crucial, a partir do qual emergem outras questões que guiarão novos estudos e pesquisas. A identificação de proposições, conceitos e afirmações não é um processo linear, mas cíclico, que dá origem aos componentes estruturais de determinada teoria.

A análise é a etapa em que são identificadas as partes e os componentes dos conceitos e da teoria de Enfermagem, examinados por meio de critérios preestabelecidos. Implica a reflexão de variáveis importantes que influenciam seu desenvolvimento, bem como sua atual estruturação. Para identificar a origem paradigmática, alguns fatores precisam ser considerados, como as referências e a bibliografia existente, a formação educacional, a experiência da teórica e o contexto sociocultural influenciador no desenvolvimento da teoria.

A crítica à teoria foi realizada por meio da unidade de análise “clareza”. Refere-se à precisão de limites. Comunica a sensação de ordem, significados verdadeiros e consistência permeando toda a teoria. A clareza é observada nos pressupostos, conceitos, proposições e conceitos de domínio. A clareza nos conceitos é observada nas definições teóricas e operacionais que permeiam toda a teoria, apresentadas parcimoniosamente, em consonância com pressupostos e proposições (MELEIS, 2012).

Meleis (2012) propõe duas questões que permitem avaliar a clareza dos conceitos da teoria: os conceitos trazem uma definição operacional? Os conceitos têm validade de conteúdo e de construção? Essas questões foram aplicadas aos conceitos do Sistema Interpessoal de King, que compreendem: interação, comunicação, transação, papel e estresse (KING, 1981).

Neste sentido, é relevante a compreensão sobre definições constitutivas e definições operacionais. Uma definição constitutiva é concebida em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere. Uma definição é operacional quando há definição, não mais em termos de outros conceitos, mas em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa (PASQUALI, 2003).

A validade de conteúdo foi entendida como a constituição de uma amostra representativa de um universo de conteúdos relevantes para uma ciência. E validade de construto como a qualidade de possuir traços, aptidões ou características supostamente existentes e abstraídos de uma variedade de comportamentos que tenham significado.

Passemos, então à descrição do Sistema Interpessoal de Imogene King (KING, 1981).

3.1.1 Descrição do Sistema Interpessoal

O Sistema Interpessoal é composto por cinco conceitos essenciais: interação, comunicação, transação, papel e estresse (KING, 1995, 1981). A ligação entre esses conceitos é realizada a partir da linguagem. O processo de interação entre dois ou mais indivíduos representa uma sucessão de comportamentos verbais e não verbais meta dirigidos.

A definição de interação é: comportamentos observáveis em diádes, tríades ou em grupos, em presença mútua. Dois seres humanos interagindo apresentam um jogo complexo de comportamentos. Cada indivíduo numa situação traz conhecimento pessoal, necessidades, metas, expectativas, percepções e experiências, que influenciam as interações. No processo interativo, dois indivíduos identificam metas e os meios para alcançá-las mutuamente. Quando uma pessoa interage com outra acontece uma ação, ao que vai decorrer uma reação, pois essa pessoa reage em presença da outra. O desenvolvimento dessa reação vai determinar se a interação continua ou não. Caso continue, será efetivada a transação (KING, 1981).

A comunicação verbal é efetiva quando satisfaz desejos básicos de reconhecimento, participação e auto realização no contato direto entre pessoas. A comunicação não verbal inclui gestos, expressões, ações e posturas de ouvir os sentimentos. É o meio pelo qual o aprendizado acontece. Para ser efetiva tem que acontecer numa atmosfera de respeito mutuo e tem-se que desejar ser entendida (KING, 1981).

O conceito de transação é definido como um processo de interação na qual os seres humanos comunicam com o ambiente para alcançar metas estimadas (KING, 1981). A transação tem uma dimensão temporal e de espaço e é influenciada pela percepção que as pessoas têm de sua realidade. Os sistemas de valores de cada pessoa em interação devem ser considerados, avaliados e interpretados para que haja o delineamento do cuidado de enfermagem. A alimentação do processo de cuidado é realizada pelos conceitos básicos de percepção, comunicação e transação, que explicam as interações entre os indivíduos.

Estas são caracterizadas por valores que influenciam transações e metas alcançadas. As interações são únicas, unidireccionais, irreversíveis, dinâmicas e têm uma dimensão de

tempo-espacó, e é definida como o ato de duas ou mais pessoas em presença mútua (KING, 1981). Esse conceito remete a um cuidado de enfermagem em ato, que ocorre no momento da relação interpessoal e, por ser único, deve ser revestido de valores éticos, que assegurem a dignidade humana.

Interações ajudam enfermeiros e pacientes a ter clareza cognitiva sobre um ambiente compartilhado. Quando dois indivíduos entram juntos em qualquer situação, o resultado da troca depende se a relação é percebida como benéfica ou prejudicial. Uma relação entre duas pessoas indica como uma pessoa pensa ou sente o outro, como cada um percebe o outro, o que esperam e como reagem a cada comportamento do outro. Uma aproximação para o estudo das interações em enfermagem seria o desvencilhar a concordância-discordância, a satisfação-descontentamento, a congruência-incongruência e as percepções inexatas e precisas (KING, 1981).

As interações ocorrem entre indivíduos que, desempenham funções no processo interativo. Essas funções são designadas por King como Papel. O papel pode ser definido como o conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam certa posição no sistema social, ou como o conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e direitos inerentes a uma posição organizacional (KING, 1981).

O conceito de papel exige que os indivíduos se comuniquem uns com os outros e interajam com o propósito de alcançar metas. O papel pode ser aprendido na família ou com outros grupos sociais. É situacional, pois depende da situação vivenciada e das pessoas envolvidas na interação (KING, 1981). O enfermeiro é instruído no seu papel durante sua formação nas escolas de enfermagem e, mais tarde, ao participar de seu grupo profissional. O paciente constitui seu papel ao estar inserido em uma situação do ciclo saúde-doença-cuidado, influenciado pelo seu ego e percepções de mundo.

O conflito de papéis em um sistema interpessoal pode aumentar a tensão ou estresse no ambiente, interferindo de forma positiva ou não nas interações humanas (MOREIRA; ARAÚJO, 2002). O conceito de estresse se refere às tensões em qualquer evento no qual demandas ambientais, demandas internas ou ambas excedem os recursos adaptáveis nos sistemas em interação (KING, 1981). É definido como um estado dinâmico por meio do qual um ser humano interage com o ambiente para manter equilíbrio para crescimento, desenvolvimento e desempenho efetivo de papéis (KING, 1981).

Enfermeiros e pacientes são confrontados, continuamente, com estressores nas situações de cuidado de enfermagem. Os ambientes do hospital, unidades de atenção primária à saúde, ambulatórios especializados ou, até mesmo, a comunidade configuram características que necessitam de adaptação por parte dessas pessoas, para que possa haver a implementação do cuidado. A adaptação a essas características implica, muitas vezes, na regulamentação de novos papéis, enquanto a situação de saúde demandar. Papéis são difíceis de serem reelaborados, culminando com demandas de energias, que sofrem influências diretas de estressores pessoais e ambientais.

3.1.2 Análise da origem paradigmática do Sistema Interpessoal

O Modelo Conceitual de King está fundamentado no conceito de sistema. A teorista endossou a ideia de que o único modo para estudar seres humanos que interagem com o ambiente é o desenho de uma armação conceitual de variáveis mutuamente dependentes e conceitos relacionados. King (1981) argumenta que, a partir da premissa de que seres humanos são sistemas abertos que interagem com o ambiente, a organização de sistemas abertos em uma estrutura de interação dinâmica funda um Modelo Conceitual para a enfermagem (Quadro 01).

Quadro 1 - Origens paradigmáticas dos conceitos do Sistema Interpessoal de Imogene King a partir da análise de teoria de Meleis. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Elementos analíticos	CONCEITOS DO SISTEMA INTERPESSOAL “o mundo é composto de seres humanos e objetos que interagem no ambiente”				
	Interação	Comunicação	Transação	Papel	Estresse
Origens Paradigmáticas	Filosofia do encontro de Buber.	Pragmática da comunicação humana.	Teorias da cognição e percepção; Peplau, Travelbee e Orlando.	Sociologia Marx Weber; teorias da cognição e percepção.	Teoria da autopoiese e biologia do conhecimento de Maturana e Varela.
Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanfy e Teoria Cibernética de Norbert Weiner					

Fonte: Autor.

Assim, a Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanfy e da Teoria Cibernética de Norbert Weiner (MARTINELLI et al., 2012) foram o ponto de partida para a construção do Modelo Conceitual de King. A partir da definição de sistema como um conjunto de elementos dinamicamente relacionados entre si, formando uma atividade para atingir um objetivo, operando sobre entradas (informação, energia, matéria) e fornecendo saídas

(informação, energia, matéria) processadas (BERTALANFY, 1973), King compreendeu a enfermagem como parte de uma realidade sistêmica onde as transações entre indivíduos/grupos sociais caracterizam-se por sistemas que conduzem ao alcance de metas.

Apesar de guardar traços da Teoria Cibernetica de Weiner (MARTINELLI et al., 2012) em seu modo de organização sistemática, o Modelo Conceitual de King sedimenta-se na Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanfy (BERTALANFY, 1973) por sua associação com organismos ou sistemas naturais (biológicos e sociais) sendo considerada organicista e propondo princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, quer sejam de natureza física, biológica, quer de natureza sociológica, desenvolvendo princípios básicos interdisciplinares.

Outro fundamento do Modelo Conceitual de King derivado de Bertalanfy é que o organismo é considerado como um sistema aberto, que possui ordem e organização das partes, a partir de processos em todos os níveis do mundo vivo (BERTALANFY, 1973). Nesse sentido, King pensou a enfermagem enquanto uma disciplina de ação, reação e interação inserida em uma realidade sistemicamente organizada em três níveis: pessoal, interpessoal e social. Esses níveis estão em constante relacionamento, a partir das ações de seres humanos dialógicos.

No processo de interação humana, estes conceitos interatuam como parte existencial do humano. Os indivíduos reagem a pessoas, eventos e objetos em termos de suas percepções, expectativas e necessidades no ambiente perceptual no qual a interação acontece. Reagem como seres humanos totais às experiências de cada um (KING, 1981). São perceptíveis os elementos da filosofia do encontro de Buber que King traz ao fundamentar o conceito de interação do Sistema Interpessoal. Para Buber, a interação humana só pode ocorrer genuinamente entre seres humanos totais, residindo aí o caráter existencial do encontro (BUBER, 2012).

No sentido da interação humana, a teorista inclui em seu modelo conceitual a dimensão ética do cuidado, que deve permear toda a ação de enfermagem. A relação interpessoal entre enfermeiro e paciente sofrerá influência dos aspectos essenciais constitutivos do ser humano: ética, autodeterminação e a responsabilidade, que consideram a dignidade humana como centro normativo do cuidado de enfermagem, condizente com a meta da teoria, que é ajudar as pessoas a manterem a saúde delas.

O Modelo Conceitual de King sustenta que as interações produzem reações, utilizadas como base para a melhoria (KING, 1981). Esse pressuposto é sustentado por meio da teoria da linguagem. A efetividade no processo de comunicação determina a organização do sistema. Esta efetividade envolve a compreensão da comunicação verbal e não verbal.

Para King (1981), quanto mais comum forem as experiências do remetente e do receptor, mais fácil será para a comunicação ter o mesmo significado para ambos. King situa a produção de linguagem no meio social. Trata-se da pragmática da linguística designada pelo compartilhamento recíproco da realidade vivenciada pelos interlocutores, de modo que a compreensão e interpretação desta realidade seja congruente para ambos. Além disso, a compreensão de sistemas abertos propõe que a comunicação muda e se expande à medida que experiências passadas são trazidas para o rol comunicativo (KING, 1981).

Assim, o conceito de comunicação foi desenvolvido a partir da pragmática da comunicação humana nos moldes desenvolvidos pela Escola de Altos Estudos de Palo Alto, na California, a partir dos trabalhos de Watzlawick, Beavin e Jackson (1997), que afirmam que a comunicação humana é uma condição *sine qua non* da vida humana e da ordem social. Propuseram cinco axiomas básicos da comunicação: a impossibilidade de não comunicar; o conteúdo e níveis da relação de comunicação; a pontuação da sequência de eventos; a comunicação digital e analógica; interação simétrica e complementar.

Interações humanas acontecem em uma variedade de situação de enfermagem, cujo propósito primário é ajudar o paciente a conviver com um problema de saúde ou preocupações com sua saúde. O enfermeiro identifica as necessidades do paciente pela comunicação, observação e interpretação das informações dialogadas na interação. Sobre a interação humana, a teorista (KING, 1981) apresenta três pressupostos para que ela ocorra: I – apresentar condições de reconhecimento da ação mental; II – iniciação de operação física ou atividade relacionada à condição ou situação; III – ação mental para mostrar controle dos eventos e ação física para avançar e alcançar metas.

As interações são mediadas pela comunicação, definida como um intercambio de pensamentos e opiniões entre indivíduos (KING, 1981). A relação interpessoal é caracterizada pelo holismo, dinamismo, intencionalidade e reciprocidade (KING, 1981). Nesse sentido, é importante a identificação da influência buberiana no Modelo Conceitual de King, a partir da identificação das características da relação interpessoal e sua

correspondência, em última instância, com a filosofia do diálogo de Martin Buber (BUBER, 2012). Esta influência da filosofia de Buber no diálogo do enfermeiro com o paciente que impulsiona a transação.

O conceito de transação é posto na armação conceitual de King a partir das teorias da cognição e percepção, sugerindo que o comportamento de uma pessoa é influenciado pelas percepções e interpretações que ela tem da outra pessoa na interação. Traços da transação são esclarecidos a partir de teoristas de enfermagem que são citadas por King na apresentação deste conceito, como Peplau, Travelbee e Orlando (KING, 1981). A partir de Peplau, King propôs que as interações entre enfermeiro e paciente são meta-dirigidas, sendo fortalecidas pela experiência de ambos. De Travelbee, concordou que a interação enfermeiro-paciente deve ter um propósito reconhecido e ser retroalimentada. De Orlando, King comprehende essa relação como dinâmica e proposital (KING, 1981).

O Sistema Interpessoal de King guarda influências da sociologia weberiana. O conceito de papel é colocado como a possibilidade de ação de um indivíduo no meio social a partir de uma conjuntura hierárquica, na qual o papel do paciente é submetido a determinadas ações, a partir do papel do enfermeiro (KING, 1981). Trata-se de um tipo de relação fundada na autoridade de um indivíduo sobre o outro. O papel é influenciado pela cognição e percepção das pessoas na interação, gerando posicionamentos condizentes ou não com as ações de cuidado de enfermagem (KING, 1981).

O conceito de estresse traz a desorganização de energia no processo de crescimento e desenvolvimento, e no desempenho de papéis como fundamental à enfermagem (KING, 1981). A análise dos elementos constitutivos desse conceito mostrou traços da Teoria da autopoiese e biologia do conhecer de Maturana e Varela (1984), que teorizam a auto-organização, dos sistemas biológicos em que o crescimento e desenvolvimento se dão numa rede biológica, por sua capacidade de se auto-produzir e encontrar-se aberto a interações do meio que o cerca. Manter o equilíbrio de energia é o desafio para a manutenção do estresse no cuidado de enfermagem.

Um exame acurado do Modelo de King por Aligood, Ewans e Wilt (1995) propõe a empatia como um conceito presente em todo o modelo, tornando-o paradigmático. As autoras propõem a empatia como um fenômeno de enfermagem que interage com o sistema conceitual de King, como uma vital dimensão da dinâmica do processo interativo humano.

O Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes de King descreve uma visão holística da complexidade da enfermagem, dentro de vários grupos em diferentes sistemas de cuidado em saúde. Os conceitos fornecem conhecimentos que ajudam a analisar as relações entre indivíduos em sistemas pessoais, entre pequenos e grandes grupos em sistemas interpessoais, interagindo em uma variedade de grupos sociais chamados sistemas sociais, enfocando as transações humanas em diferentes tipos de ambientes.

3.1.3 Crítica aos conceitos do Sistema Interpessoal

Nesta seção, será realizada a critica ao modelo conceitual, a partir da análise da clareza dos conceitos do sistema interpessoal (interação, comunicação, transação, papel e estresse) como possibilidade de compreensão para a aplicação destes conceitos na prática clínica do enfermeiro. O Quadro 2 apresenta os elementos analíticos da clareza e os resultados da análise de cada conceito.

Quadro 2 - Clareza dos conceitos do sistema interpessoal segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Elementos analíticos	CONCEITOS DO SISTEMA INTERPESSOAL				
	Interação	Comunicação	Transação	Papel	Estresse
Definições	Comportamentos observáveis em diádes, tríades ou em grupos, em presença mútua.	Intercambio de pensamentos e opiniões entre indivíduos.	Processo de interação na qual os seres humanos comunicam com o ambiente para alcançar metas que são estimadas.	Conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam certa posição no sistema social, ou conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e direitos inerentes a uma posição organizacional.	Estado dinâmico por meio do qual um ser humano interage com o ambiente para manter equilíbrio por crescimento, desenvolvimento e o desempenho efetivo de papéis.
Clareza	Clara, passível de observação empírica.	Clara, curta e auto vertida.	Clara. Engloba os conceitos de interação e comunicação.	Duas definições constitutivas fundamentadas na antropologia e sociologia.	Engloba os conceitos de crescimento, desenvolvimento e equilíbrio.
Definição constitutiva					
Definição operacional	Comportamentos verbal e não verbal devem ser esclarecidos em ações.	Descreve ações de comunicação verbal e não verbal.	Definição abstrata, que necessita operacionalização.	As definições constitutivas precisam ser trabalhadas em termos de operações concretas.	Elenco de comportamentos de estresse nas ações de cuidado de enfermagem.
Validade de conteúdo	Fundamentado em ampla análise da filosofia de Buber.	Fundamentado em análise das teorias da comunicação.	Ampla descrição da psicologia da percepção e cognição.	Fundamentada na antropologia e sociologia.	Estudo fisiológico, psicológico e social da manifestação do estresse.
Validade de construto	Traços constitutivos da interação humana.	Elementos essenciais da comunicação verbal e não verbal.	Descrição de elementos e modos sobre como a transação ocorre.	Descrição e análise de variados papéis do enfermeiro para o cuidado.	Elenca doze dispositivos que diminuem o estresse nos pacientes.

Fonte: Autor.

O conceito interação apresenta uma definição constitutiva clara, passível de observação empírica, congruente e relevante com o modelo conceitual proposto. Foi constituída a partir de uma longa descrição e análise dos elementos que constituem a interação humana, fundamentado na filosofia de Martin Buber (2012) e na pragmática da comunicação humana (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1997), permitindo que tenha validade de conteúdo. A teorista argumenta que o processo de interação entre dois ou mais indivíduos representa uma sucessão de comportamentos verbal e não verbal meta-dirigidos, que ocorre em um jogo complexo de variáveis (KING, 1981). Estes elementos dão indícios da definição operacional do conceito interação. No entanto, para que a definição operacional exista, é necessário o esclarecimento em termos de ações empíricas de comportamentos verbal e não verbal. A exposição dos traços constitutivos da interação humana, como a percepção, a comunicação e a transação, dão indícios de validade de construto do Sistema Interpessoal.

O conceito de comunicação possui uma definição constitutiva clara, curta e autovertida. A teorista elenca ações de comunicação verbal e não verbal que podem ser observadas durante o cuidado de enfermagem (KING, 1981). Tais ações podem ser vislumbradas como definições operacionais deste conceito. Como este conceito é fundamentado em uma ampla análise das teorias da comunicação (teoria matemática da comunicação, teorias relacionadas à comunicação verbal, teorias relacionadas à comunicação não verbal, teorias de comunicação intrapessoal e interpessoal entre os seres humanos e entre os seres humanos e o ambiente, todas com base pragmática) (KING, 1981), pode-se afirmar a sua validade de conteúdo. A descrição dos elementos essenciais da comunicação que formam a base da definição do conceito de comunicação marca o construto teórico como válido.

A transação apresenta uma definição constitutiva que engloba os conceitos de interação e comunicação (KING, 1981). Tem seu conteúdo sedimentado nas teorias da psicologia da cognição e percepção (KING, 1981). A linguagem matemática utilizada para exemplificar a transação, demonstra a influência do comportamento de um indivíduo sobre outro, a partir da retroalimentação do fluxo da comunicação dirigidos a metas (KING, 1981), alicerça o construto deste conceito.

Papel possui duas definições formuladas a partir da antropologia e sociologia (KING, 1981). Esta fundamentação ratifica os constituintes das definições. Argumentamos que estas definições podem ser chamadas de constitutivas, pois são

representadas por meio de outros construtos englobando comportamentos, sistema social e organizacional. Os comportamentos esperados são o conjunto de procedimentos ou regras que compõem as definições constitutivas e necessitam de demonstração em termos de operações concretas, originando as definições operacionais. King (1981) ainda fundamenta o conceito de papel em estudos de enfermagem e elucida o seu construto a partir de elementos que dão significado ao conceito de papel: jogo de comportamentos com regras nas relações com os indivíduos (ALIGOOD; EWANS; WILT, 1995).

O estresse apresenta uma definição constitutiva que contém os conceitos de crescimento, desenvolvimento e equilíbrio (KING, 1981). O elenco de manifestações de comportamentos de estresse, que podem ocorrer nas ações de cuidado de enfermagem, pode ser visualizado como definições operacionais deste conceito. Além disto, o seu conteúdo é sustentado por estudos de cunho fisiológico, físico, psicológico e social, que trabalharam a manifestação do estresse no ser humano (KING, 1981). Em termos de construto teórico, apresenta, ainda, doze dispositivos que diminuem o estresse nos pacientes.

O processo de descrição, análise e crítica aplicado ao Sistema Interpessoal de King forneceu sua compreensão como suporte epistêmico para a constituição de modos de cuidado de enfermagem. Sua visualização abrangente na descrição abriu espaço para o processo de análise da teoria, a partir da abstração das origens paradigmáticas do Sistema Interpessoal. A compreensão dessas origens alavancou a crítica aos conceitos interação, comunicação, transação, papel e estresse, a partir da identificação da clareza de suas definições e indícios de validade.

3.2 A PSICOMETRIA

A construção de um instrumento de medida é um grande desafio (PASQUALI, 2003). A Psicometria estabelece o percurso metodológico necessário para se obter um instrumento revestido de qualidades métricas válidas para o que se espera. Para Prieto e Badia (2001), os fundamentos da medição em saúde por questionários são apenas uma herança da metodologia usada na psicologia para a medição de outros fenômenos.

Uma vez que a psicologia tem, como objeto de estudo, processos comportamentais e psíquicos como objeto de estudo, a Psicometria versa sobre a medida desses processos. Assim, como a relação interpessoal no cuidado de enfermagem é, essencialmente, um processo comportamental, objetivou-se com essa pesquisa desenvolver um instrumento para aferir a efetividade da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, justificando o uso da Psicometria nesse trabalho.

A criação de um instrumento válido implica rigor metodológico, etapas bem definidas e procedimentos precisos (MARTIN ARRIBAS, 2004). O modelo proposto por Pasquali baseia-se em três grandes polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos) (PASQUALI, 1998; 1999; 2003).

O polo teórico, na elaboração de instrumentos psicológicos de medida, enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico. No caso, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens. Esse polo explicita a teoria do traço latente, os tipos, categorias e comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo da literatura existente sobre o construto que o instrumento pretende medir (PASQUALI, 2003).

O conceito de traço latente se dá como variável hipotética, variável fonte, construto, conceito e atitudes. Como as estruturas latentes são atributos impérvios à observação empírica, este precisa ser expressa em comportamentos para ser cientificamente abordada. Postula-se que, ao operar sobre o sistema comportamento, está se operando sobre o traço latente. Assim, a medida que se faz ao nível comportamental é a do traço latente (PASQUALI, 2003).

O parâmetro fundamental da medida psicométrica (escalas, testes) é a demonstração da adequação da representação, isto é, do isomorfismo entre a ordenação nos procedimentos empíricos e a ordenação nos procedimentos teóricos do traço latente (PASQUALI, 1999). Significa mostrar que a operacionalização do atributo latente em comportamentos (itens) de fato corresponde a esse atributo. Esta demonstração é tipicamente tentada pelas análises estatísticas dos itens individualmente e do teste como um todo (PASQUALI, 2007).

Este teorizar implica em resolver algumas questões básicas que permitem enveredar para a construção adequada de um instrumento de medida dos construtos, assim elaborados. Especificamente, precisa-se estabelecer a dimensionalidade do construto, defini-lo constitutiva e operacionalmente e, ao final, operacionalizá-lo em tarefas comportamentais (PASQUALI, 1998).

Pasquali (2003) ressalta que a teoria sobre o construto e os dados empíricos disponíveis sobre ele, sobretudo dados de pesquisas que utilizaram a análise fatorial na verificação dos dados deve ser cuidadosamente analisada, pois o que está em jogo é a questão de decidir se o construto é uni ou multifatorial.

As definições constitutivas são importantes no contexto da construção dos instrumentos de medida, porque situam o construto, exata e precisamente, dentro da teoria, fornecendo os limites que ele possui. Assim, boas definições constitutivas vão permitir, em seguida, a avaliação da qualidade do instrumento em termos do quanto de sua extensão semântica é coberta pelo instrumento, surgindo daí instrumentos melhores e/ou piores à medida que medem mais ou menos da extensão conceitual do construto, extensão esta delimitada pela definição constitutiva desse mesmo construto (PASQUALI, 2003).

Uma definição constitutiva é representada por um construto definido por meio de outros construtos. Nesse caso, o construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere. Definição constitutiva é a que, tipicamente, aparece como definição de termos em dicionários e enciclopédias: os conceitos são ali definidos em termos de outros conceitos; isto é, os conceitos, que são realidades abstratas, são definidos em termos de outras realidades abstratas.

A partir das definições constitutivas são elaboradas as definições operacionais. As definições operacionais são definidas em termos de comportamento que atribuem significado comunicável a um conceito. As definições operacionais reúnem os

elementos chave para a construção de itens, os quais serão delineados em termos de atividades, habilidades ou comportamentos que tornam mais palpáveis a abordagem das definições operacionais. Este é o passo da construção dos itens, expressão da representação comportamental do construto, a saber: as tarefas (os itens do instrumento) que as pessoas deverão executar para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto (PRIETO; BADIA, 2001; MARTIN ARRIBAS, 2004).

Pasquali (1998) salienta que a população meta poderá ser consultada como fonte de informações para a elaboração de itens. Ele argumenta que de uma pesquisa dessa natureza pode surgir uma grande riqueza de comportamentos que expressam o traço latente estudado e que podem ser aproveitados como itens do instrumento.

Operacionalizado o construto pelos itens, chega-se à hipótese de que estes representam adequadamente o construto. Essa será a versão da hipótese a ser testada. Pasquali (1998) ressalta que, no processo de elaboração do instrumento, os itens não são mais coletados a esmo ou "chutados", mas elaborados em função das definições operacionais de um construto, exaustivamente analisado em seus fundamentos teóricos e nas evidências (dados) empíricas disponíveis. Então, não é qualquer item que pareça medir o construto que é aceito, mas somente aquele que corresponde às definições teóricas (constitutivas) e operacionais.

Contudo, é importante avaliar tal hipótese em relação à opinião de outros para assegurar que ela apresenta garantias de validade. Essa avaliação ou análise da hipótese (análise dos itens) é feita por especialistas e composta por dois tipos distintos: primeiro, a análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica); e segundo, sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (análise dos juízes) (PASQUALI 1998).

A avaliação de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novas medidas porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Validade de conteúdo é o exame sistemático do conteúdo do instrumento com o objetivo de verificar se este realmente constitui uma amostra teórica representativa do comportamento que se deseja mensurar. Neste tipo de validade, os itens do teste têm de representar fielmente seus objetivos, a área do conteúdo deve ser inteiramente descrita

e, em consequência, amplamente definida, sendo esta tarefa realizada por um corpo de especialistas no tema em questão (PASQUALI, 2003; ERTHAL, 2003).

A análise semântica tem como objetivo precípuo verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros da população à qual o instrumento destina-se. Nela, duas preocupações são relevantes: verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato; segundo, para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deve ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) para garantir a chamada "validade aparente" do teste. A população-mota é a população para a qual o item foi desenvolvido e à qual ele será aplicado para validação e posterior uso (HALFOUN; AGUIAR; MATTOS, 2008).

A análise de conteúdo procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s). Nessa análise, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço latente em questão (BALAN, 2008). A avaliação se faz com base nos critérios para construção de itens desenvolvidos por Pasquali (1998). Os juízes avaliam os itens seguindo os critérios listados no Quadro 3. Tais critérios são fundamentais para elaboração adequada dos itens.

Quadro 3 - Critérios para elaboração de itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Critérios para a construção de itens	
Critério comportamental	O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.
Critério da simplicidade	Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
Critério da clareza	Deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
Critério da relevância	Pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência: a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido, o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
Critério da precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério da modalidade	Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
Critério da tipicidade	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critérios referentes ao conjunto dos itens (todo instrumento)	
Critério da amplitude	Este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.
Critério do equilíbrio	Os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, médios e difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem distribuir-se sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).

Fonte: Pasquali (1998).

Após a conclusão do polo teórico, têm início os procedimentos empíricos ou experimentais das etapas e técnicas da operacionalização do instrumento piloto e da coleta de dados. Sua função é proceder a avaliação da qualidade psicométrica do instrumento (PASQUALI, 2003). É necessário definir a população e a amostra dos sujeitos do estudo. É importante que a amostra escolhida permita ampla variação de respostas. O tamanho da amostra deve ser estimado de acordo com as exigências das análises estatísticas planejadas (PASQUALI, 2003; 1998).

Os procedimentos analíticos ou estatísticos incluem análises estatísticas dos dados coletados para estimar a validade e a confiabilidade do instrumento produzido. A dimensionalidade é definida pela análise empírica dos dados com base na Curva Característica do Item (ICC) (PASQUALI, 2003; 1998).

A análise dos itens implica a avaliação de uma série de parâmetros que eles devem possuir e, assim, tornarem-se adequados para o que se propõe medir. Destina-se à verificação da unidimensionalidade, dificuldade, discriminação, viéses, tendenciosidade de resposta, validade e precisão dos itens do questionário (PASQUALI, 2003). A análise dos parâmetros dos itens é realizada sobre os dados coletados de uma amostra de sujeitos, representativa da população para a qual o teste está sendo construído, utilizando-se análise estatística apropriada. A análise fatorial é o método recomendado por Pasquali (1997; 1998) para essa fase. Sua lógica permite identificar quantos construtos são necessários para justificar as intercorrelações dos itens.

A carga fatorial de um item mostra que percentual de covariância existe entre um item e o fator. Esta covariância vai de 0% a 100%. Quanto maior for a covariância, maior é a validade do item, porque maior será a representatividade do fator, sendo este traço latente e o item sua representação empírica. Esta é a validade do construto e sua função é mostrar se o instrumento de medida avalia o que se propõe avaliar, mediante as correlações identificadas (DANCEY, 2006).

A fidedignidade ou a confiabilidade dos testes refere-se ao índice de precisão do item em relação ao fator avaliado. A confiabilidade é definida como o grau de consistência interna, ou homogeneidade, apresentado por determinado instrumento, sendo verificada por uma descrição de todos os itens de uma escala que avaliam aspectos de um mesmo atributo ou conceito, e não de diferentes conceitos (PASQUALI, 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). A consistência se pode comprovar pelos diferentes métodos estatísticos. O coeficiente alfa de Cronbach é utilizado neste caso.

Seus valores oscilam entre 0 e 1. Considera-se haver boa consistência interna quando o valor de alfa é superior a 0,7 (MARTIN ARRIBAS, 2004).

A estabilidade do teste (estabilidade temporal) é verificada pelo processo de teste-reteste, cuja função é avaliar se a medida produz o mesmo resultado em ocasiões diferentes, quando a pessoa que responde é a mesma e está em circunstâncias semelhantes. Representa a reproduzibilidade do instrumento. Em sua análise, é usualmente utilizado o coeficiente de correlação de Spearman e o de Pearson (PASQUALI, 2007).

Após esses passos, é realizada a padronização da técnica para uniformizar os procedimentos para aplicação de um teste válido e preciso, bem como para normatizar a interpretação do teste (PASQUALI, 1998; 1999).

A utilização da Psicometria, como apporte teórico nesta pesquisa, viabilizou a construção de um instrumento com acurácia para a avaliação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Os passos da teoria, hierarquicamente organizados, permitiram sua compreensão e sua utilização.

3.3 TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM

Entre os desenvolvimentos atuais da medição, a Teoria da Resposta ao Item (TRI) é uma alternativa que tem proporcionado os melhores dispositivos para construção e análise de testes, e representa uma verdadeira mudança de paradigma no campo da teoria dos testes.

A TRI é uma teoria do traço latente aplicada primariamente a testes de habilidades, desempenho ou comportamento. O termo teoria do traço latente se refere a uma família de modelos matemáticos, que relaciona variáveis observáveis e traços hipotéticos não observáveis, responsáveis pelo aparecimento da resposta ou comportamento emitido (PASQUALI, 2003). Esta seção apresenta uma descrição da TRI.

3.3.1 Breve histórico

Numerosos modelos foram propostos ao longo da história da psicometria. A Teoria da Resposta ao Item representa um grupo de modelos matemáticos que apresentaram avanços em relação a Teoria Clássica dos Testes (TCT) (BARBETTA et al., 2014). Longe de competir, estes modelos se complementam na prática da medição de comportamentos, habilidades e aptidões para realizar uma análise mais profunda e exaustiva da qualidade do funcionamento de instrumentos de medida (COUTO; PRIMI, 2011).

Para compreender esta transição faz-se necessário um breve relato histórico sobre estas teorias. A TCT também conhecida como modelo da pontuação verdadeira ou teoria do erro de medição, se originou nas ideias de Charles Spearman, cujas elaborações matemática publicada no inicio do século XX implicavam na diferenciação dos conceitos “pontuação verdadeira” e “pontuação observada” como resultado da aplicação de uma prova (LEENEN, 2014; KOHAN, 2004; OSTINI; NERING, 2006). Esta teoria desenvolveu-se, sobretudo, no âmbito dos estudos em psicologia, principalmente na linha psicométrica.

Um dos principais conceitos da TCT é a ideia de erro de medição, em parte porque há potencialmente grandes erros na medição psicológica ou de comportamentos porque eles próprios não são diretamente mensuráveis e devem ser estudados indiretamente pela medição de outro fenômeno observável (OSTINI; NERING, 2006).

O modelo linear clássico proposto por Spearman postula que um escore observado de um determinado sujeito X em um teste pode ser decomposto em duas partes: o escore verdadeiro do sujeito (V) na variável medida pelo teste; e o escore de erro (e) que ocorre em função da imprecisão das medidas psicológicas, equação (1) (PRIMI, 2012).

$$X = V + E \quad (1)$$

Nesse sentido, uma pessoa que tem em um teste 70 pontos, o modelo não nos permite saber a sua pontuação verdadeira nem o erro contido nesta pontuação. Além disto, outros problemas foram associados à TCT, como listado a seguir (Quadro 4).

Quadro 4 - Problemas na psicometria clássica segundo Pasquali e Primi (2003).

Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Elemento	Problemas na TCT
Parâmetros dos itens	Dependem da amostra de sujeitos em que eles foram calculados. Assim um item qualquer se torna mais fácil ou mais difícil dependendo da amostra composta por pessoas mais inteligentes ou menos inteligentes.
Discriminação	A análise é feita com base no escore total de um teste, seja utilizando grupos critério ou coeficientes de correlação. Tal procedimento incorre numa incongruência lógica, pois a discriminação de cada item é testada contra o escore total, que é constituído por todos os itens do teste. Isto supõe que os outros itens sejam adequados.
Fidedignidade	Esta é definida comumente em termos de formas paralelas de um teste. Estas formas precisam ser estritamente paralelas, isto é, precisam produzir um escore verdadeiramente idêntico e variações também iguais.
Erro de medida	Suposição de que a variação dos erros de medida é a mesma para todos os testados, suposição de difícil sustentação pois alguns testados realizam a tarefa mais consistentemente que outros e que a consistência varia em função da habilidade do sujeito

Fonte: Pasquali e Primi, 2003.

Para Thurstone (1959) um instrumento de medida, na sua função de medir não pode ser seriamente afetado pelo objeto de medida. Na extensão em que sua função de medir for afetada, a validade do instrumento é prejudicada ou limitada (PASQUALI; PRIMI, 2003). As fragilidades apresentadas pelos pressupostos da TCT levaram ao desenvolvimento de alternativas de modelos de mensuração, reconhecidos,

essencialmente, como extensões e liberalizações da teoria clássica (OSTINI; NERING 2006).

A solução para o problema foi baseada na teoria do traço latente de Lord de 1952, e nos trabalhos de Lazerfield de 1959, os quais se tornaram as bases da moderna Teoria da Resposta ao Item (EMBRESTON; REISE, 2000). Antes disto, alguns trabalhos contribuíram paulatinamente na constituição de uma teoria do traço latente. Os trabalhos de Richardson em 1936 compararam os parâmetros dos itens obtidos pela TCT com os moldes que hoje usa a TRI; Lawley em 1943 e 1944 indicou alguns métodos para estimar os parâmetros dos itens, os quais se afastaram da TCT; Tucker em 1946 parece ter sido o primeiro a utilizar a expressão Curva Característica do Item, que constitui um dos conceitos chave da TRI (MUÑIZ, 2010; PASQUALI; PRIMI, 2003; VAN DER LINDEN; HAMBLETON, 1996).

A tese doutoral “*A theory of test scores*” de Lord publicada em 1952 apresentou formalmente as bases teóricas do modelo de ogiva normal de dois parâmetros (a dificuldade e a discriminação), sendo considerado um marco no surgimento da TRI (RECKASE, 2009). Após algumas aplicações desse modelo, o próprio Lord sentiu a necessidade da incorporação de um parâmetro que tratasse do problema do acerto casual, assim surgindo o modelo de três parâmetros (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009; ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). Lazerfield contribuiu com a introdução do modelo da distância latente e do modelo linear,clareando e ampliando o marco teórico da nova teoria (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Paralelamente ao trabalho de Lord, o de Georg Rasch, que trabalhava desde os anos 1940 com medidas de traço latente, começou a desenvolver seu trabalho para modelos dicotômicos e criou o modelo conhecido como Modelo de Rasch, um modelo logístico de um parâmetro, publicado em 1960 (RECKASE, 2009; ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009). Na mesma década, em 1968, Birbaum publica os modelos logísticos de dois e três parâmetros no livro *Statistical Theories of Mental test scores* editado por Lord e Novick, possibilitando um tratamento matemático exequível e facilitando o desenvolvimento de métodos de estimação de parâmetros (EMBRESTON; REISE, 2000; LINDEN; HAMBLETON, 1996). Birbaum (1968) substituiu a função de ogiva normal pela função logística, matematicamente mais conveniente, pois a função explícita dos parâmetros do ítem e de habilidade não envolve integração (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

A TRI veio efetivamente ser utilizada nos anos 1980 com o avanço da tecnologia computacional e a disponibilidade de softwares apropriados (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000). Os primeiros softwares para análises de TRI foram o BICAL de Wright, Mead e Bell e o LOGIST em 1976, BILOG em 1984 e o MULTILOG de 1991 (MUÑIZ, 2010; PASQUALI; PRIMI, 2003).

Desde suas origens, a TRI foi aplicada ao contexto educativo, de medição de habilidades e de atitude, diferente da TCT, mais aplicada ao contexto das ciências psicológicas (PATERSON, 2014; ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). Durante os primeiros anos da história da TRI os teóricos estiveram concentrados no desenvolvimento e na complexificação de modelos para itens dicotômicos. Este formato de resposta era ideal para aplicações educativas, porque era e é o mais frequentemente utilizado em testes de execução máxima que pontuam com 1 (um) o acerto e com 0 (zero) o erro.

A limitação que apresentavam estes modelos dicotômicos da primeira geração da TRI era a dificuldade de dar um tratamento satisfatório a itens pontuados politomicamente, formato por excelência de item de testes de execução típica (PATERSON, 2014). A necessidade de introduzir, nos testes psicométricos, respostas que não fossem consideradas exclusivamente dicotômicas proporcionou o desenvolvimento de modelos da TRI de natureza acumulativa para respostas politônicas, nominais ou graduadas (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Um dos avanços mais importantes desenvolvidos no âmbito da TRI foi a extensão de alguns de seus modelos em formato de resposta politônica. Os primeiros avanços neste sentido foram realizados sobre o modelo logístico de dois parâmetros de Birbaum e se deve a Samejima. Esta autora apresentou o primeiro modelo para itens politônicos: o modelo de resposta gradual em 1969 (SAMEJIMA, 1969), com o objetivo de obter mais informação das respostas dos indivíduos do que simplesmente se eles deram respostas corretas ou incorretas aos itens (ANDRADE; TAVARES; VALLE 2000).

Podem ser citados também os seguintes modelos: Modelo de Resposta Nominal de Bock (1972), Modelo Normal Modificado de Samejima (1979), Modelo de Eleição Múltipla de Thissen, Steinberg (1984), Modelo de Escala de Estimação de Andrich (1978), Modelo de Crédito Parcial de Masters (1982), Modelo de Crédito Parcial Generalizado de Muraki (1992) e Modelo sequencial de Turz (1990). Além destes, foram desenvolvidos modelos de resposta contínua: Modelo de Resposta Contínua de

Samejima (1972) e Modelo Contínuo de Rasch de Muller (1987) (EMBRESTON; REISE, 2000; VAN DER LINDEN; HAMBLETON, 1996).

Outro avanço foi a introdução dos modelos logísticos de 1, 2 e 3 parâmetros para duas ou mais populações de respondentes, feito por Bock e Zimowski em 1997. A introdução desses modelos trouxe novas possibilidades para as comparações de rendimentos ou de respostas de duas ou mais populações submetidas a diferentes testes com itens comuns (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Ao longo deste caminho, longe de estar no final, o desenvolvimento da TRI foi adquirindo vantagens em relação a TCT, importantes de serem assinaladas. O Quadro 5 as apresenta.

Quadro 5 - Vantagens da Teoria da Resposta ao Item. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Elementos	Vantagens
Aptidão do sujeito	O cálculo do nível de aptidão do sujeito independe da amostra de itens utilizados (a habilidade do sujeito é independente do teste).
Parâmetros dos itens	Os parâmetros são independentes dos sujeitos.
Permite a formulação de testes adaptativos	Pode-se avaliar a aptidão de um sujeito utilizando-se itens com dificuldades, tal que se situam em torno do tamanho da aptidão do sujeito, sendo possível utilizar itens mais fáceis para sujeitos com habilidades inferiores e itens mais difíceis para sujeitos mais aptos, produzindo escores comparáveis em ambos os casos.
Erro	É possível estimar o erro de cada parâmetro dos itens e do teste.
Testes paralelos	Não necessita trabalhar com testes estritamente paralelos

Fonte: Pasquali; Primi 2003.

Este conjunto de características obtidas a partir da aplicação dos modelos de TRI garantem a precisão da medida do traço latente em probabilidades. O crescimento da TRI somou uma bagagem teórica sofisticada sobre a fundamentação da medição em ciências do comportamento e sociais, que deve ser estudada e aplicada para o aprimoramento de testes produzidos pela TCT e para a formulação de novos testes.

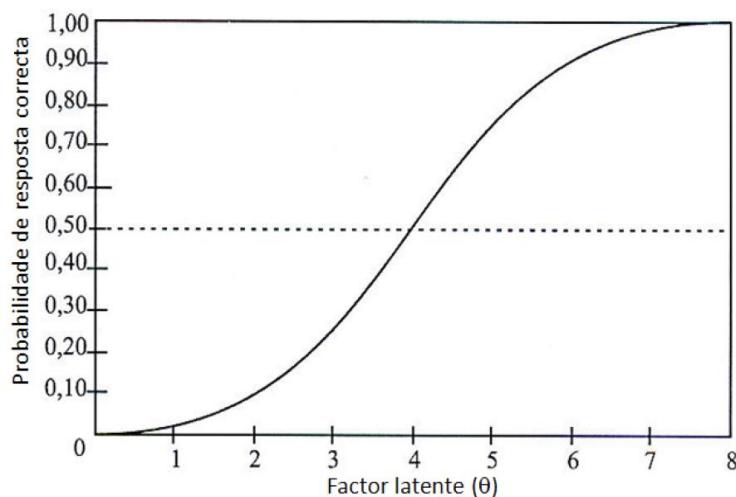
3.3.2 Postulados e Pressupostos

A Teoria da Resposta ao Item (TRI) é um conjunto de modelos matemáticos, que procuram representar a probabilidade de um indivíduo dar uma certa resposta a um item como função dos parâmetros do item e da habilidade do respondente. Essa relação é expressa de tal forma que, quanto maior for a habilidade, maior a probabilidade de acerto no item (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

Desse modo, os modelos de resposta ao item baseiam-se em dois postulados (LINDEN; HAMBLETON, 1996):

- 1) O desempenho de um examinando num item do teste é função do traço latente;
- 2) A relação entre o desempenho no item e o traço latente pode ser descrita por uma função monótona crescente, chamada Curva Característica do Item (CCI). Esta função estabelece que, à medida que o nível do traço latente aumenta, a probabilidade de uma resposta correta ao item também aumenta. A CCI tem inclinação e deslocamento na escala do traço latente definidos pelos parâmetros do item (Figura 1).

Figura 1 - Curva Característica do Item. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



(Fonte: COSTA, 2011)

A TRI proporciona vasta quantidade de modelos. As principais distinções entre eles estão no número de parâmetros usados para descrever e avaliar os itens e na forma como os itens estão estruturados de forma a permitir diferentes formatos de resposta. Os vários modelos propostos dependem fundamentalmente de três fatores: da natureza do item – dicotômicos ou não; do número de populações envolvidas; e da quantidade de traços latentes medidos (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

As vantagens da utilização dos Modelos de Resposta ao Item unidimensionais dependem, fundamentalmente, da verificação dos seus pressupostos. Assim, esta classe de modelos baseia-se em dois pressupostos: unidimensionalidade e independência local (RECKASE, 2009).

A TRI considera haver uma aptidão dominante responsável pela realização de um conjunto de tarefas e, a partir disto, o traço latente é encarado como unidimensional. No entanto, segundo Pasquali (2013), qualquer desempenho humano é sempre multifacetado e multimotivado, dado que mais de um traço latente entra na execução de qualquer tarefa. Contudo, para satisfazer o postulado da unidimensionalidade, é suficiente admitir a existência de uma habilidade dominante responsável pelo conjunto de itens.

Assim, os itens devem ser elaborados de modo a satisfazer a suposição de unidimensionalidade (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000). No entanto, Pasquali (2013) ressalta ser importante que o pesquisador esteja consciente do problema da multideterminação do comportamento humano e que soluções multidimensionais parecem mais condizentes com a realidade. Mesmo assim, a solução unidimensional da TRI é considerada robusta, isto é, os desvios que traços latentes secundários, além do traço dominante, produzem na interpretação dos escores de um teste são suficientemente pequenos para serem negligenciados.

Outro postulado é a independência local, pois, mantidas constantes as aptidões que afetam o teste, as respostas dos sujeitos a quaisquer dos itens são estatisticamente independentes. Isto quer dizer que os itens são respondidos em função do traço latente predominante, e não em função de memória ou outros traços latentes (PASQUALI, 2013). Assume-se que, para uma dada habilidade, as respostas aos diferentes itens são independentes. Esta suposição é fundamental para o processo de estimativa dos parâmetros do modelo (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Embora existam muitos modelos matemáticos que podem expressar a relação de probabilidade de sucesso em um item e a aptidão medida pelo teste, na prática há três que predominam (RECKASE, 2009). Estes se distinguem pelo número de parâmetros que utilizam para descrever o item, a saber: o modelo logístico de 1, 2 e 3 parâmetros, isto é, modelos que avaliam somente a dificuldade do item, ou a dificuldade e a discriminação, ou a dificuldade, a discriminação e a resposta correta ao acaso (PASQUALI, 2013; ANDRADE; TAVARES; VALLE 2000).

Nos modelos unidimensionais de TRI, a premissa de que as interações de uma pessoa com itens de um teste pode ser adequadamente representada por uma expressão matemática que contém um único parâmetro (unidimensional), que descreve as características da pessoa (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

Esta representação é incrementada matematicamente, de acordo com os parâmetros considerados para a estimativa da habilidade dos sujeitos a um traço latente específico, fazendo surgir os diferentes modelos logísticos utilizados na TRI. A distinção principal entre modelos da TRI refere-se à suposição sobre o relacionamento entre a seleção de opções de uma resposta e o nível do traço latente. Existem dois tipos de processo de resposta comentados: os acumulativos e os de desdobramentos.

3.3.3 Modelos acumulativos e de desdobramento

Os modelos acumulativos da TRI são modelos em que a probabilidade de um indivíduo escolher uma certa resposta ao item, aumenta com o aumento do seu traço latente. Isto é, níveis maiores de traço latente conduzem a valores mais altos de probabilidade de uma resposta, ocorrendo um relacionamento monotônico entre a escolha da resposta e o nível do traço latente (BORTOLOTTI; ANDRADE, 2007).

Já nos modelos de desdobramento, considera-se haver um ponto ideal para cada indivíduo na escala de um traço latente e a opção da resposta escolhida será o mais próximo do ponto ideal do indivíduo. A lógica atrás destes modelos é que os indivíduos selecionam a opção da resposta que é a mais próxima da sua posição do traço latente. Isto é, os modelos de desdobramentos são baseados na proximidade do indivíduo ao item (BORTOLLOTTI, 2010). Nas seções seguintes serão abordados os principais modelos acumulativos.

3.3.4 Modelos logísticos para itens dicotômicos

Os modelos da TRI variam conforme os parâmetros dos itens considerados para avaliação. O primeiro deles é conhecido como *a* e é denominado índice de discriminação do item, ou seja, a capacidade de discriminar pequenas diferenças no traço latente. O próximo parâmetro é conhecido como *b* e é denominado índice de dificuldade do item. A característica mais importante do parâmetro *b* é que ele se encontra na mesma escala que a variável latente θ . Isso permite que a dificuldade dos itens possa ser interpretada em termos de variações padronizadas na habilidade dos sujeitos (COUTO; PRIMI, 2011).

O terceiro parâmetro conhecido como *c* é denominado probabilidade de acerto ao acaso, quando a habilidade do sujeito tende à menor representação possível de θ e, ainda assim, a probabilidade de acerto se mantém diferente de zero. Isso significa que o sujeito tem uma habilidade menor que a exigida para a execução adequada do item e, mesmo assim, sua probabilidade de acerto é diferente de zero (COUTO; PRIMI, 2011).

O modelo logístico de 1 parâmetro, também conhecido como modelo de Rasch, considera apenas o parâmetro de discriminação do item b para estimar a habilidade ou posicionamento de um indivíduo em um traço latente, conforme a equação (2) (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

$$P_{ij} = P(U_{ij} = 1 | \theta_j) = \frac{1}{1 + e^{-(\theta_j - b_i)}} \quad (2)$$

onde,

$i = 1, 2, \dots, I$ (representando os itens propostos para avaliar o traço latente) e $j = 1, 2, \dots, n$ (representando n elementos que compõe a amostra).

U_{ij} é uma variável dicotômica, que assume o valor de 1 quando o indivíduo j responde de forma correta o item i , ou 0, caso o indivíduo não responda corretamente este item.

θ_j representa o Traço Latente do j -ésimo respondente.

$P(U_{ij} = 1 | \theta_j)$ é a probabilidade de um respondente j , de acordo com seu traço latente responder de forma correta, concordar ou satisfazer as condições do item i , sendo chamado de Função de Resposta ao Item (FRI).

Esse modelo é representado pela função logística de um parâmetro, a qual considera que as respostas de um sujeito a um conjunto de itens dependem apenas de sua habilidade e da dificuldade dos respectivos itens (COUTO; PRIMI, 2011). O modelo é simples e conforme a organização de suas variáveis, interpreta-se que, conhecendo a dificuldade do item e a habilidade do sujeito, é possível predizer qual é a probabilidade desse sujeito acertar o item. O valor de b é dado pelo valor de θ , no qual a probabilidade de acertar o item é de 50% (COUTO; PRIMI, 2011).

O modelo logístico de dois parâmetros mantém todas as características do modelo de Rasch. Acrescenta, por sua vez, a estimação do parâmetro discriminação do item (COUTO; PRIMI, 2011). Sua expressão matemática é dada pela equação (3).

$$P_{ij} = P(U_{ij} = 1 | \theta_j) = \frac{1}{1 + e^{-a_i(\theta_j - b_i)}} \quad (3)$$

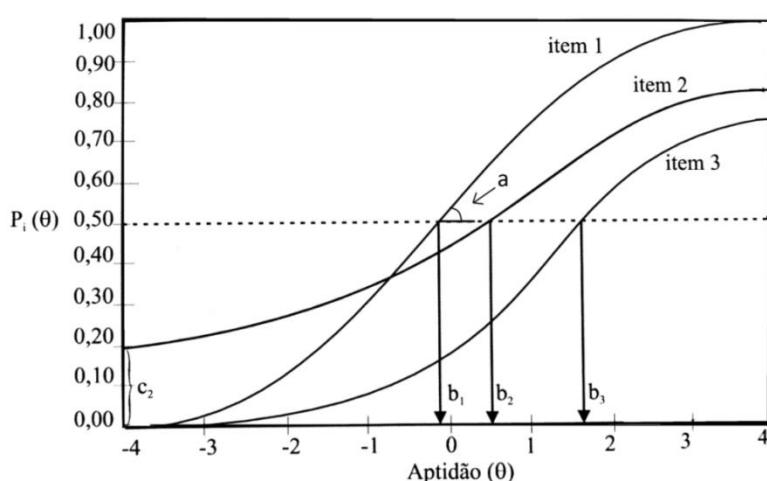
As variáveis são as mesmas descritas na equação anterior, com a diferença que se acrescenta o valor de a , que representa o poder discriminativo do item. Uma relação importante entre os parâmetros θ e a é que a discriminação varia em função da habilidade do sujeito (COUTO; PRIMI, 2011).

O modelo logístico de três parâmetros mantém todas as características dos modelos de um e dois parâmetros, porém acrescenta a possibilidade de se avaliar a probabilidade de o sujeito acertar o item ao acaso (PASQUALI, 2013; ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000). Sua expressão é dada na equação (4).

$$P_{ij} = P(U_{ij} = 1 | \theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{1}{1 + e^{-a_i(\theta_j - b_i)}} \quad (4)$$

Desse modo, c_i é o parâmetro do item que avalia a resposta correta dada ao item por acaso e é expresso pela assíntota inferior da curva. Se esta assíntota cortar a ordenada acima do ponto 0, há presença de acertos ao acaso (Figura 2). No caso do item 2 na Figura 2, há 20% de probabilidade que o item seja acertado por acaso, sendo esta probabilidade de 0 para os outros dois itens. A lógica que fundamenta essa interpretação da assíntota é a suposição de que o sujeito não tem habilidade praticamente nenhuma, pois ele tem um θ menor que -3 e, apesar disso, acerta o item, consequentemente, ele só pode ter acertado ao acaso (PASQUALI, 2013).

Figura 2 - Curva Característica do Item do modelo de três parâmetros para três itens.



(Fonte: adaptado de Pasquali, 2013).

Em relação à interpretação dos parâmetros, a escala do traço latente é arbitrária, sendo de fundamental importância as relações de ordem existentes entre seus pontos, e

não sua magnitude. O parâmetro b está na mesma unidade de medida do traço latente e o parâmetro c têm valor entre 0 e 1 por ser uma probabilidade (RODRIGUES, 2012).

Assim, Rodrigues (2012) que desenvolveu uma escala de avaliação da adesão ao tratamento da hipertensão arterial interpreta o gráfico da Curva Característica do Item, na qual o parâmetro b representa o nível no qual existem 50% de probabilidade de o usuário aderir ao tratamento, enquanto que o parâmetro a demonstra a capacidade de o item discriminar os usuários com maior nível de adesão daqueles com menor nível. Analogicamente, pretende-se que, na escala de relação interpessoal no cuidado de enfermagem, o parâmetro b represente o nível no qual exista 50% de probabilidade de o paciente ter relação efetiva no cuidado de enfermagem, enquanto que o parâmetro a demonstrará a capacidade de o item discriminar os usuários com maior relação interpessoal efetiva daqueles com menor nível de efetividade.

3.3.5 Modelos para itens Politônicos

Os formatos de resposta politômica são aqueles em que se pode responder a cada afirmação em três ou mais alternativas de resposta. Estes formatos tendem a ser utilizados em escalas de personalidade ou atitudes. Nelas, não se supõe que existam respostas corretas ou incorretas, mas a escolha entre as alternativas de resposta se faz pela intensidade com que se deve possuir do construto para responder a cada um dos itens. Neste caso, não existe propriamente um grau de dificuldade do item, mas um parâmetro de posição ou localização de cada alternativa de resposta, que indica a intensidade com que se deve possuir a característica medida para ter alta probabilidade de responder cada alternativa (OSTINI, NERING, 2006).

É provável que a razão mais simples e óbvia para o desenvolvimento de modelos da TRI politônicos seja que os itens politônicos existem e são comumente utilizados na medição em psicologia aplicada. Existem vários tipos de modelos para itens politônicos. A classificação deles depende das categorias de resposta. Pode-se ter categorias nominais em testes de múltipla escolha quando as categorias não são ordenadas (sintomas particulares, classificação do trabalho, religião); e categorias ordinalmente ou gradualmente (EMBRESTSON; REISE, 2000; ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI 2009).

A decisão de usar um modelo em detrimento de outro depende de vários fatores, incluindo o formato de resposta dos itens, se o parâmetro de discriminação pode ser mantido constante através dos itens, se o acerto ao acaso é plausível e se os diferentes

parâmetros de categoria de resposta devem ser estimados para cada item em uma escala. Examinar o formato de repostas do item é o primeiro passo para a escolha do modelo (NGUYEN et al., 2014).

O quadro 6 apresenta alguns modelos unidimensionais para itens politônicos.

Quadro 6 - Alguns modelos unidimensionais da Teoria da Resposta ao Item. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

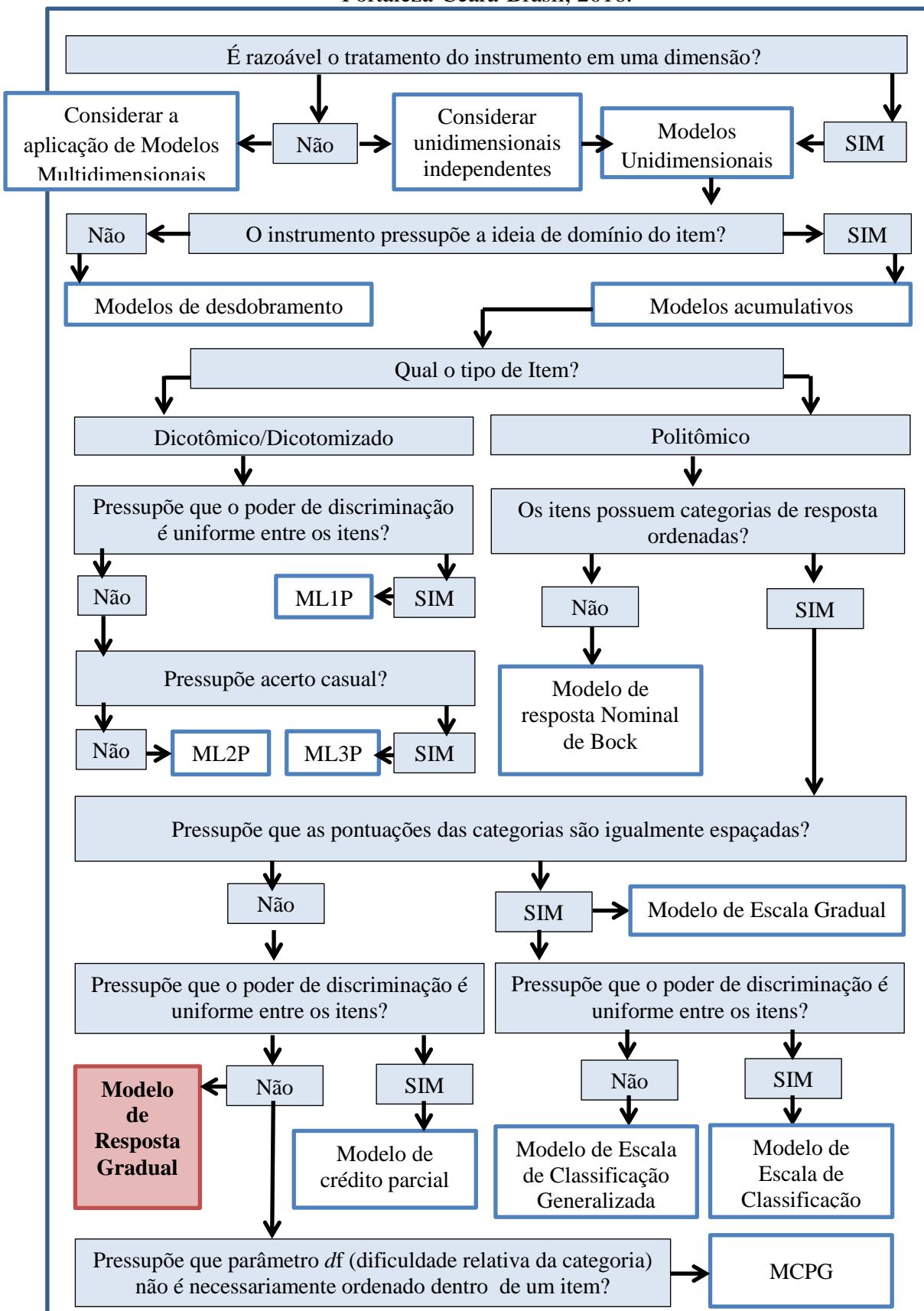
Modelo	Características
Modelo de Resposta Gradual (MRG)	Usado para respostas ordenadas. A discriminação varia entre os itens.
Modelo de Escala Gradual (MEG)	Caso particular do MRG em que se supõe que as pontuações das categorias são igualmente espaçadas, mantendo o mesmo número de categorias de resposta para todos os itens.
Modelo de Crédito Parcial (MCP)	Extensão do modelo logístico de um parâmetro. Pressupõe que todos os itens tenham o mesmo poder de discriminação.
Modelo de Crédito Parcial Generalizado	Baseado no MCP considera que o poder de discriminação não é uniforme para todos os itens. Os valores de df (dificuldade relativa da categoria) não são, necessariamente, ordenados sequencialmente dentro de um item.
Modelo de Escala de Classificação	Considerado um caso particular do MCP, assume que as diferentes categorias de resposta são equidistantes. Só é necessário incluir um parâmetro de dificuldade para cada item. Um único conjunto de parâmetros de dificuldade para as categorias dos itens são estimados.
Modelo de Escala de Classificação Generalizada	Igual ao anterior. Introduz um parâmetro de dificuldade para cada item.
Modelo Nominal de Bock	Usado para respostas desordenadas. A discriminação varia entre os itens.
Modelo de Desdobramento Graduado Generalizado (GGUM)	Para itens não cumulativos, denominados de desdobramento. Aplicação típica quando os entrevistados são solicitados a indicarem seu nível de concordância a um conjunto de itens, que se situam numa escala bipolar.

Fonte: NGUYEM et al., 2014; PATERSON, 2014; COSTA, 2011; ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000.

A necessidade de formatos de resposta politônicas pode ser mais aguçada na medição de personalidade e variáveis sociais. A vantagem desse tipo de itens é que, em virtude do seu maior número de categorias de resposta, ele é capaz de proporcionar mais informação ao longo de um intervalo mais amplo do contínuo do traço latente (OSTINI; NERING, 2006).

A Figura 3 apresenta um diagrama de fluxo que pode direcionar a escolha dos modelos citados.

Figura 3 - Diagrama direcionador da escolha de modelos unidimensionais da TRI.
Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



(ML1P) Modelo logístico de um parâmetro; (ML2P) Modelo logístico de dois parâmetros; (ML3P) Modelo logístico de três parâmetros; (MCPG) Modelo de Crédito Parcial Generalizado. Fonte: Autor

O diagrama apresenta algumas possibilidades de escolha de acordo com alguns parâmetros considerados importantes para a tomada de decisão. Existem outras possibilidades além das contidas no diagrama (Figura 3). Deste modo, considerando as características contidas no Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem (QRIC), foi utilizado o Modelo de Resposta Gradual, descrito pormenoradamente a seguir.

3.3.6 Modelo de Resposta Gradual

Um dos avanços mais importantes desenvolvidos no âmbito da TRI foi a extensão de alguns de seus modelos para itens com formato de resposta politômico. Os primeiros avanços nesse sentido foram realizados sobre o modelo logístico de dois parâmetros de Birbaum e se devem a Samejima. Esta autora apresentou o primeiro modelo logístico para itens politônicos, o Modelo de Resposta Gradual (SAMEJIMA 1969).

O Modelo de Resposta Gradual (MRG) de Samejima (1969) respondia à necessidade de modelar um tipo de resposta mais sensível que a habitual, até então limitada a acerto ou erro. Com ele, abria-se a possibilidade de aplicar os avanços desta teoria a escalas, em que as diferentes respostas dos sujeitos a um item indicasse diferentes localizações dos sujeitos no traço latente.

A estratégia que permitiu Samejima a aplicação de TRI a itens politônicos consiste em dividir a variável de resposta politômica em uma série de variáveis dicotômicas e especificar uma função característica para cada uma delas, consistindo na Curva Característica da Categoria. Para isto, Samejima utilizou um procedimento acumulativo em que a curva característica da categoria k indica a probabilidade de alcançar esta categoria ou as seguintes, condicionada a localização do sujeito no traço ($P(X_i \geq k | \Theta)$). Este tipo de dicotomização permite estimar a probabilidade condicionada de que um sujeito alcance uma determinada pontuação k , a partir da diferença ($P(X_i \geq k | \Theta) - P(X_i \geq k+1 | \Theta)$) (SAMEJIMA, 1969).

Este modelo assume categorias de respostas ordenadas e o sucesso da conclusão da etapa k exige que $k-1$ seja concluída com êxito (PETERSON, 2014). No MRG um item com K categorias de resposta $U_i (0, 1, \dots, K-1)$ é representado pela equação a seguir,

em que $P^+(U_{ijk}=1|\theta_j)$ representa a probabilidade de um indivíduo escolher uma categoria de resposta k para o item j, dado o seu traço latente (θ_j) (SAMEJIMA, 1969). A estimativa dos parâmetros dos itens no MRG é usualmente realizada pelo método da máxima verossimilhança marginal. O método é dado por:

$$P^+(U_{ijk}=1|\theta_j) = \frac{1}{1+e^{[-a_i(\theta_j-b_{jk})]}} \quad (5)$$

Onde: θ_j =representa a relação interpessoal no cuidado de enfermagem (traço latente) do *j*-ésimo paciente;

$b_{i,k}$ =é o parâmetro de dificuldade (ou de posição) da *k*-ésima categoria do item *i*, medida na mesma escala do teta;

a_i =é o parâmetro de discriminação (ou de inclinação) do item *i*.

O parâmetro de discriminação “*a*” varia a cada item, mas é constante dentro dos itens. Essa restrição de igual inclinação em cada categoria tem a finalidade de evitar probabilidades negativas na diferença (6).

Espera-se que as probabilidades mudem ordinalmente, de acordo com a categoria de resposta do item. Ou seja, para categorias de resposta $b = 1, 2, 3, 4$ ou 5 , por definição, ordenam-se tal modo que $b_{i1} \leq b_{i2} \leq b_{i3} \leq b_{i4} \leq b_{i5}$. Ou seja, devemos ter, necessariamente, uma ordenação entre o nível de dificuldade das categorias de um dado item, de acordo com a classificação de seus escores. Este é o motivo pelo qual Thissen e Steinberg (1986) denominam os modelos que empregam esta estratégia como modelos diferenciais. Outra classificação importante é a realizada por Mellemberg (1995), que agrupa estes modelos na denominação de “resposta acumulativa”.

A probabilidade de um indivíduo *j* receber um escore *k* no item *i* é apresentada então pela equação (6):

$$P_{i,k}(\theta_j) = P_{i,k}^+(\theta_j) - P_{i,k+1}^+(\theta_j) \quad (6)$$

Samejima também define $P_{i,0}^+(\theta_j)$ e $P_{i,m_i+1}^+(\theta_j)$ de modo que:

$$P_{i,0}^+(\theta_j) = 1 \text{ e } P_{i,m_i+1}^+(\theta_j) = 0 .$$

Portanto,

$$P_{i,0}^+(\theta_j) = P_{i,0}^+(\theta_j) - P_{i,1}^+(\theta_j) = 1 - P_{i,1}^+(\theta_j)$$

e

$$P_{i,m}^+(\theta_j) = P_{i,m}^+(\theta_j) - P_{i,m+1}^+(\theta_j) = P_{i,m}^+(\theta_j).$$

Então, temos que:

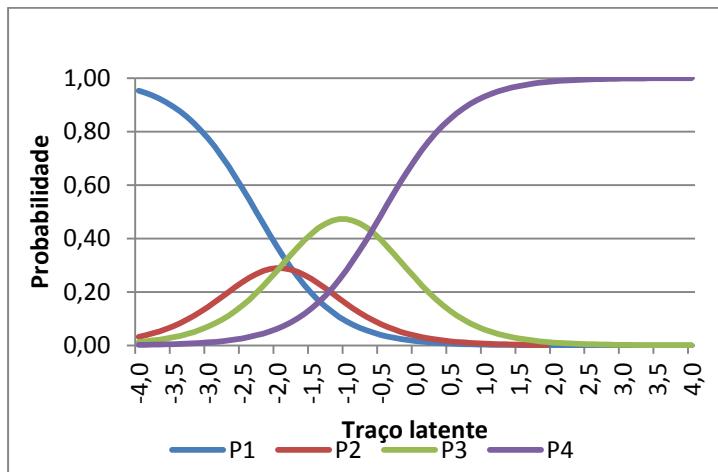
$$P_{i,k}(\theta_j) = \frac{1}{1 + e^{[-a_i(\theta_j - b_{i,k})]}} - \frac{1}{1 + e^{[-a_i(\theta_j - b_{i,k+1})]}} \quad (7)$$

Note que em um item com (m_i+1) categorias, m_i valores de dificuldade necessitam ser estimados, além do parâmetro de discriminação do item. Assim, para cada item, o número de parâmetros a ser estimado será dado pelo número de categorias de resposta. Se, por exemplo, tivermos um teste com I itens, cada um com (m_i+1) categorias de resposta, teremos, então, $\left| \sum_{i=1}^I m_i + I \right|$ parâmetros para serem estimados (COSTA, 2010).

Um problema deste modelo é que requer a estimação de uma grande quantidade de parâmetros, pois se calcula um parâmetro de localização distinto para cada mudança entre alternativas de resposta para cada item, além de um parâmetro de discriminação a . Portanto, em um instrumento com dez itens com cinco possibilidades de resposta, serão estimados 50 parâmetros, sendo um parâmetro a e quatro parâmetros b para cada item. Cada um destes parâmetros expressa um grau de atitude no qual se começa a ser mais provável responder uma alternativa de resposta, a despeito da alternativa de resposta anterior (ASÚN, ZÚNIGA, 2009).

No modelo de resposta gradual de Samejima, o símbolo Theta (θ) representa o valor da variável latente para cada indivíduo. Este valor é estimado pelo modelo e será maior, quanto maiores forem os valores atribuídos às respostas dos itens (GOMES, 2014). Na TRI, cada item é caracterizado por um ou mais parâmetros. Graficamente, os parâmetros podem ser apresentados pela Curva Característica do Ítem (CCI). Na CCI, o parâmetro de dificuldade b é medido na mesma escala do traço latente e é representado no eixo horizontal das figuras (Figura 4).

Figura 4 - Curva Característica do Item – Modelo de Resposta Gradual.



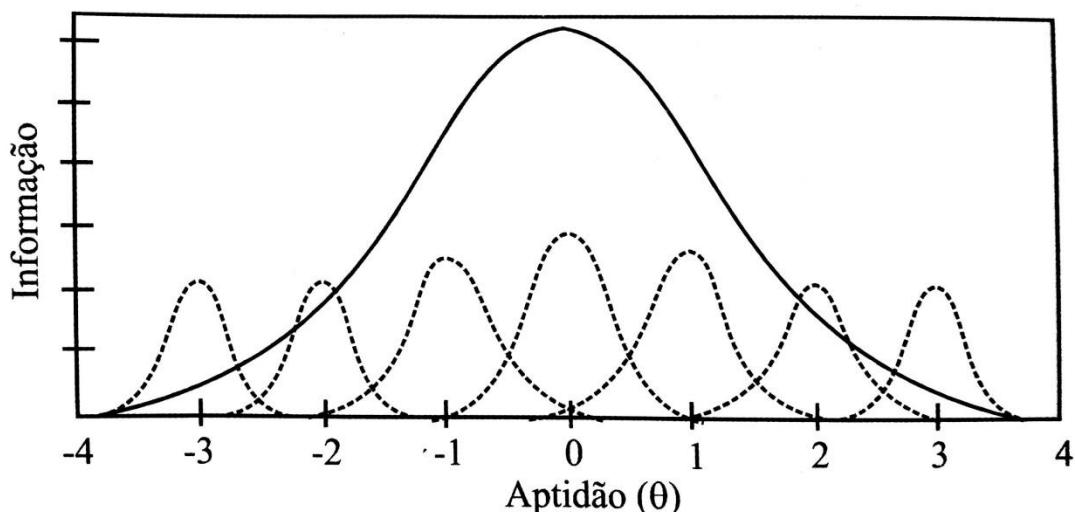
(Fonte: RODRIGUES, 2012)

A Função de Informação do Item é uma medida complementar à CCI. A Função de Informação do Item permite quantificar a informação com que o item contribui para a medida do traço latente (COSTA, 2011). O conceito de informação é utilizado em TRI para refletir como precisamente um item ou escala pode medir um traço latente. Mais informação está associada com maior precisão da medição. A informação é inversamente relacionada com o erro padrão da estimativa, por isso, maior informação resultará em erro padrão menor, associado com a estimativa de pontuação do θ . Durante os intervalos do traço latente, uma Curva de Função de Informação pode ser obtida para cada item para revelar como a precisão da medição pode variar entre os diferentes níveis do traço (NGUYA et al., 2014).

A informação do item é tipicamente mais elevada na região do traço latente perto do parâmetro b . Itens com maior discriminação contribuem com maior informação. Ao nível da escala, curvas individuais de função de informação de todos os itens em uma medida podem ser somadas para criar uma curva de informação do teste. Estas curvas podem ser utilizadas para comparar a precisão da medida oferecida por diferentes versões de uma escala. Geralmente, uma escala com mais itens terá mais informação. No entanto, dependendo da localização e da discriminação dos itens incluídos, medidas diferentes terão informações de funções distintas (NGUYA et al., 2014).

Uma Curva de Informação do Teste ou Função de Informação do teste (FIT) com uma linha horizontal, com um valor relativamente alto de informação, indica que todos os níveis seriam estimados com precisão e com o mesmo nível de precisão (NGUYA et al., 2014).

Figura 5 - Funções de Informação de sete itens (curvas pontilhadas) e do teste.



(Fonte: Pasquali, 2013).

A FIT na Figura 5 demonstra que o instrumento tem maior informação no intervalo entre -1 e 1, o que significa dizer que ele é mais adequado para medir o traço latente das pessoas que têm o traço latente neste intervalo. Pode-se afirmar, a partir deste gráfico, o quanto o teste é eficiente e adequado para medir determinado nível de traço latente (GOMES, 2014).

A FIT é a resultante da combinação da Função de Informação de cada Item (FII) (YANG; KAO, 2014). A FII indica a quantidade de informação de um item para a medida de desempenho, sendo que esta quantidade de informação do item é maximizada em torno do parâmetro b e determinada pelo parâmetro a (PASQUALI, 2013; RODRIGUES, 2012). Desse modo, quanto maior a informação do teste, melhor será a precisão da medida desenvolvida (PASQUALI, 2013).

Para a TRI, a FIT corresponde ao parâmetro de fidedignidade do instrumento. A curva de informação do teste mostra que, para faixas de níveis de θ o teste é particularmente válido e, para outras faixas, ele não possui a mesma validade (PASQUALI, 2013). Essa faixa na qual se define o nível do traço latente dos sujeitos,

com base nos valores da ordenada superiores à média geral de informação do teste, é denominada de faixa de validade (RODRIGUES, 2012).

A função de informação do teste e a do item são importantes para a seleção de itens e na construção de testes elaborados para um determinado nível do traço latente das pessoas.

Desse modo, a TRI apresenta sofisticado arsenal para a avaliação e construção de instrumentos de medida com potencialidade para o trabalho com construtos de enfermagem. Assim, vislumbra-se nesta interface a construção um instrumento válido e adequação para mensurar os resultados desta ciência na relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

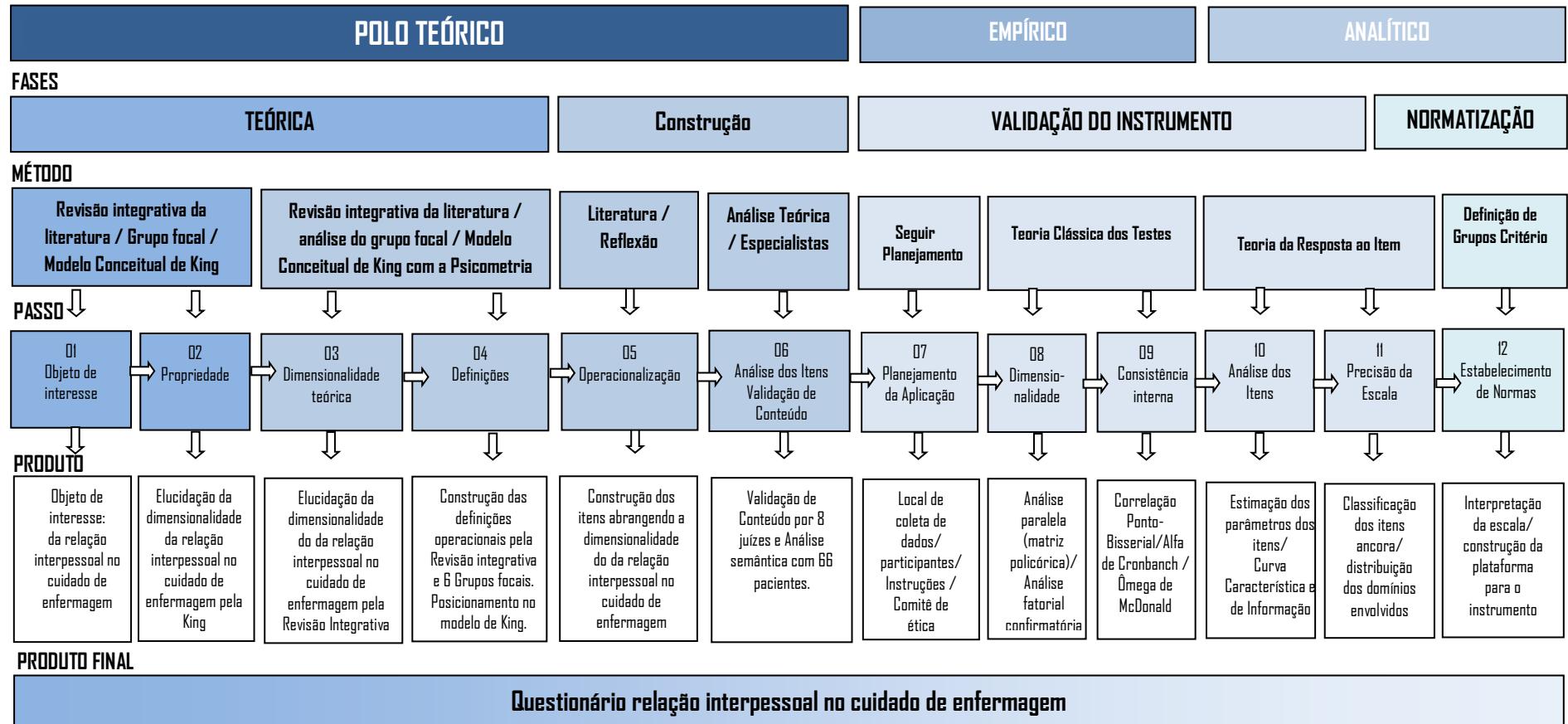
4 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, com base nos estudos de Polit, Beck e Hungler (2004), que conceituam a pesquisa metodológica como aquela que investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados com vistas a melhorar a confiabilidade e validade de instrumentos. Pesquisa metodológica é o estudo que se refere à elaboração de instrumentos de captação ou de manipulação da realidade. Está, portanto, associada a caminhos, formas, maneiras e procedimentos para atingir determinado fim (MORESI, 2003).

O desenvolvimento desse estudo para a construção e validação de um instrumento para mensuração da relação interpessoal no cuidado de enfermagem se deu a partir da Psicometria. Foram seguidas as orientações de Pasquali (1997; 1998; 2003; 2007; 2013).

A Psicometria estabelece o percurso metodológico necessário para se obter um instrumento revestido de qualidades métricas válidas para o que se espera. Ela versa sobre a medida de comportamentos humanos. A relação interpessoal no cuidado de enfermagem é, essencialmente, um processo comportamental e justifica-se seu uso nesse trabalho. Em linhas gerais, o desenho metodológico desta tese é apresentado na Figura 6, a seguir:

Figura 6 - Algoritmo de elaboração do instrumento adaptado de Pasquali (1998). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



4.1 Polo teórico para construção do instrumento de medida

Pasquali (1998) ramifica os procedimentos teóricos para a construção de instrumentos de medida em duas etapas: a fase teórica e a fase de construção. Neste polo foi definida a dimensionalidade do construto, além de estabelecidas as definições constitutivas e operacionais, culminando com a elaboração de itens e a validação de conteúdo.

4.1.1 Dimensionalidade teórica

A dimensionalidade diz respeito à estrutura interna e semântica. Este atributo foi definido a partir dos conceitos que compõem o Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes (KING, 1981). Os cinco conceitos do Sistema interpessoal originaram a dimensionalidade teórica. Desse modo, os conceitos da teoria de enfermagem adotada guiaram a construção do instrumento.

Como se pretendeu desenvolver um instrumento unidimensional para mensurar a relação interpessoal, mesmo utilizando os cinco conceitos como arcabouço para a elaboração de itens, a proximidade entre eles permitiu que o instrumento tivesse uma dimensão dominante.

4.1.2 Definições e operacionalização dos construtos

Decidida a dimensionalidade do construto, baseando-se na literatura e na teoria que embasa esta tese foi realizada a definição clara e precisa dos fatores característicos da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Este empreendimento foi realizado como intuito de elucidar as definições constitutivas do traço latente “relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. As definições constitutivas foram elaboradas a partir do marco teórico do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes, o qual propõe que a relação interpessoal é composta por cinco elementos constitutivos: a interação, a comunicação, a transação, o papel e estresse (KING, 1981). Esses elementos foram cuidadosamente analisados e deles surgiram as definições constitutivas, que guiaram a construção do instrumento de medida.

Após a elucidação das definições constitutivas foi realizada a elaboração das definições operacionais e dos itens. Esta etapa foi realizada a partir de uma revisão integrativa e de grupos focais.

4.1.2.1 Revisão Integrativa

A elaboração das definições operacionais designa a passagem do terreno abstrato para o concreto. É nessa fase que se fundamenta a validade do instrumento. Baseia-se na legitimidade da representação empírica e comportamental do traço latente (PASQUALI, 1998). Uma definição de um construto é operacional quando ele é definido, não mais em termos de outros construtos, mas em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa. A definição operacional do construto deve ser o mais abrangente possível (BALAN, 2008).

A elaboração das definições operacionais foi otimizada pela realização de uma revisão integrativa da literatura. A revisão procurou responder à seguinte pergunta: quais elementos comportamentais estão presentes na relação interpessoal entre o enfermeiro e o paciente?

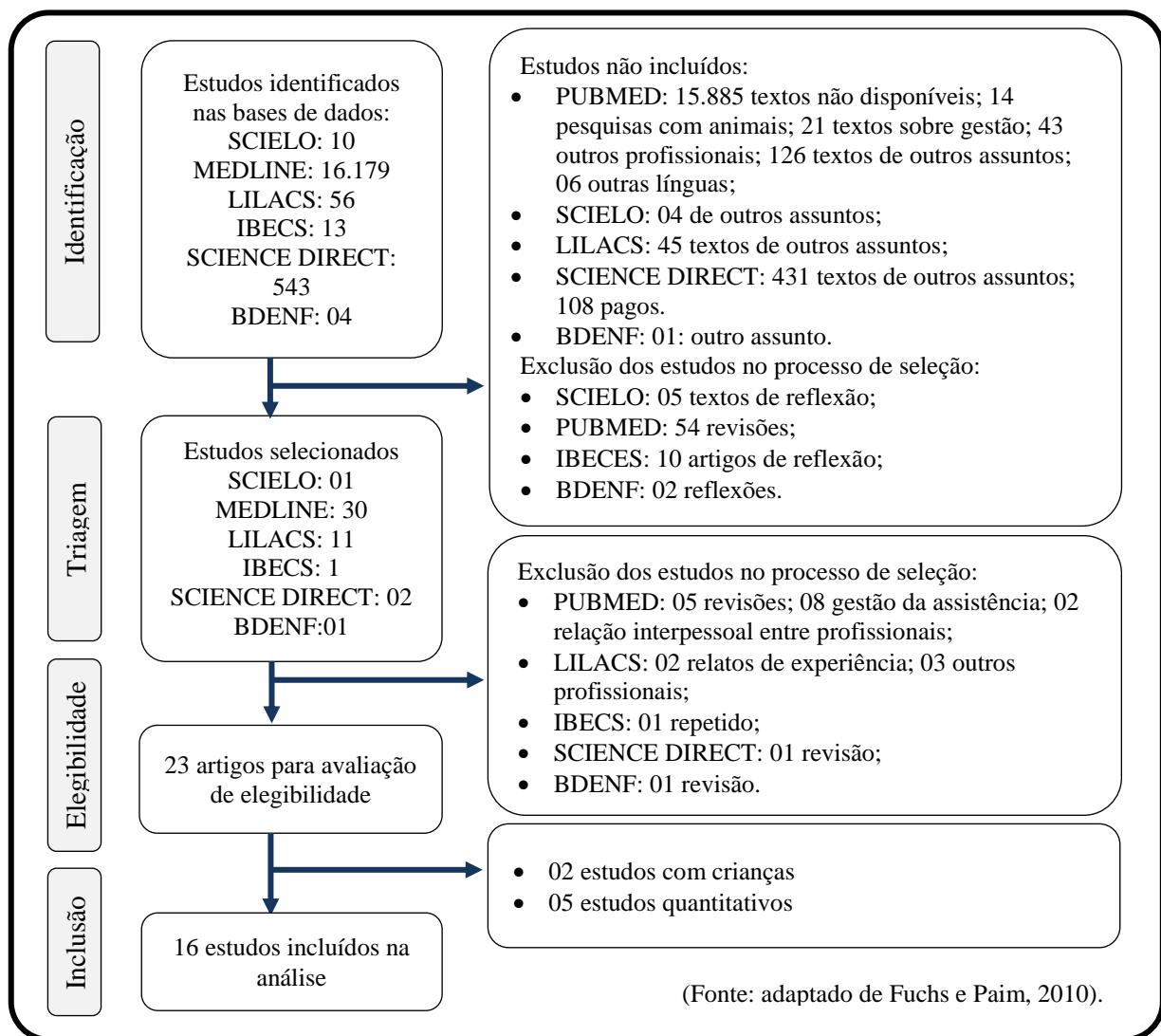
Esta etapa seguiu criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção por pares das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão, proporcionando um exame crítico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Science Direct e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Não foi delimitado período de tempo de publicação das pesquisas. Os descritores utilizados foram: *nursing AND professional-patient relations OR interpersonal relation AND nursing care*, de acordo com a terminologia MeSH (Medical Subject Headings), da MEDLINE. Para sistematizar as buscas, foram utilizados os operadores booleanos com o seguinte esquema: (((((nursing[MeSH Terms]) AND professional-patient relations[MeSH Terms]) OR interpersonal relations[MeSH Terms])) AND nursing care[MeSH Terms])), utilizado nas bases de dados escolhidas para essa revisão.

Os critérios de inclusão foram: estudos que abordassem a relação interpessoal no cuidado de enfermagem; de livre acesso; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos os artigos de revisão, reflexão, *guidelines*, protocolos de pesquisa e artigos envolvendo crianças.

Para a descrição das buscas utilizou-se o documento PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) para explicar como foi realizada a busca e seleção dos estudos, conforme fluxograma abaixo (Figura 7).

Figura 7 - Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



Após concluídas as buscas dos artigos, foi realizada sua análise, norteada pela pergunta de pesquisa, de forma crítica e detalhada, comparando com o conhecimento teórico, identificando conclusões e implicações das variáveis relacionadas ao comportamento entre enfermeiro e paciente adulto (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a coleta de dados, utilizou-se um quadro contendo as variáveis coletadas dos artigos selecionados: referência, país, tipo de estudo, amostra, local de coleta de dados, teoria envolvida, situação de saúde, evidências de comportamento relacional bom e ruim. Matrizes de dados de exibição foram desenvolvidas para mostrar os dados codificados pela análise crítica realizada.

Como forma de aprofundar a análise foi utilizado o Sistema Interpessoal de Imogene King (KING, 1981) como arcabouço para estruturar as evidências encontradas nos estudos selecionados. Desse modo, após a identificação das evidências foi realizado um processo de análise a partir do qual estas evidências foram posicionadas dentro da teoria adotada, permitindo melhor compreensão dos elementos que delineiam o relacionamento interpessoal no cuidado de enfermagem.

Os conceitos de interação, comunicação, transação, papel e estresse foram utilizados como axioma na organização das evidências encontradas. Assim, as definições desses conceitos foram analisadas para a realização do posicionamento das evidências da forma mais adequada em cada um desses conceitos para integralização dos resultados da revisão integrativa e melhoria da compreensão do relacionamento interpessoal.

A escolha dessa modalidade de análise foi incentivada por teóricos da Revisão Integrativa, que propõem que o pesquisador busque adequar a melhor forma de análise crítica dos dados coletados, vislumbrando o aprofundamento teórico do processo de integração dos resultados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Desse trabalho, resultou um arcabouço teórico que permitiu uma prévia visualização do traço latente em estudo, indicando os espaços teóricos que necessitaram ser preenchidos. Deste modo, a revisão integrativa permitiu identificar que o conceito de papel não estava bem delineado em termos operacionais, sendo este ponto selecionado para iniciar os grupos focais, como técnica geradora de dados para a elaboração de definições operacionais e itens.

4.1.2.2 Grupo focal

O grupo focal representa uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove ampla problematização sobre um tema ou foco específico. No processo, os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação (BACKS et al., 2011). Esta técnica é utilizada na construção de instrumentos de medição em saúde e considerada essencial na aquisição de informações com base cultural, que envolve a construção de itens (FLECK et al., 2003).

O desenvolvimento dos grupos focais foi realizado segundo as orientações de Backs et al. (2011) com a participação de um coordenador e um observador. As funções do coordenador são - realizar o esclarecimento sobre a dinâmica de discussões, os aspectos éticos

vinculados ao estudo e o processo interativo; estimular o debate, elaborar a síntese dos encontros anteriores e encerrar a sessão por meio de acertos e combinações para os próximos encontros. As funções do observador são registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o coordenador no controle do tempo e monitorar o equipamento de gravação. Realiza, ainda, registros relacionados às falas dos participantes, para facilitar a transcrição dos dados.

O ambiente dos encontros foi o mais acolhedor possível e assegurou a privacidade dos participantes. As cadeiras foram organizadas em círculo promovendo a interação face a face de todos os membros envolvidos. A finalização dos grupos focais se deu quando a informação obtida deixou de ser nova (BACKS et al., 2011).

Para a composição do grupo focal, há que se considerar que os integrantes possuam entre si, ao menos, uma característica comum importante, e os critérios para a seleção dos sujeitos sejam determinados pelo objetivo do estudo, caracterizando-se como uma amostra por convenção. Nesse contexto, a literatura coloca um intervalo entre seis e quinze participantes por grupo focal (BACKS et al., 2011).

Foram realizados seis grupos focais. A amostra foi composta por conveniência segundo os critérios de seleção que abrangessem subpopulações de pessoas expostas ao cuidado de enfermagem. Os grupos focais foram realizados com, ao todo, 58 pessoas nos três níveis de Atenção à saúde, sendo dois grupos em cada nível de atenção.

Nas Unidades de Atenção Primária os pacientes foram recrutados pelos Agentes Comunitários de Saúde e compuseram dois grupos: um grupo de pessoas expostas a cuidados de enfermagem na saúde da mulher e da criança, com oito integrantes; e um grupo de pessoas expostas a cuidados de enfermagem em doenças crônicas, com sete pessoas. Na atenção secundária foram recrutados os participantes de seções de educação em saúde e estes compuseram dois grupos: um grupo com 13 pessoas e outro com 11 pessoas com diabetes mellitus e/ou hipertensão associada. Na atenção terciária foram recrutados os pacientes internados nas clínicas médicas e especializadas, compondo dois grupos: um grupo com nove mulheres internadas na clínica médica; e um grupo de dez pessoas internadas na clínica especializada. A duração média de cada grupo focal foi de 40 minutos.

Os critérios de inclusão dos participantes para cada grupo foram: Unidade de Atenção Primária – ser maior de 18 anos, residir na área adscrita da unidade de saúde e ser identificada pelos Agentes Comunitários de Saúde como cidadão que recebeu atendimento de enfermagem

na unidade; na atenção secundária – ser maior de 18 anos, ter passado pela consulta de enfermagem no centro especializado; no hospital - ser maior de 18 anos e está internado há, pelo menos 24 horas. Foram excluídos aqueles que não se comunicavam verbalmente e os que estavam em isolamento por alguma doença infecciosa. Para participar da coleta de dados foi solicitada a anuênci a e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

As perguntas geradoras utilizadas foram: Qual o papel do paciente na relação interpessoal com o enfermeiro? Qual o papel do enfermeiro na relação interpessoal com o paciente?

Para a coleta de dados foi utilizado um gravador de voz e um diário de campo, com uso autorizado pelos participantes. Os dados foram transcritos e analisados a partir da análise de conteúdo por categorização temática, tendo como arcabouço o Sistema Interpessoal de King. As falas foram agrupadas por grupo focal, uma vez que foram geradas a partir da interação dos participantes. Após a categorização, os dados resultantes foram confrontados com os painéis de definições operacionais e itens construídos a partir da revisão integrativa. Feita a comparação, foram elaborados itens para os elementos que ainda não haviam sido contemplados na construção.

Após a realização da revisão integrativa e dos grupos focais foram elucidadas as definições operacionais do traço latente “relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. A partir delas foram desenvolvidos os itens do instrumento piloto.

4.1.3 Análise Teórica

Esta fase designa os processos de validação de conteúdo e análise semântica do instrumento construído.

4.1.3.1 Validação de conteúdo

A análise da validação de conteúdo foi realizada a partir de questionamentos feitos a especialistas, que decidiram sobre a pertinência dos itens ao construto que representam. A validação de conteúdo procurou verificar a adequação da representação comportamental do atributo latente. Nessa análise, aqueles devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço latente em questão (BALAN, 2008).

Como critério para a seleção dos especialistas consideraram-se as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais (ALEXANDRE; COLICI, 2011). Desse modo, considerando a especificidade do instrumento pretendido, optou-se por especialistas que representassem os acadêmicos estudiosos do tema e os enfermeiros clínicos que exercem a relação interpessoal com os pacientes no seu dia a dia.

Assim, como forma de selecionar os especialistas foram desenvolvidos critérios, pesos e pontos. Os critérios adotados foram baseados em Alexandre e Coluci (2011), que elencam: ter experiência clínica; pesquisar e publicar sobre o tema; ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas.

Foram adotados pesos para cada critério avaliado e para cada perfil de especialista pretendido. Os pesos foram atribuídos empiricamente às características que os especialistas possuem e que resultam em melhores avaliações de conteúdo. A distribuição de pesos em pontos foi realizada conforme pesquisa anterior, que demonstrou que as melhores avaliações de conteúdo estavam atreladas à maior prática clínica, à produção científica em termos de elaboração/coordenação de projetos e ao conhecimento metodológico de validação de instrumentos (BORGES, 2012). Assim, o Quadro 7 apresenta a pontuação adotada.

Quadro 7 - Sistema de pontuação para escolha de especialistas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Características	Pontos
Formação acadêmica (peso 1)	
Especialista	0,4
Mestre	0,6
Doutor	1,0
Produção científica (peso 2)	
Publicação*	0,5
Pesquisa na área*	0,75
Conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas	0,75
Prática clínica** (peso 2)	
Experiência assistencial < 5 anos	1,0
Experiência assistencial ≥ 5 anos e >10 anos	1,5
Experiência assistencial ≥ 10 anos	2,0
Pontuação máxima	10,0

*para este estudo foi considerada a área de pesquisa e publicação envolvendo teoria de enfermagem ou relação interpessoal;

** a pontuação da prática clínica não é cumulativa;

Fonte: Autor

- À formação acadêmica foi atribuído peso um, considerando pontuações para ser doutor, mestre ou especialista, cumulativamente;

- à produção científica foi atribuído peso dois com pontuação maior para quem realiza pesquisas na área e tem conhecimento metodológico sobre construção de questionários e escalas;
- à prática clínica foi atribuído peso dois, com pontuação maior relacionada ao tempo de exercício na área.

De acordo com o Quadro 7, a maior pontuação a ser obtida é 10 pontos. Foi considerado critério de inclusão do especialista neste estudo a aquisição de um escore ≥ 5 pontos.

. Inicialmente realizou-se uma busca no banco de dados nacional da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de pessoas que estudam “relação interpessoal em enfermagem”. Os identificados foram contatados e convidados a participar do estudo. No contato foi solicitada a indicação de enfermeiros (acadêmicos e clínicos) com expertise em “relação interpessoal em enfermagem”, que pudessem atuar como avaliadores de conteúdo, caracterizando também a utilização da técnica “bola de neve”

A maioria das pesquisas envolvendo a TRI usam três a cinco especialistas. Segundo Rodrigues (2012), não existe um número padronizado de especialistas para realizar esta avaliação. Após a identificação dos potenciais especialistas, encaminhou-se via e-mail uma carta convite, explicando o objetivo do estudo, a metodologia e a função do especialista na pesquisa (APÊNDICE B). Após anuência, o TCLE (APÊNDICE C), as instruções para avaliação dos especialistas (APÊNDICE D) e o instrumento para a validação de conteúdo (APÊNDICE E) foram enviados por correio eletrônico.

Participaram como especialista neste estudo nove enfermeiros, sendo cinco acadêmicos e quatro clínicos.

Em síntese, os instrumentos para a avaliação da validade de conteúdo permitiram a análise de cada item individualmente, do conjunto de itens de cada área de conteúdo, assim como, de todos os itens do instrumento. Para a avaliação isolada dos itens, os especialistas julgaram a consistência em relação às definições conceituais; a representatividade/relevância em relação ao domínio de interesse; a relevância para as interpretações clínicas que poderiam ser feitas com base na sua medida; e a clareza e a possibilidade de compreensão da sua redação.

Para fazer essas avaliações foi utilizada uma escala categórica ordinal de quatro pontos, variando entre um e quatro, sendo as opções de resposta três e quatro consideradas adequadas, de acordo com o Quadro 8.

Quadro 8 - Critérios para avaliação das definições operacionais e dos itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Pontuação	Critério
1	A definição operacional ou item NÃO é indicativa(o) da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.
2	A definição operacional ou item é MUITO POUCO indicativa(o) da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.
3	A definição operacional ou item é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.
4	A definição operacional ou item é MUITÍSSIMO indicativa(o) da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Fonte: Autor.

Após a avaliação dos especialistas para determinar o nível de concordância entre eles, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens. Para Alexandre e Coluci (2011), o IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde. Mede a proporção ou a porcentagem de especialistas em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Emprega uma escala tipo adjetival, com pontuação de um a quatro, de acordo com o Quadro 8. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens marcados em “3” ou “4” pelos especialistas. Os que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos especialistas. A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item é:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}} \quad (9)$$

Para avaliar o instrumento como um todo, não existe consenso na literatura. Polit e Beck (2006) recomendam que os pesquisadores descrevam como realizaram o cálculo. Esses autores apresentam três formas que podem ser utilizadas. Optamos pelo seguinte cálculo: a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, somam-se todos os IVC calculados separadamente e divide-se pelo número de itens considerados na avaliação.

Desse modo, seguimos as recomendações de Polit, Back, Owen (2007), para que uma escala seja julgada como tendo validade de conteúdo excelente, deve atingir IVC entre os ítems (IVC) de 0,75 ou superior e média de IVC da escala de 0,90 ou superior. Considerou-se o seguinte padrão de avaliação: $IVC \geq 0,78$ excelente, IVC entre 0,60 e 0,71 bom, e $IVC < 0,59$ ruim, sendo eliminados do painel de itens.

4.1.3.2 Análise semântica

Para a realização da análise semântica, o instrumento foi aplicado a uma amostra piloto de 66 pessoas nos mesmos locais em que foram realizados os grupos focais, sendo 28 da atenção primária, 23 da atenção secundária e 15 da atenção terciária. Os ítems foram avaliados pelos pacientes da população alvo quanto à compreensão de cada um. Foram registradas todas as demandas dos pacientes para que todos os ítems fossem melhor compreendidos. Além disso, os pesquisadores observaram a reação dos participantes a cada um dos ítems, vendo a dificuldade da compreensão das palavras/termos presentes nos ítems e solicitando qual palavra/termo seria mais adequado. Os formatos das categorias de resposta de cada ítem também foram analisados observando se haveria algum ítem com formato de resposta inadequado.

Todos os ítems foram analisados, aqueles que apresentaram palavras que dificultaram o entendimento as tiveram modificadas. Aqueles que demonstraram fragilidades nas categorias de respostas sofreram modificações tanto no formato da pergunta quanto das respostas.

4.2 Polo empírico para construção do instrumento de medida

Os procedimentos empíricos consistiram no planejamento e aplicação do teste do instrumento piloto com a finalidade de avaliar suas propriedades psicométricas por meio da Teoria da Resposta ao Item.

4.2.1 Local de coleta de dados

Como pretendeu-se construir um instrumento genérico para a medição da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, adequado aos mais variados contextos de cuidado, este estudo foi realizado nos três níveis de assistência à saúde: primário, secundário e terciário de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Considerando a variedade de ações de enfermagem e seus contextos foram sorteadas seis Unidades de Atenção Primária representantes do nível primário de atenção à saúde. O Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), destinado ao atendimento desses agravos crônicos não transmissíveis, compõe o nível secundário. O Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC, hospital de clínicas em que encontramos a enfermagem aplicada em várias especialidades clínicas e cirúrgicas compõe o nível terciário.

A Atenção Primária de Fortaleza possui 105 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas nas sete Regionais, nas quais funcionam 335 Equipes de Saúde da Família (ESF) que corresponde a 46,23% de cobertura da população pela ESF. Nas UAPS estão implantados os programas do Ministério da Saúde: Imunização, Saúde da Mulher (Atendimento Pré-natal; Prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mamas; Planejamento Familiar); Saúde da Criança (Puericultura; Prevenção da Desnutrição Infantil; Programa de Atendimento à Criança com Asma — PROAICA); Bolsa Família; Saúde do Adulto e Idoso (Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Programa de Prevenção e Controle de DST/AIDS; Controle da Tuberculose e Hanseníase) e Saúde Bucal.

Participaram do estudo seis UAPS. Este foi delineado em virtude da possibilidade de diversificação dos respondentes, permitindo maior variabilidade nas respostas. Foi realizado sorteio por meio de tabela de números aleatórios de uma UAPS por cada Regional.

No nível secundário, foi inserido no estudo, o CIDH. Trata-se de unidade secundária de referência de pesquisa e assistência em diabetes e hipertensão do Ceará foi criado em 1988, no intuito de desenvolver ações de forma a recuperar, manter e promover a saúde do usuário hipertenso e/ou diabético. Para ter acesso ao CIDH, os pacientes devem ser encaminhados a partir da APS. O CIDH tem equipe multidisciplinar e seus usuários recebem tratamento

especializado nas áreas de Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia, Oftalmologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia e Odontologia. Além do tratamento multiprofissional, os usuários contam com serviços laboratoriais, dispensação de fármacos e leito dia.

No nível terciário, foi inserido no estudo o HUWC da Universidade Federal do Ceará (UFC). Trata-se é um centro de referência terciária para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS. Possui 111 leitos de clínica médica, 94 leitos de clínica cirúrgica, 29 leitos de clínica pediátrica, seis de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) clínica e sete de UTI cirúrgica, totalizando 247 leitos hospitalares. Realizou em 2011 um total de 18.215 consultas de enfermagem e 7574 internações, sendo 5839 em clínica médica e cirúrgica. Possui 143 enfermeiros e 400 técnicos e auxiliares de enfermagem (UFC, 2011).

4.2.2 Participantes da fase de validação externa

Os participantes da fase final do estudo foram pessoas maiores de 18 anos que receberam cuidados de enfermagem nas instituições selecionadas. Os participantes de estudos para o desenvolvimento de instrumentos via TRI devem preservar a característica de heterogeneidade, a fim de hajam respondentes para os diversos níveis da escala, e, portanto, devem ser intencionalmente escolhidos a fim de satisfazer este critério.

Ressalta-se que, segundo Rodrigues (2012), por tratar-se de construção e validação de instrumentos usando a TRI, faz-se necessária grande amostra em virtude da busca de conseguir respondentes que cubram todo o traço latente estudado. Amostras grandes com número de respondentes igual ou superior a 1000 apresentam maior chance de cobrir todo o traço latente estudado.

Entretanto, não existe um consenso sobre o número ideal de respondentes para estudos envolvendo a TRI. Nunes e Prime (2005), em uma simulação para decisão do tamanho ideal de amostra, concluíram que amostras com 500 sujeitos em relação a 40.000 trazem resultados muito próximos aos estimados em amostras maiores (NUNES; PRIMI, 2005). Nesse sentido, e considerando a aplicação do instrumento nos três níveis de atenção à saúde em busca da cobertura de todo o traço latente em amostra heterogênea, o instrumento foi aplicado a 950 pacientes, sendo 319 nas UAPS, 335 no CIDH e 296 no Hospital.

4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos participantes nesta fase do estudo foram: nas UAPS e no CIDH - indivíduos com idade ≥ 18 anos, acompanhados na unidade, pelo menos, há um ano (considerando ser este tempo suficiente para que o paciente tenha tido, pelo menos, dois atendimentos em consulta de enfermagem na unidade e, desse modo, possa expressar-se sobre sua relação com o enfermeiro), e que estavam à espera da consulta de enfermagem. Também foi considerado o tempo mínimo de permanência do enfermeiro na UAPS de um ano, para que esta fosse escolhida como local de coleta de dados (este critério não foi adotado para o CIDH, por sabermos que os enfermeiros deste serviço estão lá há, no mínimo, dez anos, o que proporciona o acesso dos pacientes a estes profissionais permitindo que a relação interpessoal aconteça).

No hospital os critérios de inclusão foram: indivíduos com ≥ 18 anos de idade, internados, no mínimo, há 24 horas nas enfermarias. Por sabermos que as enfermarias possuem dois enfermeiros nas 24 horas diárias, e que eles são responsáveis por realizar a admissão do paciente na unidade e o Processo de Enfermagem, tem-se a certeza de que os pacientes entraram em interação com eles.

Foram excluídos pacientes que não se comunicam verbalmente e os que estavam em isolamento por alguma enfermidade infecto contagiosa que impossibilitasse a interação com o pesquisador. Para participar da coleta de dados foi solicitada a anuência e a assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.2.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados desta fase do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A);
- Instrumento de caracterização sócio clínico epidemiológica (APÊNDICE F);
- Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem (QRIC) (APÊNDICE G);

A aplicação dos instrumentos foi realizada por seis enfermeiros com experiência em pesquisa, previamente treinados. A abordagem foi realizada leito a leito nos hospitais e nas salas de espera nos serviços de atenção primária e secundária. Deu-se a apresentação do pesquisador, explicação da pesquisa e seus objetivos, bem como a explicação da importância do estudo. Em seguida, foi realizado o convite para a participação da pesquisa, respondendo

aos instrumentos que foram heteroadministrados. Foi assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O treinamento foi realizado em sala reservada demonstrando aos pesquisadores os objetivos da pesquisa e apresentando os instrumentos para a coleta de dados. O QRIC foi lido por todos os participantes sanando as dúvidas que eles tinham. Após esse momento, em outro dia, os pesquisadores foram acompanhados em um dos locais de coleta de dados, no qual observaram a aplicação do instrumento aos pacientes. Depois do período de observação eles aplicaram os instrumentos e foram observados enquanto faziam esta tarefa. Em outro dia, novamente em uma sala reservada, houve uma reunião para sanar as dúvidas que eles tinham.

4.3 Polo analítico para a construção do instrumento de medida

As etapas da análise do instrumento foram: análise descritiva em busca de familiaridade com o banco e de dados em branco, que poderiam comprometer as análises; verificação da consistência interna do instrumento; teste de dimensionalidade; calibração ou estimação dos parâmetros dos itens; Curvas Características dos Itens; Curva de Informação do Teste; tratamento dos dados e construção da escala.

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para o programa estatístico R e realizada análise descritiva. Categorias com poucos respondentes foram fundidas para tornar possível a calibração dos parâmetros. Na recategorização, respeitou-se a categoria “nunca”; as categorias “pelo menos uma vez” e “algumas vezes” foram fundidas em todos os itens; as categorias “a grande maioria das vezes” e “sempre” foram fundidas de acordo com a necessidade do item.

A análise da confiabilidade foi verificada em termos da consistência interna do instrumento e realizada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, Ômega de McDonald e do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial. Para a realização dos cálculos do Alfa de Cronbach e das correlações, utilizou-se o pacote estatístico “Rcmdr” do R (FOX, 2005). Para o cálculo do Ômega de McDonald utilizou-se o pacote “psych” do R (REVELLE, 2015).

Como parâmetros de adequação adotou-se um coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial $\geq 0,20$ (FREITAS, 2012). Quanto aos valores do Alfa de Cronbach, os valores deveriam estar entre 0,7 e 0,9. Valores menores que 0,7 indicam baixa correlação entre os itens e maiores do que 0,9 uma correlação muito forte, sugerindo que existe redundância entre os itens (CARVALHO, 2011; HAIR JR et al., 2009). O coeficiente Ômega de McDonald é uma melhor medida de confiabilidade quando se viola o princípio da Tau equivalência, quer

dizer, que os itens não mostram valores similares na matriz de coeficientes. A Tau equivalência significa que todos os itens mostram coeficientes comparáveis em matriz fatorial ou de correlações similares com a população total. Um coeficiente alto sugere que os itens teoricamente medem, o mesmo traço latente (CAMPO-ARIAS; VILLAMIL-VARGAS; HERAZO, 2013).

O estudo da dimensionalidade foi feito sobre a matriz de correlação policórica e analisados os componentes principais, considerando rotação oblimim, com análise paralela (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004). A análise paralela sobre a matriz de correlação policórica é indicada para itens politônicos e a rotação oblimin é um tipo de rotação que considera a correlação entre os fatores (PASQUALI, 2013; HAIR JR et al., 2009).

Além da análise paralela sobre a matriz de correlação policórica, a dimensionalidade também foi estudada por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), também sobre matriz de correlação policórica, permitindo verificar se todos os itens pertencem a um modelo de dimensão única, ou se há subconjuntos de itens que justificam outras dimensões.

Para o teste de ajuste do modelo fatorial na AFC foram analisados os seguintes índices: GFI (*Goodness of Fit Index*); AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*); NFI (*Normed Fit Index*); TLI (*Lucker-Lewis Index*); CFI (*Comparative Fit Index*); e RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Adotaram-se, como critérios de ajuste satisfatório de modelo aos dados, os seguintes valores dos índices: GFI superior a 0,90; AGFI superior a 0,90; e NFI superior a 0,90; TLI superior a 0,90; CFI superior a 0,90; e RMSEA de 0,05 a 0,08 (HAIR JR et al., 2009).

A análise paralela foi realizada pelo pacote de psicometria “psych” (REVELLE, 2010). Análise Fatorial Confirmatória pelo pacote “lavaan” (ROSSEEL et al, 2015), ambos do software livre R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2011). A composição do diagrama de caminhos foi desenhada no software SPSS AMOS versão 20.0.

Para o estabelecimento da presença de uma dimensão dominante do instrumento foi adotada a convenção de Reckase (2009) de que uma variância explicada pelo primeiro fator superior a 20% indica unidimensionalidade essencial.

Para estimar os parâmetros do Modelo de Resposta Gradual unidimensional da TRI foi utilizado a Máxima Verossimilhança Marginal (SAMEJIMA, 1969). Este modelo assume que as categorias de resposta de um item podem ser ordenadas entre si. Ainda permite a obtenção de mais informações de respostas dos indivíduos do que, simplesmente, se eles deram respostas sim ou não (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). A estimação dos

parâmetros foi realizada no software MULTILOG. Depois de estabelecido o modelo final, novamente foi realizada a calibração utilizando-se o pacote “mirt” do R. O script de análise utilizado no MULTILOG encontra-se no Apêndice H e o script utilizado no mirt encontra-se no Apêndice I.

Em relação à interpretação do parâmetro a , discriminação do item, são aceitáveis valores acima de 0,6, sendo que, quanto maior for o valor de a , maior será o poder de discriminação do item (RODRIGUES, 2012; BORTOLOTTI, 2010); quanto ao parâmetro b , dificuldade ou posicionamento, os valores são aceitáveis no intervalo de -5 a +5 (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013).

Estimados os parâmetros, foram elaboradas as Curvas Características dos Itens e a Curva Total de Informação do instrumento. Após a estimativa dos parâmetros, estabelece-se a escala de habilidade, definindo uma origem e uma unidade de medida para a definição da escala. Inicialmente os valores dos parâmetros dos itens (a , b) e dos escores foram estimados em uma mesma métrica na escala com média 0 e desvio-padrão 1,0. Em seguida, estes valores foram transformados, utilizando média 50 e desvio padrão 5, ou seja, escala (50, 5), com o intuito de melhorar a compreensão dos resultados (RODRIGUES, 2012).

A transformação foi realizada de forma a manter a mesma relação de ordem existente entre os seus pontos (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000). A equação (8) foi utilizada para realizar a padronização dos escores iniciais da TRI que originalmente estão em uma escala com valores muito próximos a média zero e desvio padrão um. As equações (9) e (10) são para padronizar os parâmetros a e b , respectivamente, permitindo que os escores gerados na aplicação do instrumento tenham uma média zero e desvio padrão um (escala 0,1).

$$\theta = \theta - (\mu) / \sigma \quad (8)$$

$$a = a \times \sigma \quad (9)$$

$$b = (b - \mu) / \sigma \quad (10)$$

onde:

θ = escore de relação interpessoal no cuidado de enfermagem, na escala (0,1).

μ = média dos escores da TRI da amostra.

σ = desvio padrão dos escores da TRI da amostra.

a = parâmetro de discriminação

b = parâmetro de posicionamento/dificuldade

Após a padronização na escala (0,1) verdadeira foi realizada a transformação dos escores para uma escala com média 50 e desvio padrão 5, para que houvesse melhor compreensão dos resultados derivados da aplicação do QRIC. Este procedimento foi realizado com a aplicação das equações (11), para transformar o theta, (12) para transformar o parâmetro b , (13) para transformar o parâmetro a e a equação (14) demonstra a correspondência dos resultados.

$$\theta^* = 5 \times \theta + 50 \quad (11)$$

$$b^* = 5 \times b + 50 \quad (12)$$

$$a^* = a/5 \quad (13)$$

$$P(U_i=1/\theta) = P(U_i=1/\theta^*) \quad (14)$$

onde:

θ = escore de relação interpessoal no cuidado de enfermagem, na escala (0,1), após padronização.

θ^* = escore de relação interpessoal no cuidado de enfermagem, na escala transformada (50,5).

b = parâmetro b , na escala (0,1), após padronização.

b^* = parâmetro b , na escala transformada.

a = parâmetro a , na escala (0,1), após padronização.

a^* = parâmetro a , na escala transformada.

Com esta aplicação obtiveram-se as probabilidades convertidas na escala desejada, sendo que estas não se modificaram, independentemente da escala utilizada (RODRIGUES, 2012).

O posicionamento dos itens políticos nos níveis da escala foi feito a partir da média dos valores de b de cada item (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Esses valores foram escolhidos de modo a representar o valor médio e o desvio padrão das habilidades dos indivíduos da população em estudo.

A partir do posicionamento dos itens na escala, foi possível identificar onde os itens se concentraram, caracterizando, assim, cada nível. Alguns itens foram mais característicos de determinados níveis e são denominados itens âncora. De acordo com Andrade, Tavares e Valle (2000), para um item ser considerado “âncora”, pelo menos 65% (0,65) das pessoas que se encontram no mesmo nível do traço latente do item devem tê-lo respondido

afirmativamente e não mais do que 50% (0,50) das pessoas que se encontram no nível imediatamente inferior devem tê-lo feito. Além disso, a diferença de probabilidade de respostas afirmativas entre o item e o nível subsequente deve ser de, no mínimo, 30% (0,30).

Por ser difícil satisfazer todas as condições e, considerando a estratégia de Rodrigues (2012), que ressalta a dificuldade de conseguir satisfazer todas essas condições descritas e instiga a flexibilização destes critérios, e considerando o posicionamento de categorias dos itens a cada meio (0,5) desvio padrão, as categorias dos itens foram posicionadas ao atingirem a proporção de 60% de resposta, sendo itens quase âncora. A proporção de 60% também justifica-se pela aplicação de um modelo da TRI que não possui o parâmetro de acerto ao acaso.

Após o posicionamento das categorias dos itens na escala foi realizada a interpretação de cada nível, de acordo com a representação comportamental que continham nas categorias dos itens.

4.4 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi encaminhada à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e do Hospital Universitário Walter Cantídio que avaliaram a viabilidade de sua realização. Foi respeitado o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente a pesquisas com seres humanos. Os pareceres de aprovação podem ser encontrados nos anexos A e B.

As pessoas foram abordadas cordialmente e adotando-se linguagem acessível, explicando do que se tratava a pesquisa, seus objetivos, direito de desistência da participação em qualquer momento e garantia de anonimato. Sua colaboração neste estudo foi responder dois questionários, um sobre características sóciodemográficas e de cuidado, e outro sobre a relação interpessoal com o enfermeiro. Após a anuência do sujeito foi solicitada sua assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Elencou-se como benefício da participação no estudo o momento de diálogo como possibilidade da humanização do cuidado em saúde. Como riscos, a participação poderia gerar sentimento de angústia ao relembrar situações de cuidado que não foram boas. Caso tivesse ocorrido, a pesquisa seria suspensa e o pesquisador realizaria uma escuta ativa para ajudar o respondente a elaborar esses sentimentos.

Foram considerados os pressupostos da bioética de não-maleficência, beneficência, justiça e autonomia a que se compromete a pesquisa. Propõe-se ao voluntariado a liberdade de participação, prezando a minimização dos possíveis riscos e busca dos benefícios atuais e potenciais, otimizando a relevância do estudo, com coerência de trazer retorno individual e/ou coletivo com seus resultados.

5 RESULTADOS

Esta seção apresenta o resultado da execução dos polos teórico, empírico e analítico para a construção do Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem (QRIC).

5.1 Dimensionalidade teórica e definições constitutivas do traço latente

A revisão integrativa de literatura forneceu aporte teórico complementar indicativo dos elementos que operacionalizam os conceitos do Sistema Interpessoal, e demonstrou a definição do traço latente e sua dimensionalidade, conforme apresentado no Quadro 9, a partir do qual procedeu-se a elucidação do traço latente “relação interpessoal no cuidado de enfermagem”.

Quadro 9 - Dimensionalidade teórica do construto “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Definição adotada	Dimensionalidade teórica e Definições constitutivas
<i>Relação interpessoal no cuidado de enfermagem</i> é: Interação entre duas ou mais pessoas que se comunicam, transferem valores e energia a partir de seus papéis na sociedade.	Interação Comportamentos observáveis em diádes, tríades ou em grupos, em presença mútua. Comunicação Intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. Transação Processo de interação, no qual os seres humanos comunicam com o ambiente para alcançar metas que são estimadas. Papel Conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam certa posição no sistema social, ou conjunto de procedimentos ou regras que definem as obrigações e direitos inerentes a uma posição organizacional. Estresse Estado dinâmico por meio do qual um ser humano interage com o ambiente para manter equilíbrio por crescimento, desenvolvimento, e o desempenho efetivo de papéis.

Fonte: elaborado com base em King (1981).

O exercício analítico de abstração e posicionamento de evidências dentro do sistema interpessoal de King fez emergir que a articulação entre os conceitos interação, comunicação, transação, papel e estresse ocorrem de forma mutuamente integrada, sendo os quatro primeiros posicionados para o encontro entre enfermeiro e paciente, de forma linear e o último conceito, o estresse, operacionaliza-se de maneira interdependente, transversalizando os outros conceitos.

O estresse compõe a troca de energia para a interação, comunicação, transação e papel. Quando em algum desses elementos o equilíbrio é perdido tem-se a manifestação do estresse. Desse modo, os elementos que compõem o estresse no traço latente estão apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 - Elementos que compõem a relação interpessoal no cuidado de enfermagem, sumarização a partir de uma revisão integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Elementos identificadores	Elementos geradores de Estresse
Interação	Demonstração de comportamento de afeto e respeito;	Atitudes grosseiras e agressivas;
	Aproximação e distanciamento dos interlocutores de forma oportuna;	Falta ou diminuição do contato;
	Execução de técnicas/ações de cuidado;	Maior preocupação com o equipamento; negligência;
Comunicação	Linguagem verbal comprehensível;	Linguagem verbal incomprehensível;
	Disposição para escutar;	Ignorar ou desconsiderar a fala do outro;
	Linguagem não verbal amigável;	Gestos com significado de rejeição ou reprovação das atitudes do outro;
Transação	Subjetividade do encontro entre enfermeiro e paciente;	Atendimento sem solicitude, presteza e sem afetividade;
	Ética e moral presente no cuidado;	Desrespeito às crenças, cultura e a vontade do outro;
	Dignidade da pessoa em sua relação com a família;	Distanciamento entre os enfermeiros e as famílias dos pacientes;
Papel	Confiança na técnica e no raciocínio clínico do enfermeiro;	Pouca perícia técnica e frágil raciocínio clínico do enfermeiro;
	Apresentação e identificação dos interlocutores;	Interlocutores que não permitem o reconhecimento mutuo;
	Provedor técnico de cuidados em saúde;	Despreparo técnico para a realização de cuidados de enfermagem;
	Provedor de cuidados humanizados.	Dificuldade em estabelecer limites na relação interpessoal

Fonte: Autor.

Ressalta-se que os estudos demonstraram elementos do estresse excessivo nas relações interpessoais, os quais são danosos à relação. Para King, o estresse também é a energia que move a vida, e não é de todo ruim. Assim, neste estudo foi abordado o estresse excessivo, que causa danos na efetivação da relação entre enfermeiro e paciente.

Neste sentido, os resultados da revisão contribuíram para a explicitação teórica do constructo a partir do modelo conceitual de Imogene King, bem como os elementos comportamentais presentes na relação interpessoal no cuidado de enfermagem que compõe

cada conceito do sistema interpessoal. Assim, foram desenvolvidas as definições operacionais do traço latente de cada conceito.

5.2 Definições operacionais do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”

Após a elucidação dos elementos que constituem o traço latente, seguiu-se a elaboração das definições operacionais (DO), apresentadas nos quadros 11, 12, 13, 14 e 15. O quadro 11 apresenta as seis definições operacionais do conceito de interação.

Quadro 11 - Definições operacionais do conceito Interação do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Definições Operacionais	Referências
INTERAÇÃO	Demonstrar disponibilidade de tempo e realiza os cuidados de enfermagem com afeto.	PADILHA et al., 2004.
	Permitir o partilhar de emoções por meio de um tempo maior de interação promove o vínculo entre enfermeiro e paciente, permitindo o partilhar de emoções.	SHIMIDT; SILVA, 2012; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; SANTOS; MATUMOTO, 2013.
	O toque do enfermeiro é percebido pelo paciente como aproximação.	NASCIMENTO; ERDMANN, 2009
	Brincar, sorrir e gravar o nome do paciente.	CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA, 2013; NASCIMENTO; ERDMANN, 2009.
	Suprir as necessidades quotidianas, ajudando a realização da higiene oral, ida ao banheiro e auxilio nas refeições.	PINHO; SANTOS, 2008; SHIGEKO 2010; BAGGIO et al., 2013; DOORENBOS et al., 2013.
	Suprir necessidades relacionadas ao tratamento com entrega segura e pontual de medicamentos, controle da dor e realização de medidas de conforto.	PINHO; SANTOS 2008; SHIGEKO 2010; BAGGIO et al., 2011; POTT et al., 2013; DOORENBOS et al., 2013

Fonte: Autor.

No Quadro 12 estão descritas oito DO do conceito comunicação.

Quadro 12 - Definições operacionais do conceito Comunicação do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Definições Operacionais	Referências
COMUNICAÇÃO	A equipe de enfermagem utiliza uma linguagem verbal compreensível para o paciente.
	O enfermeiro comunica os procedimentos de enfermagem, esclarecendo dúvidas do paciente.
	O enfermeiro demonstra acreditar na fala do paciente.
	A equipe de enfermagem solicita o consentimento devido para a realização dos cuidados.
	A equipe de enfermagem conversa sobre assuntos não relacionados à hospitalização, transmitindo sentimentos positivos.
	A disposição para escutar o outro qualifica o vínculo relacional.
	O uso dos gestos como recursos técnicos pode auxiliar, acompanhar, ajudar, estimular e manter o relacionamento interpessoal.
	Gestos de aproximação, toque, menear a cabeça, olhar no olho colocam os pacientes em um lugar mais confortável no processo comunicativo.

Fonte: Autor

No quadro 13 estão descritas nove DO do conceito transação.

Quadro 13 - Definições operacionais do conceito Transação do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Definições Operacionais	Referências
TRANSAÇÃO	Encontro empático entre enfermeiro e paciente, envolvendo afetividade e solidariedade.	PINHO; SANTOS, 2008; THYGESEN et al., 2012; CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA 2013.
	O enfermeiro e o paciente constroem um vínculo com compromissos e corresponsabilizações.	SANTOS; MATUMOTO, 2013; PETERSON; CARVALHO, 2011; DOORENBOS et al., 2013;
	O profissional de enfermagem busca consentimento para a realização dos cuidados.	ZOBOLI, 2007; BAGGIO et al., 2011.
	Preservação da confidencialidade e privacidade são características morais e éticas que fortalecem a transação entre enfermeiro e paciente.	BAGGIO et al., 2011;
	Consideração da individualidade da pessoa, de suas experiências e valores na formulação de planos de cuidados.	LAAL, 2013.
	Preserva a dignidade da pessoa em sua relação com a família.	PINHO; SANTOS, 2008; DEVIK; ENMARKER; HELIZEN, 2013.
	A flexibilidade dos profissionais de enfermagem em relação às normas institucionais.	PINHO; SANTOS, 2008; CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA, 2013.
	A habilidade técnica e o raciocínio clínico do enfermeiro são características que valorizam o relacionamento interpessoal e que passam confiança para os pacientes.	NASCIMENTO; ERDMANN, 2009; BROCA; FERREIRA, 2012.

Fonte: Autor.

O Quadro 14 apresenta as definições operacionais do conceito de papel.

Quadro 14 - Definições operacionais do conceito Papel do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Definições operacionais	Referências
PAPEL	O reconhecimento das identidades do paciente e do enfermeiro permite a aproximação para o diálogo.	CHRERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013.
	O enfermeiro demonstra competência técnica e científica nos cuidados em saúde.	MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003; PADILHA et al., 2004.
	O ideal moral e ético dos profissionais de enfermagem deve expressar características humanitárias, afetivas, relacionais, vocacionais e éticas voltadas para a justiça e o respeito aos direitos dos pacientes.	PADILHA et al., 2004; LAAL, 2013; SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013.
	Dificuldade em estabelecer limites na relação interpessoal pode desvirtuar a imagem do enfermeiro percebida pelo paciente, modificando a apreensão dos cuidados.	ZOBOLI, 2007.

Fonte: Autor.

O Quadro 15 dispõe 16 DO sobre o conceito de estresse.

Quadro 15 - Definições operacionais do conceito Estresse do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”, a partir da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Definições operacionais do Estresse		Referências
INTERAÇÃO	Atendimento com atitudes grosseiras (movimentos bruscos, falta de educação, arrogância, impaciência, desinteresse pelo outro, desvalorização de queixas, e discriminação) faz o paciente sentir que o cuidado é inferior, embora possa ter sido tecnicamente apropriado.	PADILHA et al., 2004; CASTILLO et al., 2007; SHIGEKO, 2010; DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013.
	Pacientes agressivos provocam distanciamento dos profissionais de enfermagem.	DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013.
	Diminuição do contato físico, que comprometa a frequência das visitas, contribui para gerar o estresse.	PINHO; SANTOS, 2008; CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA, 2013.
	Diminuição do contato dos profissionais de enfermagem com os familiares nos momentos da visita ao paciente contribui para gerar estresse.	PINHO; SANTOS, 2008; CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA, 2013.
	Maior preocupação com o equipamento do que com o paciente promove distanciamento e inibição para solicitação de ajuda.	NASCIMENTO; ERDMANN, 2009.
	Aproximação do profissional de enfermagem, que negligencie a privacidade dos pacientes (falhas referentes à proteção do corpo e da intimidade) promove uma relação interpessoal não efetiva.	BAGGIO et al., 2011). SHIGEKO, 2010; LAAL, 2013.
COMUNICAÇÃO	Gesticulação com significado de rejeição ou reprovação das atitudes do outro são provocadoras de estresse.	BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012.
	Linguagem verbal incompreensível para o paciente dificultará a relação.	IZUMI, 2010.
	A fala do paciente possui elementos culturais e linguísticos que o enfermeiro não comprehende, dificultando a relação.	IZUMI, 2010.
	Negligência da fala do outro impossibilita a instituição de um plano terapêutico eficaz.	PADILHA et al., 2004.
TRANSAÇÃO	Atendimento sem solicitude, presteza e afetividade faz o paciente se sentir excluído.	PADILHA et al., 2004.
	Enfermeiros com pouca perícia técnica e frágil raciocínio clínico não passam confiança na transação.	SHIGEKO, 2010.
	O desrespeito às crenças, à cultura e à vontade do outro promove frustração e desperta sentimentos de decepção, raiva e tristeza.	DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013.
PAPEL	O início de uma relação interpessoal sem o reconhecimento dos interlocutores torna o momento de encontro desprovido de vínculo.	BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012; DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013.
	Ações referentes ao esquecimento, por parte do profissional, de algum material (resíduo das atividades técnicas exercidas como termômetro, garrote e tampas de agulhas) no território ou no espaço pessoal do paciente enfraquecem o vínculo.	PADILHA et al., 2004; PETERSON; CARVALHO, 2011; CHRERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013.
	Ações referentes às exposições e às intrusões físicas e visuais que violam a privacidade, levam os pacientes a entenderem que os cuidados não são competentes.	MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003; SCHIMIDT; SILVA, 2012.

Fonte: Autor.

5.3 Construção dos itens do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem” a partir da Revisão Integrativa

Após a delimitação das definições operacionais foram construídos 40 itens (quadro 16). Estes foram delineados considerando a representação comportamental do construto.

Quadro 16 - Itens que representam o traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem” derivados da Revisão Integrativa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Itens
INTERAÇÃO	1) O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento? 2) Você percebe afetividade quando está recebendo cuidados de enfermagem? 3) Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente? 4) Você sente tranquilidade quando o enfermeiro toca a sua pele? 5) O enfermeiro sabe o seu nome? 6) Nos encontros com o enfermeiro há momentos de descontração? 7) Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros? 8) Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro é eficaz?
COMUNICAÇÃO	9) Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento? 10) O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento? 11) No atendimento, o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem? 12) O enfermeiro confia no que você fala? 13) Você acredita no que o enfermeiro lhe fala? 14) Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro? 15) O enfermeiro escuta você falar? 16) Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis? 17) Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos? 18) Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal com a cabeça?
TRANSAÇÃO	19) Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender? 20) Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos mútuos? 21) Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro? 22) Na realização de procedimentos, o enfermeiro solicita o seu consentimento? 23) Você confia os seus segredos ao enfermeiro? 24) Você sente que recebe um cuidado personalizado? 25) O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado? 26) O enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs? 27) Alguma regra na instituição de saúde foi suspensa pelo enfermeiro em seu benefício?
PAPEL	28) Você confia na avaliação clínica do enfermeiro que lhe atende? 29) Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende? 30) Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você? 31) Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados? 32) Há respeito na relação de vocês? 33) Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro? 34) Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?
ESTRESSE	35) O enfermeiro já lhe atendeu com grosseria ou falta de educação? 36) Você já foi agressivo com o enfermeiro? 37) É fácil você se irritar com o enfermeiro? 38) Você percebe que o enfermeiro não conversa com a sua família? 39) Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto? 40) Você já teve alguma crença desrespeitada pelo enfermeiro?

Fonte: Autor.

Em síntese, foram elaborados oito itens do conceito interação, dez sobre comunicação, nove sobre transação, sete sobre papel e seis sobre estresse. Como forma de encontrar unidimensionalidade do instrumento, a elaboração dos itens ocorreu pelo viés da linguagem, aspirando-se que este seja o ponto em comum entre os cinco conceitos representativos e portando o eixo que poderia resultar em itens unidimensionais.

Para aprimorar os itens, foram realizados, em seguida, os grupos focais.

5.4 Contribuição dos Grupos Focais no estabelecimento da constituição do traço latente e itens

Conforme já mencionado no método, participaram dos grupos focais 58 pessoas que estavam em experiência de cuidados de enfermagem, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição das características dos participantes dos grupos focais. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Grupos focais	Composição majoritária de eventos de saúde envolvidos	n	M	H	Idade (média)
Atenção Primária I	Saúde da mulher e da criança	08	08	0	33 (20-59)
Atenção Primária II	Doenças crônicas não transmissíveis	07	07	0	40 (24-59)
Atenção Secundária I	Diabetes mellitus	13	09	4	50 (40-59)
Atenção Secundária II	Diabetes mellitus	11	08	3	48 (41-59)
Atenção Terciária I	Clínica médica	09	09	0	31 (22-39)
Atenção Terciária II	Clínica especializada	10	08	2	41 (33-55)

(M) número de mulheres; (H) número de homens.

Fonte: Autor.

Os grupos transcorreram sob uma atmosfera de cooperação amistosa e tranquila. Os participantes demonstraram satisfação em poder participar de uma atividade na qual eles tinham a liberdade de falar sobre como eram atendidos pelo enfermeiro e que suas experiências foram consideradas. Os participantes mantiveram-se interessados e participativos durante a realização dos grupos focais.

Conforme informado anteriormente, a questão geral foi direcionada para o conceito de papel na relação interpessoal. No entanto, de maneira espontânea os desdobramentos na condução dos grupos permitiram o acesso às experiências que envolviam os outros conceitos do sistema interpessoal, corroborando com os resultados encontrados na revisão integrativa e demonstrando a adequação da construção das definições operacionais e dos itens do instrumento.

Os depoimentos nos grupos focais demonstraram que a interação no cuidado de enfermagem está relacionada à atenção e ao respeito nas situações de cuidado.

Quando ocorre o atendimento e o meu filho chora, ela (enfermeira) tem que acalmar ele para consultar [...] é muito atenciosa! [...] tem respeito por mim e carinho por ele (filho) (Grupo Focal Atenção Primária I).

Nota-se a presença do respeito ao filho e de que o atendimento manifeste-se com atenção e carinho. No mesmo sentido, o respeito deve ser mantido em todos os momentos de cuidado.

Elas (enfermeiras) se preocupam, tratam com carinho e, se à noite precisar aplicar alguma coisa e você está dormindo, elas acordam com cuidado, não é aquela coisa de dar susto – (Grupo Focal Atenção Terciária I).

Tocam no corpo do paciente com respeito – (Grupo Focal Atenção Terciária II).

Ser atencioso foi uma característica notável para uma boa relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Ter do enfermeiro atenção à fala, aos gestos, às dores e aos momentos de alegria vividos pelos pacientes marcou alguns depoimentos, demonstrando o ato de se preocupar com o outro. A atenção foi uma característica da interação que demonstrou poder de ultrapassar a relação profissional no cuidado de enfermagem.

Prestam atenção no que eu falo (Grupo Focal Atenção Primária II)

[...] uma vez quando ela passou na minha cama percebeu que eu estava com dor e não precisei falar nada![...] (Grupo Focal Atenção Terciária I).

Ela soube que a minha filha teve bebê e me cumprimentou, foi atenciosa [...] interação com carinho e respeito, que tenha contato pele a pele (Grupo Focal Atenção Primária II).

[...] a atenção que ele dá é igual aos amigos da gente (Grupo Focal Atenção Secundária I).

Na interação ficou evidente nos grupos focais que os comportamentos devem estar permeados pela atenção e respeito ao outro, independente dos locais e momentos de cuidado permitindo a aproximação entre as pessoas envolvidas no processo de cuidar em enfermagem. Esta aproximação torna-se ação com a comunicação entre os pacientes e os enfermeiros.

Nos grupos focais a comunicação foi discutida como imprescindível na relação interpessoal. O enfermeiro deve-se utilizar da linguagem verbal e não verbal para prestar os cuidados. A comunicação verbal era avaliada de forma positiva quando tinha “tempo suficiente para compreensão” do paciente. Uma comunicação escrita legível e explicativa

também foi pontuada como importante (Grupo Focal Atenção Primária I). A disposição para conversar e a sinceridade mostraram-se essenciais para a criação do vínculo terapêutico.

[...] conversar, explicando para que a gente entenda [...] (Grupo Focal Atenção Primária II).

[...] diz quando a gente está bem ou mal, não fica enganando (Grupo Focal Atenção Primária II).

[...] eu entendo bem a letra dela, o nome do remédio, entendo o que ela fala! [...] ela escreveu para explicar tudo [...] A enfermeira conversa mais, faz perguntas e fala, diferente da consulta que passa o remédio e pronto (Grupo Focal Atenção Primária II).

Ela conversa direitinho, explica direitinho, eu entendo [...] passam e perguntam se estou precisando de alguma coisa, se está sentindo alguma coisa, se está faltando alguma coisa [...] toda a medicação elas explicam, a gente pergunta para que serve e ele dizem o nome do comprimido [...] é ótimo (Grupo Focal Atenção Terciária II).

A comunicação sobre os elementos envolvidos no cuidado, sobre as tecnologias e sobre os procedimentos tornam o cuidado comprehensível e envolve o paciente no processo, permitindo a elaboração de vínculo terapêutico. No entanto, para que o paciente expresse seus verdadeiros anseios é necessária a existência de vínculo terapêutico forte, em que a confiança no enfermeiro permita a sinceridade nas falas.

A Transação é marcada pelo respeito entre aqueles que interagem. É iniciada com a boa recepção entre as pessoas e torna-se efetivada com a comunicação entre os sujeitos, permitindo um processo interativo rico em trocas e estabelecimento de metas no cuidado.

[...] um bom relacionamento com ela, ela ensina umas coisas que eu não sabia [...] ela é super educada e atende bem [...] às vezes é preciso ter um pouco de paciência, dar um pouco de segurança (Grupo Focal Atenção Primária I).

Eles tomaram conta de mim com muito gosto e eu procurei acompanhar o ritmo e hoje sou acompanhado pela Enfermeira D, que me atende muito bem [...] o atendimento é bom. Tudo que eu preciso eu corro lá (Grupo Focal Atenção Primária II)

Muito carinhosas, algumas deixam o ambiente bem alegre porque não é fácil estar aqui! Tem umas que são mais alegres e outras que são mais na delas, mas é ótimo o

tratamento, tratam com cuidado para não machucarem (Grupo Focal Atenção Terciária I).

A transação do enfermeiro com o paciente ocorre com transmissão de confiança. Um relacionamento com a virtude da paciência, que vislumbre a efetivação de um cuidado, que permita o aflorar da alegria é bem avaliado pelos pacientes, que percebem gentileza e atenção do enfermeiro. No entremeio da doença, os momentos de alegria causam fissuras nos padrões de sofrimento e permitem esperança de alcançar uma boa saúde.

Neste ínterim, o volver social do enfermeiro e do paciente delineiam comportamentos na relação interpessoal inerente a suas práticas sociais nos serviços de saúde em que se encontram. O entendimento dos papéis de enfermeiro e de paciente foi o ponto de partida para as discussões nos grupos focais e permitiu o delineamento dos outros elementos da relação interpessoal teorizadas por Imogene King.

Nos grupos focais ficou evidente que uma relação interpessoal profícua é marcada pela responsabilidade de cada um nos seus papéis. As análises demonstraram que os papéis do paciente e do enfermeiro são distintos. No entanto, orientados para o mesmo fim, a promoção da saúde.

Nesse sentido, o papel do paciente é ter tranquilidade na espera do cuidado, ser responsável por sua saúde, seguindo as prescrições e buscar/chamar o enfermeiro quando tiver necessidade.

A gente tem que procurar o posto. Nós temos que saber chegar, temos que ter paciência [...] É responsabilidade minha buscar o posto (Grupo focal Atenção Primária I).

Nós somos muito mal agradecidos, porque não valorizamos, qualquer coisinha fazemos logo um estardalhaço [...] Nós temos que saber chegar, temos que ter paciência [...] No serviço público a demanda é muito grande todos os dias (Grupo focal Atenção Primária II).

[...] é irresponsabilidade minha, eu demoro muito a ir no posto e as minhas receitas estavam todas atrasadas [...] Esta semana a enfermeira renovou a receita da minha sobrinha, consegui os remédios, mas alguns estão faltando, tenho que comprar (Grupo focal Atenção Primária II).

O paciente tem que se cuidar, realizar todos os exames. No meu caso, eu faço a glicose todos os dias, procuro manter a alimentação [...] Na consulta com a

enfermeira, a gente, geralmente, tem aquele cuidado de fazer o exame (glicemia capilar) com ela (Grupo focal Atenção Secundária I).

Faz dez anos que eu me trato aqui e a minha relação com as enfermeiras é ótima! Eu sempre tento seguir as orientações que elas me passam. Elas orientam como é o correto para fazer a alimentação, a medicação [...] (Grupo focal Atenção secundária I).

O papel do enfermeiro é gerenciar o cuidado com conhecimento científico e destreza para realizar uma boa consulta de enfermagem. Realizar cuidados diretos com perícia, fazer atendimento domiciliar, buscar informações sobre a família e seus membros, ter a preocupação de chamar o paciente pelo nome e realizar o ensino na saúde. Foi apontada também a flexibilização de regras das instituições de saúde como elo para uma boa relação interpessoal.

Meu esposo é cadeirante aí ela (enfermeira) vem fazer visita em casa todo mês. Nas visitas, ela olha, verifica a pressão, olha a glicemia, passa remédios. Eu gosto do atendimento (Grupo focal Atenção primária II)

A doutora Enfermeira foi ótima. Disse coisas que eu estava com duvidas, ela esclarece. Eu acho que toda vez que tivesse consulta deveria ter uma palestra (grupo de educação em saúde) dessa para esclarecer (Grupo focal Atenção Secundária II).

Eu gosto quando ela vai atender meu filho [...] um atendimento que tem que olhar! Olhar os testículos dele, olhar ele todinho (Grupo focal Atenção Primária II).

Quando vão dar o remédio explicam, dizem o que estão nos dando e eu acho isso importante! Dão os remédios na hora correta, medem a pressão, a temperatura, sempre estão por perto [...] elas me ajudam a subir, a ir ao banheiro. Vem sempre que eu tenho alguma dor. Elas são bem preparadas. Na lesão colocaram uma plaquinha para sarar mais rápido. Quando eu cheguei, a lesão era maior e todo dia elas trocam o curativo (Grupo focal Atenção terciária I).

A enfermeira limpa, vira para o lado, vira para o outro e vai limpando com respeito, fecha o negocio (biombo) aí na porta, com respeito (Grupo focal Atenção terciária II).

Ela foi atendida sem estar nem marcada [...] As coisas no posto só dar certo com o direcionamento da enfermeira (Grupo focal Atenção Primária II).

Estou fazendo tratamento para calazar! Quando eu passei mal me trataram com cuidado, logo chamaram os médicos, permitiram até a minha mãe entrar na UTI (Grupo focal Atenção terciária II).

Os papéis dos enfermeiros e dos pacientes são complementares. Nas falas é possível identificar os pacientes como receptores do cuidado que agem com paciência e seguem as recomendações dos enfermeiros. Já os enfermeiros têm o papel de prestar cuidados diretos, com perícia e adequando normas institucionais, de acordo com os cuidados requeridos.

Por outro lado, a relação interpessoal pode sofrer fissuras na comunicação, na interação, na transação e no papel com a presença de ações que desequilibrem a relação, fazendo surgir o estresse. Os grupos focais demonstraram que o estresse ocorre transversalmente na relação interpessoal e se apresenta no desequilíbrio dos outros conceitos do Sistema Interpessoal, como nas falas a seguir.

O que a gente quer saber eles não sabem ensinar [...] Às vezes queremos saber uma coisa e eles nos dizem outra e aí não conseguimos nem entender como é! Ficamos com dúvida. [...], por exemplo, a letra tem gente que não entende a letra na receita (Grupo Focal Atenção Primária II).

A enfermeira olhava para o bichinho (filho) e eu perguntava as coisas e ela respondia olhe no caderninho (caderneta da criança). Um atendimento frio [...] para mim, uma consulta rápida não é consulta (Grupo focal Atenção Primária I).

É uma coisa muito íntima (exame de Papanicolau) e eu sou muito tímida, então, se a enfermeira não tem muita delicadeza, deixa a gente mais tensa, eu vou já totalmente gelada e trêmula, ainda não me acostumei, apesar de fazer todo ano, mas eu sempre fico tensa, apesar dela dizer “minha filha, relaxe, relaxe!” (Grupo focal Atenção Primária I).

Tem enfermeiro que atende grosseiro [...] ele disse que eu estava fedendo a negro [...] racismo! (Grupo focal Atenção Primária I).

[...] não gosto muito não porque ela faz pouco caso para o que a gente fala, ela não dá muita atenção. Pelo menos comigo, uma vez que eu fui lá, quando estava sentindo uma dor aqui (aponta para a barriga), não deu muita atenção, só disse toma esse remédio aqui para ver se você melhora! E eu fui ver, não sei se tinha alguma coisa a ver com o que eu estava sentindo [...] tem que pegar a enfermeira na veia boa, tem que adoecer quando ela está na veia boa (Grupo focal Atenção Primária II).

[...] eu tive que ir um monte de vezes no posto atrás de um papel! Na quarta vez, que ela me explicou [...] as vezes são ignorantes, não atendem, muitas vezes não sabem falar com você (Grupo focal Atenção Primária II).

A educação é uma troca. Não adianta você chegar gritando, matando dentro do hospital, porque quem está dentro do hospital está seguindo regras (Grupo focal Atenção Secundária I)

Os enfermeiros daqui são muito automatizados. Eles nunca têm uma pergunta nova e nunca têm uma informação nova! Seu pé formiga, seu pé blá, blá, blá, dez anos a mesma pergunta! Nunca fizeram outra pergunta que desperte em você um cuidado especial. As perguntas são muito básicas, muito restritas, aquilo alí que poderia criar um assunto novo [...] (Grupo focal Atenção Secundária II).

Às vezes demora um pouquinho porque elas estão ocupadas com alguma coisa

Só tem algumas enfermeiras que são meio ignorantes, tipo, com a acompanhante, fala com ignorância, dizendo “não se mete” (Grupo focal Atenção Terciária I).

Já tive estresse [...] Uma pessoa bruta, o acesso na virilha e ela tirando o curativo com força e eu dizendo que estava doendo [...] Eu briguei com ela! (Grupo focal Atenção Terciária II).

O estresse surge quando o enfermeiro não responde às perguntas do paciente, age com grosseria, com preconceito, chama a atenção quando os resultados dos exames estão alterados, foca o cuidado em áreas que o paciente não tem interesse, demora no atendimento solicitado ou age com brutalidade e ignorância.

A síntese das análises dos grupos focais pode ser observada no Quadro 17, a seguir.

Quadro 17 - Síntese da análise das falas dos grupos focais. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Grupos focais	Interação	Comunicação	Transação	Papel	Estresse
Atenção Primária I	Interação com carinho e respeito, que tenha contato pele a pele.	Comunicação escrita legível e explicativa. Comunicação oral com tempo suficiente para compreensão.	Troca de gentilezas.	Paciente: busca a unidade de saúde exercendo a cidadania; ser paciente. Enfermeiro: gerenciador do cuidado.	Não responde às perguntas do paciente. Age com grosseria.
Atenção Primária II		Disposição para conversar, explicando o atendimento	Transação com paciência do enfermeiro e do paciente, transmitindo confiança.	Paciente: ter paciência e tranquilidade na espera do cuidado. Enfermeiro: realizar atendimento domiciliar, buscar informações sobre a família e seus membros.	Ação com preconceito.
Atenção Secundária I	A atenção do enfermeiro é igualável a dos amigos pessoais.		Primar por um relacionamento com educação para o ensino em saúde	Enfermeiro: acolhimento com classificação de risco.	Chamar a atenção quando os resultados dos exames estão alterados
Atenção Secundária II		Falar a real situação do paciente, estando ele bem ou mau.		Paciente: é responsável por sua saúde, seguindo as prescrições. Enfermeiro: conhecimento científico e destreza para realizar uma boa consulta de enfermagem	Focam o cuidado em áreas que o paciente não tem interesse.
Atenção Terciária I	Interação respeitosa durante o sono, acordando o paciente com cuidado e em hora oportuna.	Questionam se o paciente está precisando de alguma coisa.	Transmissão de alegria durante o cuidado, com simpatia. Detectam quando o paciente está de baixo astral e conversam.	Paciente: chamar o enfermeiro quando tiver necessidade. Enfermeiro: preocupação em chamar o paciente pelo nome; explicar os procedimentos e medicamentos. Realizar cuidados diretos	Demora no atendimento solicitado.
Atenção Terciária II	Tocam no corpo do paciente com respeito.	Utilizam linguagem comprensível, explicando o funcionamento de tecnologias para o cuidado.	Demonstram gentileza e atenção.	Paciente: chamar quando necessário. Enfermeiro: quebra de regras da instituição; gerenciar o cuidado, tomando decisões apropriadas.	Agir com brutalidade e ignorância.

Fonte: autor.

As análises demonstraram que os pacientes possuem a ideia de que o relacionamento interpessoal é um construto complexo, com vários elementos constitutivos que se alinham pelo viés da linguagem como eixo centralizador e se distribuem nos conceitos que compõem o sistema interpessoal de King. Salientaram-se aspectos da relação interpessoal por todos os grupos, tais como carinho, respeito, contato pele a pele, gentileza, conhecimento científico e destreza, comunicação verbal e não verbal compreensíveis, além também de demora no atendimento e desrespeito. Um grupo apontou o preconceito racial como um forte elemento gerador de estresse.

Ao confrontar os elementos gerados pelas análises dos grupos focais com as definições operacionais e os itens construídos a partir da revisão integrativa observou-se que quase a totalidade dos elementos foram contemplados. Apenas quatro elementos não faziam parte do painel de itens. Portanto, foram adicionados os itens: você sofreu algum preconceito do enfermeiro? Você entende o que o enfermeiro escreve? Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele? Quando você está conversando com o enfermeiro, ele fica atento ao que você fala?

Desse modo, em cada item foram alocadas possibilidades de respostas que melhor descrevessem os resultados que contivessem o espectro da relação interpessoal de menor efetividade para a maior efetividade. Assim, o Quadro 18 demonstra o instrumento levado para validação de conteúdo.

Quadro 18 - Protótipo do Questionário de Relação interpessoal no cuidado de enfermagem.
Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem					
1- Nunca; 2- Pelo menos uma vez aconteceu; 3- Algumas vezes; 4- A grande maioria das vezes; 5- Sempre.					
1.	O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	1	2	3	4
2.	Você percebe afetividade quando está recebendo cuidados de enfermagem?	1	2	3	4
3.	Nos encontros com o enfermeiro há momentos de descontração?	1	2	3	4
4.	Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro é eficaz?	1	2	3	4
5.	Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	1	2	3	4
6.	Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	1	2	3	4
7.	O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	1	2	3	4
8.	O enfermeiro confia no que você fala?	1	2	3	4
9.	O enfermeiro escuta você falar?	1	2	3	4
10.	Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	1	2	3	4
11.	Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	1	2	3	4
12.	Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?	1	2	3	4
13.	Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?	1	2	3	4
14.	No atendimento, o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	1	2	3	4
15.	O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	1	2	3	4
16.	Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	1	2	3	4
17.	O enfermeiro já lhe atendeu com grosseria ou falta de educação?	1	2	3	4
18.	Você já foi agressivo com o enfermeiro?	1	2	3	4
19.	Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	1	2	3	4
20.	Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?	1	2	3	4
21.	Você sente tranquilidade quando o enfermeiro toca a sua pele?	1	2	3	4
22.	O enfermeiro sabe o seu nome?	1	2	3	4
23.	Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	1	2	3	4
24.	Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal com a cabeça?	1	2	3	4
25.	Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos mútuos?	1	2	3	4
26.	Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	1	2	3	4
27.	Na realização dos procedimentos, o enfermeiro solicita o seu consentimento?	1	2	3	4
28.	Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	1	2	3	4
29.	Você sente que recebe um cuidado personalizado?	1	2	3	4
30.	O enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impõe?	1	2	3	4
31.	Alguma regra na instituição de saúde foi suspensa pelo enfermeiro em seu benefício?	1	2	3	4
32.	Você confia na avaliação clínica do enfermeiro que lhe atende?	1	2	3	4
33.	Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	1	2	3	4
34.	Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	1	2	3	4
35.	Há respeito na relação de vocês?	1	2	3	4
36.	Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?	1	2	3	4
37.	Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?	1	2	3	4
38.	É fácil você se irritar com o enfermeiro?	1	2	3	4
39.	Você percebe que o enfermeiro não conversa com a sua família?	1	2	3	4
40.	Você já teve alguma crença desrespeitada pelo enfermeiro?	1	2	3	4
41.	Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	1	2	3	4
42.	Você entende o que o enfermeiro escreve?	1	2	3	4
43.	Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?	1	2	3	4
44.	Quando você está conversando com o enfermeiro ele fica atento ao que você fala?	1	2	3	4

5.5 Validação de Conteúdo

5.5.1 Análise de especialistas

Participaram deste estudo nove enfermeiros especialistas no construto, sendo cinco acadêmicos e quatro enfermeiros clínicos. O Quadro 19 apresenta a pontuação obtida.

Quadro 19 - Pontuação dos especialistas segundo critérios adotados. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Especialista	Clínicos				Acadêmicos				
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Escore	7,0	7,5	8,0	8,5	8,0	9,0	9,0	9,0	10,0

Apesar de atingir o número de especialistas necessários para validação de conteúdo, houve dificuldade para encontrá-los e dificuldade no retorno do instrumento com as avaliações solicitadas. Para conhecer o perfil dos especialistas e buscar entender o grau de perícia deles, observar-se-á a Tabela 02.

Tabela 2 - Caracterização dos especialistas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Variáveis			n
Sexo		Feminino	8
		Masculino	1
Idade		30 – 35 anos	5
		36 – 45 anos	3
		>45 anos	1
Regiões/Cidades em que residem	CE	Fortaleza	5
		Crato	1
	RN	Natal	1
	PI	Picos	1
	SP	Ribeirão Preto	1
Maior Titulação		Pós-doutorado	2
		Doutorado	5
		Mestrado	2
Experiência assistencial		≤9 anos	2
		10-19 anos	5
		≥20 anos	2
Ocupação atual		Docentes/Pesquisadores	5
		Assistenciais	4

Fonte: Autor.

Quase a totalidade dos especialistas era do sexo feminino, com menos de 36 anos de idade, oriundos de instituições públicas de ensino e de saúde: Universidade

Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Regional do Cariri, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade de São Paulo, Hospital Universitário Walter Cantídio, Unidade de Atenção Primária em Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE, Unidade de Atenção Primária em Saúde da Prefeitura Municipal de Picos-PI.

Todos os enfermeiros especialistas eram titulados, sendo a maioria Doutores com experiência assistencial média de 15 anos. Como o construto abordado nesta tese requer, essencialmente, experiências de prática clínica para ser compreendido e avaliado pelos especialistas, o tempo assistencial dos participantes fornece indícios de maturidade e, consequente, habilidade com as ações da profissão. Além disto, cinco especialistas eram enfermeiros docentes. Essa diversificação permitiu melhor abrangência na avaliação dos itens, pois o corpo de especialistas apresentou características diversas, que convergiram para o mesmo ponto: experiência teórica e prática sobre relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

5.5.2 Análise de conteúdo das definições operacionais

A análise da teoria dos Sistemas Abertos Interactuantes junto com a realização da revisão integrativa e dos grupos focais revelou um construto amplo e complexo com a elaboração de definições operacionais (DO) e itens, que foram avaliados pelos especialistas. Estes avaliaram as definições operacionais e os itens quanto à pertinência e coerência com o traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”.

A Tabela 03 apresenta os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) das 25 definições operacionais construídas com os conceitos interação, comunicação, transação e papel.

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições operacionais do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Definições Operacionais	IVC
INTERAÇÃO	1. O Enfermeiro demonstra disponibilidade de tempo e realiza os cuidados de enfermagem com afeto.	1,0
	2. Um tempo maior de interação promove o vínculo entre enfermeira e paciente, permitindo o partilhar de emoções.	1,0
	3. O toque do enfermeiro é percebido como aproximação pelo paciente.	1,0
	4. Enfermeiros que brincam, sorriem, gravam o nome do paciente são mais agradáveis.	1,0
	5. O enfermeiro demonstra suprir as necessidades quotidianas do paciente, ajudando-o na realização da higiene oral, ida ao banheiro, auxilio nas refeições, dentre outras atividades.	1,0
	6. O enfermeiro demonstra suprir necessidades relacionadas ao tratamento do paciente, com entrega segura e pontual de medicamentos, controle da dor e realização de medidas de conforto.	0,88
COMUNICAÇÃO	1. O enfermeiro utiliza uma linguagem verbal comprehensível com o paciente.	1,0
	2. O enfermeiro comunica os procedimentos de enfermagem, esclarecendo dúvidas do paciente.	1,0
	3. O enfermeiro demonstra acreditar na fala do paciente.	1,0
	4. O enfermeiro solicita ao paciente o devido consentimento para realizar os cuidados/procedimentos.	1,0
	5. O enfermeiro conversa sobre assuntos não relacionados à hospitalização, transmitindo sentimentos positivos.	1,0
	6. A disposição para escutar o outro qualifica o vínculo relacional.	1,0
	7. O uso dos gestos como recursos técnicos podem auxiliar, acompanhar, ajudar, estimular e manter o relacionamento interpessoal.	1,0
	8. Gestos de aproximação, toque, menear a cabeça, olhar no olho colocam os pacientes em um lugar mais confortável no processo comunicativo.	1,0
TRANSAÇÃO	1. O enfermeiro demonstra empatia no encontro com o paciente ao manifestar interesse pelas suas necessidades, atenção personalizada, afetividade e solidariedade.	1,0
	2. O enfermeiro e paciente constroem um vínculo com compromissos e correspondibilizações.	1,0
	3. Preservação da confidencialidade e privacidade são características morais e éticas que fortalecem a transação entre enfermeiro e paciente.	1,0
	4. O enfermeiro considera a individualidade da pessoa/paciente, suas experiências e valores na formulação de planos de cuidados.	1,0
	5. O enfermeiro preserva a dignidade da pessoa em sua relação com a família.	1,0
	6. Flexibilidade do enfermeiro em relação às normas institucionais.	0,78
	7. A habilidade técnica e o raciocínio clínico do enfermeiro são características que valorizam o relacionamento interpessoal e que passam confiança para os pacientes.	1,0
PAPEL	1. O reconhecimento das identidades do paciente e do enfermeiro permite a aproximação para o diálogo.	1,0
	2. O enfermeiro demonstra competência técnica e científica nos cuidados em saúde.	1,0
	3. O ideal moral e ético dos enfermeiros deve expressar características humanitárias, afetivas, relacionais, vocacionais e uma ética voltada para a justiça e respeito aos direitos.	1,0
	4. Dificuldade em estabelecer limites na relação interpessoal pode desvirtuar a imagem do enfermeiro percebida pelo paciente, modificando a apreensão dos cuidados.	0,78

Fonte: Autor.

A validação de conteúdo das DO dos conceitos de interação, comunicação, transação e papel obtiveram excelentes IVC ($\geq 0,78$). Apesar de todas as DO terem sido validadas, três especialistas solicitaram a modificação dos termos enfermagem ou equipe de enfermagem, pelo termo enfermeiro.

Segundo os especialistas, o instrumento deveria considerar em seu arcabouço apenas um único sujeito, o enfermeiro, pois este tem na sua formação as disciplinas básicas que o orientam no desempenho de habilidades relacionais e no desenvolvimento da competência do relacionamento interpessoal, considerando sua relevância no cuidado ao paciente, pensando nesse aspecto sob o ponto de vista da internacionalização do saber construído (questionário), pois em alguns países inexistem trabalhadores de nível médio.

Assim, seguindo as solicitações, a escrita das DO 05 e 06 do conceito de interação; 04 e 05 do conceito de comunicação; 01, 04 e 05 do conceito de transação e 03 do conceito de papel foram modificadas para atender a esta sugestão.

A seguir, a tabela 4 apresenta os índices de validade de conteúdo das 16 DO do conceito de estresse.

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) das definições operacionais do conceito de estresse do traço latente “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”.
Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

	Definições operacionais do Estresse	IVC
INTERAÇÃO	1. Atendimento com atitudes grosseiras (movimentos bruscos, falta de educação, arrogância, impaciência, desinteresse pelo outro, desvalorização de queixas, e discriminação) faz o paciente sentir que o cuidado é inferior, embora possa ter sido tecnicamente apropriado.	1,0
	2. Pacientes agressivos provocam distanciamento dos enfermeiros.	0,78
	3. Diminuição do contato físico, que comprometa a frequência das visitas, contribui para gerar o estresse.	1,0
	4. Diminuição do contato dos enfermeiros com os familiares nos momentos da visita ao paciente contribui para gerar o estresse.	1,0
	5. Maior preocupação com o equipamento do que com o paciente promove distanciamento e inibição para solicitação de ajuda.	0,88
	6. Aproximação do enfermeiro que negligencie a privacidade dos pacientes (falhas referentes à proteção do corpo e da intimidade) promove uma relação interpessoal negativa.	1,0
COMUNICAÇÃO	7. Gesticulação com significado de rejeição ou reprovação das atitudes do outro são provocadores do estresse.	1,0
	8. Linguagem verbal incompreensível para o paciente dificultará a relação.	1,0
	9. A presença de elementos culturais e linguísticos na fala dos pacientes, os quais o enfermeiro não comprehende, pode prejudicar a relação	1,0
	10. Negligência da fala do outro impossibilita a instituição de um plano terapêutico eficaz.	0,88
TRANSAÇÃO	11. Atendimento sem solicitude, presteza e afetividade faz o paciente se sentir excluído.	1,0
	12. Enfermeiros com pouca perícia técnica e frágil com raciocínio clínico não passam confiança na transação.	1,0
	13. O desrespeito às crenças, à cultura e à vontade do outro promove frustração e desperta os sentimentos de decepção, raiva e tristeza.	1,0
PAPÉL	14. O início de uma relação interpessoal sem o reconhecimento dos interlocutores torna o momento de encontro desprovido de vínculo.	0,88
	15. Ações referentes ao esquecimento, por parte do profissional, de algum material (resíduo das atividades técnicas exercidas como termômetro, garrote e tampas de agulhas) no território ou no espaço pessoal do paciente enfraquece o vínculo.	0,78
	16. Ações referentes às exposições e às intrusões físicas e visuais que violam a privacidade levam os pacientes a entenderem que os cuidados não são competentes.	1,0

Fonte: Autor.

Semelhante às DO dos outros conceitos, as do conceito de estresse obtiveram excelente IVC ($\geq 0,78$). Seguindo a solicitação dos especialistas, modificou-se o termo enfermagem pelo termo enfermeiro nas definições operacionais 02, 04, 06 e 09.

O resultado da validação das definições operacionais, com apenas doze ajustadas por solicitação dos especialistas demonstra que o processo de construção foi realizado com base em sólido conhecimento, compilado a partir de estudos mundiais e dos grupos focais, permitindo uma validade aparente a partir do processo de construção, confirmado-se tal fato na análise dos especialistas.

5.5.3 Análise de conteúdo dos itens

A tabela 5, a seguir, apresenta os 44 itens e o resultado da validação de conteúdo. A validação de conteúdo revelou todos os itens com excelentes IVC ($\geq 0,78$), representando o construto em termos teóricos. No processo de análise de conteúdo, alguns especialistas solicitaram alterações na grafia de alguns itens: no Item 4 foi solicitada a substituição do termo "sua pele" por "em você"; no item 5 foi solicitado o acréscimo do termo "ou como você gosta de ser chamado"; no item 8 trocar a palavra "eficaz" pelo termo "trás bons resultados para você"; no item 24 trocar o termo "consentimento" por "autorização"; no item 26 trocar o termo "personalizado" por "individualizado"; e no item 29 trocar o termo "suspenso" por "flexibilizada".

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) dos itens do questionário “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Itens	IVC
1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	0,88
2. Você percebe afeto quando está recebendo cuidados do enfermeiro?	1,00
3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?	1,00
4. Sente tranquilidade quando o enfermeiro toca em você?	1,00
5. O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?	1,00
6. Nos encontros com o enfermeiro há momentos de descontração?	1,00
7. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelo enfermeiro?	1,00
8. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro traz bons resultados para você?	1,00
9. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	1,00
10. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	1,00
11. No atendimento, o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	1,00
12. O enfermeiro confia no que você fala?	1,00
13. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	0,88
14. Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?	1,00
15. O enfermeiro escuta você falar?	1,00
16. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	1,00
17. Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	1,00
18. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?	0,88
19. Quando você está conversando com o enfermeiro, ele fica atento ao que você fala?	0,88
20. Você entende o que o enfermeiro escreve?	1,00
21. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	1,00
22. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos mútuos?	1,00
23. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	0,88
24. Na realização de procedimentos, o enfermeiro solicita a sua autorização?	1,00
25. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	1,00
26. Você sente que recebe um cuidado individualizado?	1,00
27. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	1,00
28. O enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impõe?	1,00
29. Alguma regra na instituição de saúde foi flexibilizada pelo enfermeiro em seu benefício?	1,00
30. Você confia na avaliação clínica do enfermeiro que lhe atende?	1,00
31. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	1,00
32. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	0,88
33. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	1,00
34. Há respeito na relação de vocês?	1,00
35. Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?	1,00
36. Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?	1,00
37. O enfermeiro já lhe atendeu com grosseria ou falta de educação?	1,00
38. Você já foi agressivo com o enfermeiro?	1,00
39. É fácil você se irritar com o enfermeiro?	1,00
40. Você percebe que o enfermeiro não conversa com a sua família?	1,00
41. Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	1,00
42. Você já teve alguma crença desrespeitada pelo enfermeiro?	1,00
43. Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	1,00
44. Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?	0,88

Fonte: Autor.

5.5.4 Análise semântica – teste piloto

O instrumento foi aplicado a 66 pacientes, sendo 28 da atenção primária, 23 da atenção secundária e 15 da atenção terciária; 72,7% mulheres; com média de idade de 50,94 ($\pm 17,7$) anos. Quanto à escolaridade, 25,8% não tinham grau de instrução, 36,4% tinham o ensino fundamental, 31,8% tinham o ensino médio e apenas 6,1%, o ensino superior. A análise semântica ocorreu em entrevistas individuais com os pacientes. Os resultados estão compilados no Quadro 20.

Quadro 20 - Itens do questionário “Relação interpessoal no cuidado de enfermagem”

que sofreram alterações na análise semântica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Item	Sem alterações	Com alterações
2.	Você percebe afeto quando está recebendo cuidados do enfermeiro?	Você percebe carinho quando está recebendo cuidados do enfermeiro?
4.	Sente tranquilidade quando o enfermeiro toca em você?	Sobre o toque do enfermeiro em você: 1. Ele não me toca; 2. Quando ele me toca eu fico muito tranquilo; 3. Quando ele me toca eu fico tranquilo; 4. Quando ele me toca eu fico pouco tranquilo; 5. Quando ele me toca eu fico tenso;
6.	Nos encontros com o enfermeiro há momentos de descontração?	Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?
12.	O enfermeiro confia no que você fala?	Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?
20.	Você entende o que o enfermeiro escreve?	Sobre as anotações (orientações escritas ou receitas) que o enfermeiro faz para você? 1. Não tenho acesso; 2. Tenho acesso, mas não entendo o que está escrito; 3. Tenho acesso, algumas vezes entendo o que está escrito; 4. Tenho acesso, sempre entendo o que está escrito.
22.	Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos mútuos?	Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes (compromissos mútuos)?
28.	O enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?
30.	Você confia na avaliação clínica do enfermeiro que lhe atende?	Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?
37.	O enfermeiro já lhe atendeu com grosseria ou falta de educação?	O enfermeiro já utilizou tom de voz agressivo durante o seu atendimento?
38.	Você já foi agressivo com o enfermeiro?	Você já utilizou tom de voz agressivo com o enfermeiro?
40.	Você percebe que o enfermeiro não conversa com a sua família?	Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende: 1. Não toca neste assunto; 2. Poucas vezes conversamos sobre a minha família; 3. A grande maioria das vezes conversamos sobre minha família; 4. Em todos os nossos encontros o enfermeiro conversa sobre minha família.

Fonte: Autor.

Na análise semântica objetivou-se verificar se os itens são compreendidos pela população alvo, desde o estrato mais baixo ao mais sofisticado. Assim, alguns itens necessitaram de alterações para que os pacientes pudessem compreendê-los como apresentado no quadro 20. Alguns itens sofreram modificações de algumas palavras e termos (itens 02, 06, 12, 22, 28, 30, 37 e 38) e três itens (4,20 e 40) tiveram modificada a estrutura da pergunta e das respostas, para que houvesse possibilidade de resposta dos pacientes nos três níveis de atenção à saúde.

Após a realização das análises de conteúdo e da análise semântica que compuseram a validação de conteúdo, os itens do QRIC foram reorganizados e renumerados e o instrumento passou a ter a estrutura apresentada no quadro 21.

Quadro 21 - Questionário Relação interpessoal no cuidado de enfermagem após validação de conteúdo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem					
1- Nunca	2- Pelo menos uma vez aconteceu	3- Algumas vezes	4- A grande maioria das vezes	5- Sempre.	
1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?					1 2 3 4 5
2. Você percebe carinho quando está recebendo cuidados do enfermeiro?					1 2 3 4 5
3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?					1 2 3 4 5
4. O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?					1 2 3 4 5
5. Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?					1 2 3 4 5
6. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelo enfermeiro?					1 2 3 4 5
7. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro traz bons resultados para você?					1 2 3 4 5
8. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?					1 2 3 4 5
9. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?					1 2 3 4 5
10. No atendimento, o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?					1 2 3 4 5
11. Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?					1 2 3 4 5
12. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?					1 2 3 4 5
13. Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?					1 2 3 4 5
14. O enfermeiro escuta você falar?					1 2 3 4 5
15. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?					1 2 3 4 5
16. Quando você está conversando com o enfermeiro, vocês olham nos olhos?					1 2 3 4 5
17. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?					1 2 3 4 5
18. Quando você está conversando com o enfermeiro, ele fica atento ao que você fala?					1 2 3 4 5

Continua...

19. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	1 2 3 4 5
20. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes? (compromissos mútuos)	1 2 3 4 5
21. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	1 2 3 4 5
22. Na realização de procedimentos, o enfermeiro solicita a sua autorização?	1 2 3 4 5
23. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	1 2 3 4 5
24. Você sente que recebe um cuidado individualizado?	1 2 3 4 5
25. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	1 2 3 4 5
26. Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	1 2 3 4 5
27. Alguma regra na instituição de saúde foi flexibilizada pelo enfermeiro em seu benefício?	1 2 3 4 5
28. Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?	1 2 3 4 5
29. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	1 2 3 4 5
30. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	1 2 3 4 5
31. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	1 2 3 4 5
32. Há respeito na relação de vocês?	1 2 3 4 5
33. Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?	1 2 3 4 5
34. Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?	1 2 3 4 5
35. O enfermeiro já utilizou tom de voz agressivo durante o seu atendimento?	1 2 3 4 5
36. Você já utilizou tom de voz agressivo com o enfermeiro?	1 2 3 4 5
37. É fácil você se irritar com o enfermeiro?	1 2 3 4 5
38. Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	1 2 3 4 5
39. O enfermeiro respeita suas crenças?	1 2 3 4 5
40. Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	1 2 3 4 5
41. Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?	1 2 3 4 5
42. Sobre o toque do enfermeiro em você:	
1. Ele não me toca;	
2. Quando ele me toca eu fico muito tranquilo;	
3. Quando ele me toca eu fico tranquilo;	1 2 3 4 5
4. Quando ele me toca eu fico pouco tranquilo;	
5. Quando ele me toca eu fico tenso;	
43. Sobre as anotações (orientações escritas ou receitas) que o enfermeiro fez para você?	
1. Não tenho acesso;	1 2 3 4
2. Tenho acesso, mas não entendo o que está escrito;	
3. Tenho acesso, algumas vezes entendo o que está escrito;	
4. Tenho acesso, sempre entendo o que está escrito.	
44. Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende:	
1. Não toca no assunto família;	
2. Poucas vezes conversamos sobre a minha família;	1 2 3 4
3. A grande maioria das vezes conversamos sobre minha família;	
4. Em todos os nossos encontros conversamos sobre minha família.	

5.6 Validação Clínica

5.6.1 Perfil dos participantes do estudo

O instrumento foi aplicado a um amostra de 950 pessoas em serviços que representam os três níveis de atenção à saúde. A tabela 6 descreve as características sociodemográficas dos respondentes.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos respondentes. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
<60 anos	613	64,5
> 60 anos	337	35,5
Sexo		
Masculino	288	30,3
Feminino	662	69,7
Raça/cor da pele		
Branca	236	24,8
Negra	72	7,6
Parda	481	50,6
Amarela	161	16,9
Escolaridade		
Sem instrução	105	11,1
Ensino Fundamental Completo	530	55,8
Ensino Médio Completo	183	19,3
Ensino Superior Completo	132	13,9
Renda		
Menor/igual a 1 salário	492	51,8
Entre 1 e 2 salários	416	43,8
Entre 2 e 5 salários	40	4,2
Mais do que 5 salários	2	0,2
Ocupação		
Domésticas/Do lar	234	24,6
Aposentado	224	23,6
Sem ocupação	73	7,7
Outra	419	44,1
Estado Civil		
Casado/União Consensual	562	59,2
Solteiro	190	20,0
Viúvo	100	10,5
Desquitado/Divorciado	98	10,3
Religião		
Católica	644	67,8
Evangélica	226	23,8
Outra	80	8,4
Total	950	100

Fonte: Autor.

Observa-se que a maioria foi composta por adultos (idade média de 51,6 \pm 16,7 anos), do sexo feminino, pardos, com ensino fundamental completo, com renda menor ou igual a um salário mínimo, com mulheres que são domésticas/do lar. Quanto ao estado civil, a maioria era de casados/união consensual e de religião católica.

Em relação à aproximação dos participantes com os serviços em que ocorreu a pesquisa, buscamos obter algumas medidas temporais, que insinuassem o mínimo contato entre o paciente e o enfermeiro como espaço no qual a relação interpessoal pudesse se desenvolver.

Tabela 7 - Medidas de tempo dos pacientes nos serviços pesquisados. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	DP
Pacientes Atenção Primária Saúde – APS				
Número de consultas por ano	2	32	3,8	4,4
Tempo de acompanhamento no serviço em anos	1	31	10,6	7,6
Pacientes Atenção Secundária				
Número de consultas por ano	2	36	5,1	4,7
Tempo de acompanhamento no serviço em anos	1	35	9,6	7,2
Pacientes do Hospital				
Número de vezes em que esteve internado (último ano)	1	24	1,4	2,3
Número de dias de internação no momento da pesquisa	1	60	7,8	9,4

Fonte: Autor.

Na Tabela 7 observa-se que nas APS e na Atenção Secundária os pacientes eram acompanhados há, pelo menos, um ano e já haviam realizado no mínimo uma consulta anterior. Nestes serviços, o tempo médio de acompanhamento foi de 10,6 anos e 9,6 anos nas APS e na Atenção Secundária, respectivamente. Quanto ao hospital, a média de internamento no último ano foi de 2,3 internações e a média de dias internados no momento da coleta de dados foi de 7,8 dias, com o tempo mínimo de um dia (24h) para participar da pesquisa.

Houve grande número de serviços/especialidades de enfermagem envolvidos nos cuidados aos pacientes. A Tabela 8 sumariza aqueles que estiveram envolvidos nesta pesquisa.

Tabela 8 - Serviços de enfermagem envolvidos nos cuidados aos participantes da pesquisa. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Variável	n	%
Enfermagem em APS	319	33,5
Enfermagem em Clínica médica	153	16,1
Enfermagem em Clinica cirúrgica	89	9,4
Enfermagem em Atenção Ambulatorial	335	35,3
Enfermagem em Oncologia	54	5,7
Total	950	100

Fonte: Autor.

Percebe-se que a aplicação do instrumento envolveu as maiores áreas de atuação do enfermeiro, indicando a abrangência do processo de validação clínica do instrumento. Além disso, salienta-se que a aplicação do instrumento em diversos setores e serviços foi realizada em busca de maior heterogeneidade dos participantes.

5.6.2 Análise descritiva dos itens do instrumento

A análise da frequência das respostas dos pacientes aos itens do instrumento foi realizada com a finalidade de verificar a distribuição das respostas, observando categorias com baixa frequência que poderiam atrapalhar a estimativa dos parâmetros pela TRI. De acordo com a Tabela 9, observa-se que a maioria dos pacientes escolheu a categoria “sempre” para os itens que denotam comportamento positivo e “nunca” para itens que denotam comportamento negativo, indicando concentração de resposta nas extremidades.

Os itens de conotação negativa foram os que mais concentraram respostas na extremidade “nunca” (itens 33, 34, 35, 36, 37, 38 e 40), com pouquíssimas respostas nas categorias superiores.

Tabela 9 - Frequências das respostas aos itens do instrumento de avaliação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Itens	Nunca	Pelo menos uma vez	Algumas vezes	A grande maioria das vezes	Sempre
1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	38(4,0)	26(2,7)	69(7,3)	37(3,9)	780(82,1)
2. Você percebe carinho quando está recebendo cuidados do enfermeiro?	27(2,8)	24(2,5)	115(12,1)	53(5,6)	731(76,9)
3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?	53(5,6)	17(1,8)	69(7,3)	36(3,8)	775(81,6)
4. O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?	59(6,2)	5(0,5)	36(3,8)	21(2,2)	829(87,3)
5. Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?	283(29,8)	24(2,5)	253(26,6)	74(7,8)	316(33,3)
6. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?	37(3,9)	13(1,4)	87(9,2)	41(4,3)	772(81,3)
7. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro trás bons resultados para você?	35(3,7)	10(1,1)	78(8,2)	40(4,2)	787(82,8)
8. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	6(0,6)	10(1,1)	85(8,9)	37(3,9)	812(85,5)
9. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	14(1,5)	4(0,4)	32(3,4)	41(4,3)	859(90,4)
10. No atendimento o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	91(9,6)	15(1,6)	81(8,5)	27(2,8)	736(77,5)
11. Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?	22(2,3)	12(1,3)	72(7,6)	48(5,1)	796(83,8)
12. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	32(3,4)	10(1,1)	72(7,6)	36(3,8)	800(84,2)
13. Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?	680(71,6)	32(3,4)	164(17,3)	10(1,1)	64(6,7)
14. O enfermeiro escuta você falar?	18(1,9)	8(0,8)	60(6,3)	31(3,3)	833(87,7)
15. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	25(2,6)	27(2,8)	82(8,6)	38(4,0)	778(81,9)
16. Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	56(5,9)	13(1,4)	198(20,8)	38(4,0)	645(67,9)
17. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?	88(9,2)	6(0,6)	99(10,4)	32(3,4)	725(76,3)
18. Quando você está conversando com o enfermeiro ele fica atento ao que você fala?	18(1,9)	10(1,1)	97(10,2)	27(2,8)	798(84,0)
19. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	293(30,8)	15(1,6)	117(12,3)	59(6,2)	466(49,1)
20. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes?	57(6,0)	7(0,7)	104(10,9)	48(5,1)	734(77,3)
21. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	53(5,6)	23(2,4)	140(14,7)	57(6,0)	677(71,3)
22. Na realização de procedimentos o enfermeiro solicita a sua autorização?	377(39,7)	13(1,4)	33(3,5)	31(3,3)	496(52,2)
23. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	734(77,3)	17(1,8)	85(8,9)	7(0,7)	107(11,3)
24. Você sente que recebe um cuidado individualizado?	233(24,5)	14(1,5)	56(5,9)	32(3,4)	615(64,7)
25. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	448(47,2)	31(3,3)	174(18,3)	41(4,3)	256(26,9)
26. Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	73(7,7)	9(0,9)	71(7,5)	46(4,8)	751(79,1)
27. Alguma regra na instituição de saúde foi flexibilizada pelo enfermeiro em seu benefício?	714(75,2)	50(5,3)	104(10,9)	15(1,6)	67(7,1)
28. Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?	44(4,6)	5(0,5)	56(5,9)	32(3,4)	813(85,6)
29. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	432(45,5)	21(2,2)	143(15,1)	40(4,2)	314(33,1)

Itens	Nunca	Pelo menos uma vez	Algumas vezes	A grande maioria das vezes	Sempre
30. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	36(3,8)	6(0,6)	50(5,3)	22(2,3)	836(88,0)
31. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	143(15,1)	10(1,1)	134(14,1)	38(4,0)	625(65,8)
32. Há respeito na relação de vocês?	37(3,9)	4(0,4)	5(0,5)	5(0,5)	899(94,6)
33. Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?	927(97,6)	8(0,8)	4(0,4)	0(0,0)	11(1,2)
34. Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?	935(98,4)	9(0,9)	4(0,4)	0(0,0)	2(0,2)
35. O enfermeiro já utilizou tom de voz agressivo durante o seu atendimento?	862(90,7)	33(3,5)	49(5,2)	2(0,2)	4(0,4)
36. Você já utilizou tom de voz agressivo com o enfermeiro?	900(94,7)	17(1,8)	28(2,9)	1(0,1)	4(0,47)
37. É fácil você se irritar com o enfermeiro?	845(88,9)	30(3,2)	55(5,8)	4(0,4)	16(1,7)
38. Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	804(84,6)	29(3,1)	56(5,9)	11(1,2)	50(5,3)
39. O enfermeiro respeita suas crenças?	79(8,3)	4(0,4)	7(0,7)	7(0,7)	953(89,8)
40. Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	845(88,9)	30(3,2)	55(5,8)	4(0,4)	16(1,7)
41. Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?	864(90,9)	15(1,6)	58(6,1)	6(0,6)	7(0,7)
42. Sobre o toque do enfermeiro em você:					
Ele não me toca	103(10,8)				
Quando ele me toca eu fico tenso	72(7,6)				
Quando ele me toca eu fico pouco tranquilo	92(9,7)				
Quando ele me toca eu fico tranquilo	446(46,9)				
Quando ele me toca eu fico muito tranquilo	237(24,9)				
43. Sobre as anotações (orientações escritas ou receitas) que o enfermeiro fez para você?					
Não tenho acesso	459(48,3)				
Tenho acesso, mas não entendo o que está escrito	68(7,2)				
Tenho acesso algumas vezes entendo o que está escrito	121(12,7)				
Tenho acesso, sempre entendo o que está escrito	302(31,8)				
44. Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende:					
Não toca neste assunto	424(44,6)				
Poucas vezes conversamos sobre a minha família	281(29,6)				
A grande maioria das vezes conversamos sobre minha família	109(11,5)				
Em todos os encontros conversamos sobre minha família	136(14,3)				

Fonte: Autor.

A observação da tabela 9 demonstra a necessidade de recategorização das categorias dos itens, pois, algumas categorias apresentaram baixas frequências de respostas. Além disso, ao testar o instrumento na TRI com as cinco categorias de respostas não obteve-se convergência do modelo, confirmando a necessidade de recategorização. Para este procedimento utilizou-se o esquema da tabela 10.

Tabela 10 - Esquema para recategorização dos itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Categoria original	Recategorizações		
	4 cat	3 cat	2 cat
1-Nunca	1-Nunca	1-Nunca	1-Nunca
2-Pelo menos uma vez			
3-Algumas vezes	2-Algumas vezes	2-Algumas vezes	2-Sempre
4-A grande maioria das vezes	3-A grande maioria...		
5-Sempre	4-Sempre	3-Sempre	

Fonte: Autor.

As categorias “pelo menos uma vez” e “algumas vezes” foram unidas em todos os itens por definição conceitual. As categorias “a grande maioria das vezes” e “sempre” foram unidas por necessidade empírica do item, ou seja, caso o item apresentasse poucos respondentes em uma dessas categorias, impedindo boa estimativa dos parâmetros da TRI, elas eram agrupadas. Já a união das categorias “algumas vezes”, “a grande maioria das vezes” e “sempre” foi realizada por necessidade empírica nos itens que apresentaram baixíssimas frequências nelas necessitando de dicotomização.

Com a recategorização, o QRIC passou a ter uma escala adjetival que vai de um a quatro possibilidades de resposta. Este procedimento permitiu a testagem do instrumento no Modelo de Resposta Gradual de Samejima, buscando a melhor forma de representação dos dados pela TRI.

5.6.3 Análise da Confiabilidade

A confiabilidade do QRIC foi realizada por meio da análise de consistência interna de seus itens pelo Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald. A confiabilidade aqui verificada foi definida em termos de acurácia e demonstra o grau com que os itens do instrumento medem o mesmo construto. Desse modo, os itens do instrumento devem estar positivamente relacionados uns com os outros, uma vez que medem o mesmo fenômeno. A Tabela 11 apresenta os resultados da confiabilidade.

Tabela 11 - Consistência interna do Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Itens	Alfa*	CPB
1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	0,85	0,48
2. Você percebe carinho quando está recebendo cuidados do enfermeiro?	0,85	0,55
3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?	0,85	0,50
4. O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?	0,86	0,37
5. Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?	0,86	0,40
6. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?	0,85	0,63
7. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro trás bons resultados para você?	0,85	0,59
8. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	0,86	0,36
9. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	0,86	0,40
10. No atendimento o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	0,85	0,49
11. Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?	0,86	0,40
12. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	0,85	0,53
13. Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?	0,86	0,16
14. O enfermeiro escuta você falar?	0,85	0,48
15. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	0,85	0,55
16. Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	0,85	0,52
17. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?	0,85	0,40
18. Quando você está conversando com o enfermeiro ele fica atento ao que você fala?	0,85	0,58
19. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	0,85	0,53
20. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes?	0,85	0,56
21. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	0,85	0,46

*Alfa de Cronbach se item excluído; (CPB) Correlação Ponto-Bisserial.

...Continua

Itens	Alfa*	CPB
22. Na realização de procedimentos o enfermeiro solicita a sua autorização?	0,86	0,35
23. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	0,86	0,22
24. Você sente que recebe um cuidado individualizado?	0,86	0,37
25. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	0,86	0,33
26. Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	0,85	0,53
27. Alguma regra na instituição de saúde foi flexibilizada pelo enfermeiro em seu benefício?	0,86	0,17
28. Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?	0,86	0,51
29. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	0,86	0,21
30. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	0,86	0,54
31. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	0,85	0,58
32. Há respeito na relação de vocês?	0,86	0,05
33. Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?	0,86	-0,05
34. Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?	0,86	-0,06
35. O enfermeiro já utilizou tom de voz agressivo durante o seu atendimento?	0,86	-0,20
36. Você já utilizou tom de voz agressivo com o enfermeiro?	0,86	-0,09
37. É fácil você se irritar com o enfermeiro?	0,86	-0,19
38. Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	0,86	-0,26
39. O enfermeiro respeita suas crenças?	0,86	0,10
40. Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	0,86	-0,09
41. Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?	0,86	0,13
42. Sobre o toque do enfermeiro em você (...)	0,86	0,27
43. Sobre as anotações (orientações escritas ou receitas) que o enfermeiro fez para você (...)	0,87	0,12
44. Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende (...)	0,86	0,29
Alfa de Cronbach do instrumento	0,86	
Ômega de McDonald do Instrumento	0,90	

*Alfa de Cronbach se item excluído; (CPB) Correlação Ponto-Bisserial.

Fonte: Autor.

Os resultados deste estudo mostram que o instrumento com 44 itens apresentou alfa de Cronbach de 0,86 e Ômega de McDonald de 0,90 (tabela 11), indicando uma adequada consistência interna. No entanto, na mesma tabela observam-se que os resultados do Alfa apresentam melhora com a exclusão de cada um dos itens, o que indicando que com a retirada de itens a consistência interna poderá melhorar mais. Neste sentido, ao observar os resultados da correlação ponto-bisserial identificam-se itens com correlação abaixo de 0,20 ou mesmo negativos.

A correlação ponto-bisserial avalia o quanto um item contribui para a diferenciação dos sujeitos, expressando a correlação entre o item e o escore do teste. Uma alta correlação indica que o item contribui para aumentar a variância dos escores ajudando na discriminação entre os sujeitos. A baixa correlação dá indícios de que estes itens podem não fazer parte do traço latente estudado ou mesmo pertencer a outra dimensão do traço latente.

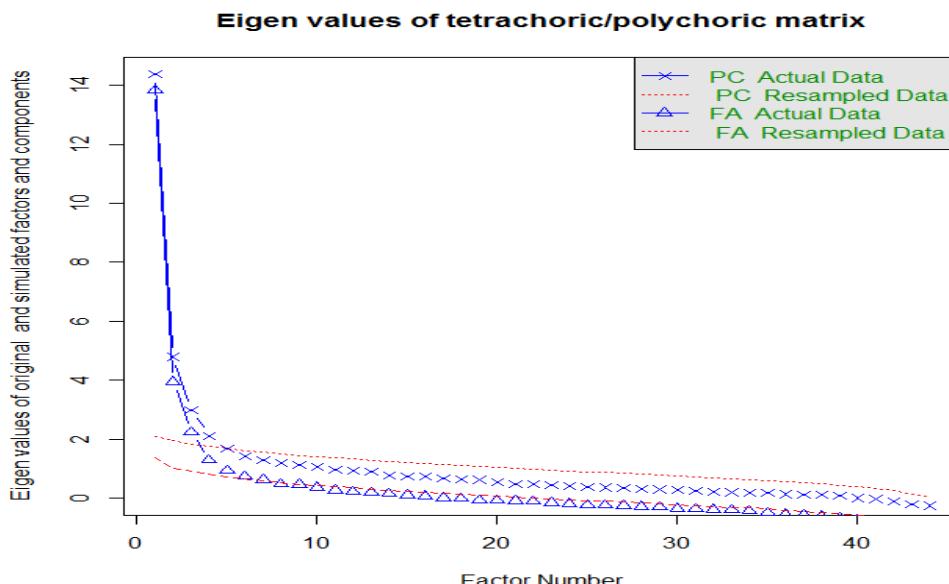
É interessante observar que os itens 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41 e 43 formaram um agrupamento de itens, suscitando pertencerem a outra dimensão do traço latente. Assim, mesmo com os resultados da correlação ponto-bisserial baixos, decidiu-se mantê-los no questionário e levá-los para análise pela TRI, explorando melhor o comportamento destes itens.

5.6.4 Análise da dimensionalidade

O estudo da dimensionalidade via análise de componentes principais sobre a matriz de correlação policórica demonstrou uma dimensão dominante, explicando 31,5% da variância das respostas dos itens, demonstrado na Figura 8 (o ponto mais ao alto na Figura 8). A presença de uma dimensão dominante indica dimensionalidade essencial, condição necessária para se construir uma escala unidimensional baseada na TRI.

A presença de outros marcadores “x” acima da linha pontilhada, referente à análise paralela, sugere a presença de mais três fatores com baixo poder de explicação da variância do QRIC, sendo o segundo explicando 8,9%, o terceiro 5,0% e o quarto fator com 2,0% de variância explicada.

Figura 8 - *Scree plot* da Análise de Componentes Principais com análise paralela em matriz de correlação policórica. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



(Fonte: Autor.)

Buscando compreender a estrutura do QRIC e observando que o terceiro e o quarto fatores apontados no *scree plot* apresentaram baixas variâncias, foi formulado um modelo com duas dimensões. Assim, em busca de confirmar o modelo com duas dimensões foi realizada Análise Fatorial Confirmatória. Na Tabela 13 é possível observar os índices de ajuste e na Figura 9 o diagrama de caminhos apresenta a estrutura do modelo, demonstrando a validade de construto.

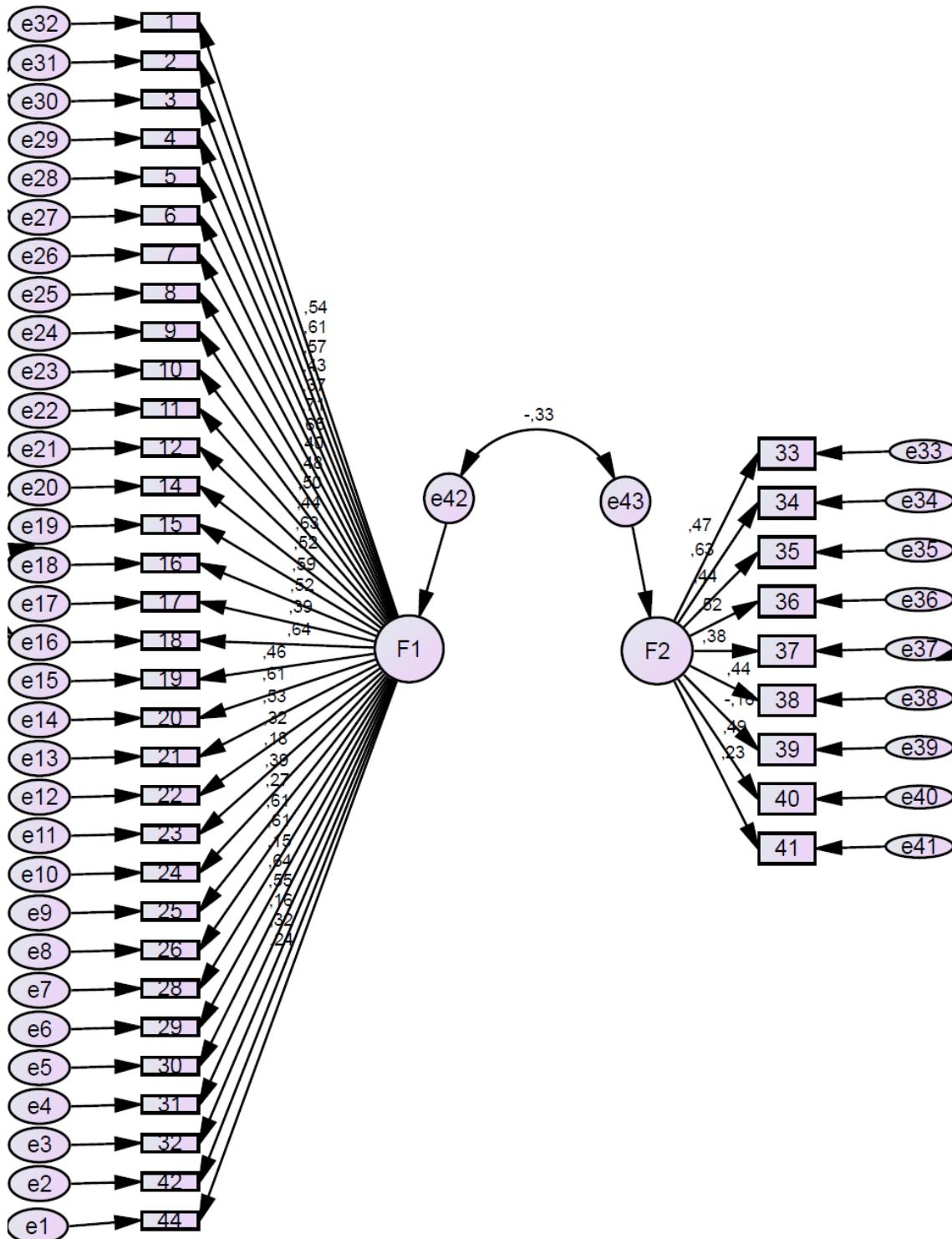
Tabela 12 - Índices de ajuste da Análise Fatorial Confirmatória do modelo com duas dimensões. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Índices	Resultado	Valor de referência (HAIR JR, 2005)
GFI (<i>Goodness of Fit Index</i>)	0,963	>0,90
AGFI (<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i>)	0,956	>0,90
NFI (<i>Normed Fit Index</i>)	0,933	>0,90
TLI (<i>Lucker-Lewis Index</i>)	0,947	>0,90
CFI (<i>Comparative Fit Index</i>)	0,949	>0,90
RMSEA (<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>)	0,055	0,05 a 0,08

Fonte: Autor.

Os resultados da Analise Fatorial Confirmatória do instrumento permitiu compreender o fenômeno estudado e demarcar a sua estrutura, organizando os itens a partir do que eles realmente representam. A figura 9 apresenta o modelo fatorial com 41 itens, pois os itens 13, 27 e 43 não vincularam-se às dimensões analisadas.

Figura 9 - Resultado da Análise Fatorial Confirmatória para o modelo inicialmente hipotetizado. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



Fonte: Autor.

A Figura 9 demonstra como os itens se organizaram nas duas dimensões. O fator 1, que alberga a grande maioria dos itens, representa a face positiva da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Os itens deste fator foram derivados dos conceitos de interação, comunicação, transação e papel. Enquanto o Fator 2 é composto por itens de conotação negativa na relação interpessoal derivados do conceito de estresse. Pode-se verificar no modelo a ausência dos itens 13, 27 e 43. Estes itens demonstraram não fazer parte do traço latente, com baixas cargas fatoriais em ambos os fatores, além de suas presenças prejudicarem as estimativas do modelo. Houve a tentativa de reversão desses itens, trocando o sinal de negativo para positivo e mesmo assim o erro se repetiu. Assim, estes itens foram retirados do modelo fatorial.

Assim, formulou-se um modelo com dois fatores, condizente com a teoria e com os dados empíricos. Este modelo foi analisado via Análise Fatorial Confirmatória demonstrando a adequação dos itens em uma estrutura bidimensional, com um fator representando o lado positivo do traço latente e o outro fator, com nove itens, representando o lado negativo da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. As estimativas de ajuste demonstraram excelentes indicadores de adequação do modelo.

No entanto, para realizar a estimação dos parâmetros da TRI, apesar de ajustado o modelo bidimensional, obteve-se na análise paralela uma variância explicada pelo primeiro fator de 31,5%. Desse modo, como um dos objetivos do estudo é a criação de uma escala de medição unidimensional, apesar de ajustado o modelo com duas dimensões, observando-se que a variância explicada pelo primeiro fator foi superior a 20% na análise paralela (Figura 8) e considerando privilegiar o princípio da parcimônia, justifica-se a utilização do Modelo de Resposta Gradual (MRG) unidimensional.

5.6.5 Estimação dos parâmetros dos itens

O instrumento inicial com 44 itens foi recategorizado, conforme apresentado anteriormente. Este foi submetido ao processo de calibração em busca de obtenção dos parâmetros da TRI. Foram realizadas cinco calibrações até a definição do modelo final. Esta fase foi realizada no Software MULTILOG, para que fossem observadas as estimativas dos erros padrão dos parâmetros, como forma de subsidiar as decisões de retirada ou exclusão de itens.

A primeira tentativa foi realizada com todos os itens do QRIC. O modelo não obteve convergência do algoritmo. Os resultados mostraram um agrupamento de itens

com erros padrões estourados (itens 33 ao item 41) que poderiam estar impedindo a convergência do algoritmo, e, atrapalhando a precisão dos parâmetros de outros itens com erros elevados nas estimativas (itens: 13, 27, 32 e 43). O comportamento desses quatro itens poderia estar sofrendo influência dos itens 33 ao 41 ou mesmo não pertencer ao traço latente.

A segunda tentativa de calibração foi realizada com 35 itens, retirando-se os itens 33 ao item 41. O modelo apresentou convergência do algoritmo, confirmando que os itens 33 ao item 41 estavam impedindo a calibração. No entanto, os itens 13, 27 e 43, que haviam demonstrado problema anteriormente, apresentaram baixos índices de discriminação associados a altos erros padrões indicando não fazerem parte do traço latente estudado. Estes itens foram eliminados do instrumento.

A terceira tentativa foi realizada com 32 itens, obtendo-se a convergência. No entanto, o item 32 apresentou alto erro padrão associado ao parâmetro de dificuldade do item ($b = -5,92$; EP=2,03). Este item foi retirado do QRIC.

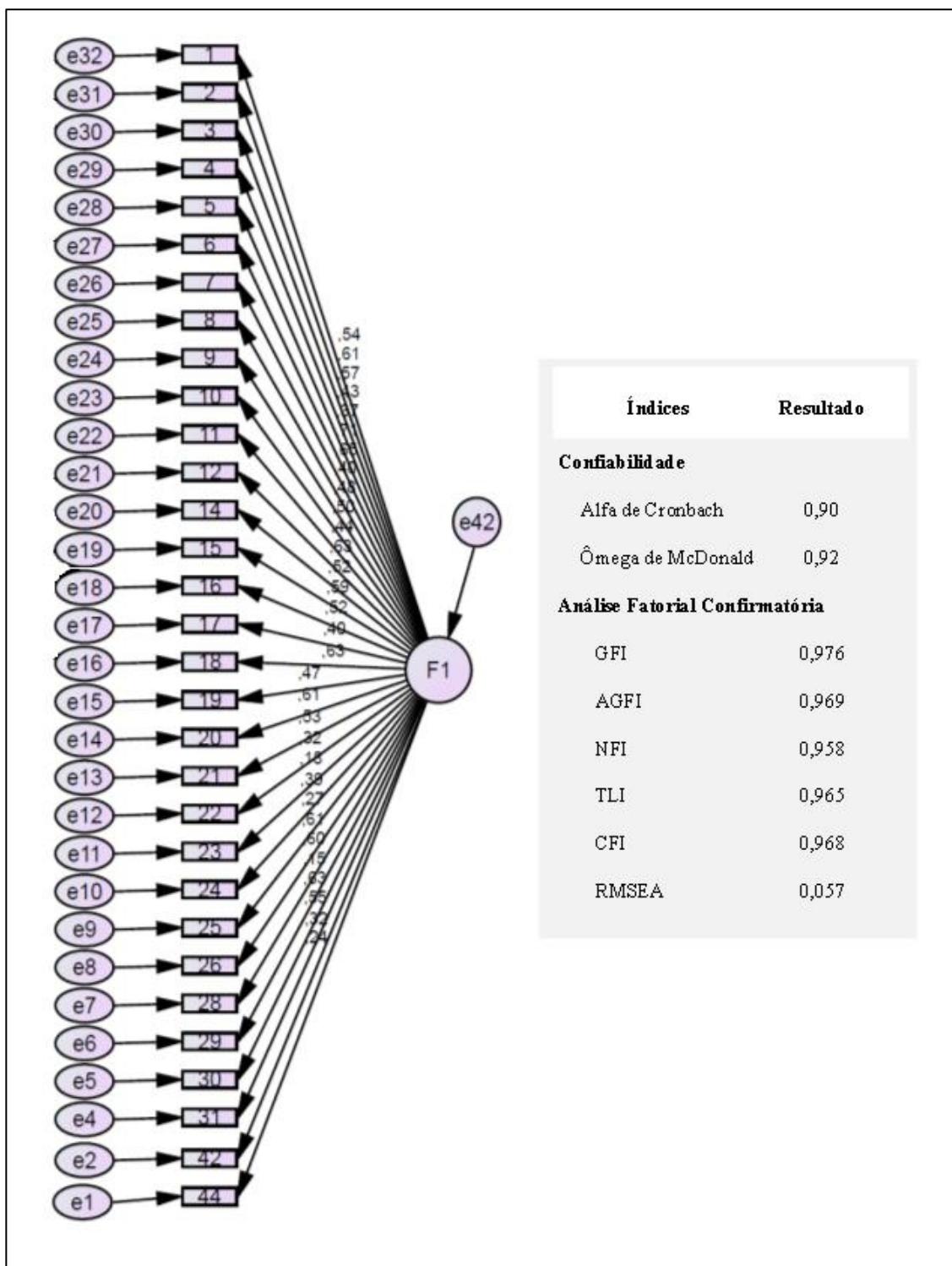
A quarta tentativa de calibração foi realizada com 31 itens. Nesta, os parâmetros de todos os itens apresentaram erros padrão baixos, indicando uma boa modelagem pela TRI. Uma quinta calibração foi necessária com os 31 itens, pois, no processo de ancoragem de alguns itens houve sobreposição de nível em virtude, da proximidade dos parâmetros de dificuldade (b). Assim, os itens 02, 10, 12, 19, 22, 24, 28, 30 e 31 foram recategorizados, ficando com três categorias de resposta (tabela 10).

Por fim, utilizou-se o pacote Mirt do software R para estimar os parâmetros do modelo com 31 itens, obtendo-se convergência após 40 ciclos (APÊNDICE J). A Figura 10 apresenta a estrutura final do QRIC, após a eliminação dos itens. Assim, após a retirada dos 13 itens a confiabilidade foi novamente testada e observou-se melhoria no alfa de Cronbach, que saiu de 0,86 para 0,90 e o Ômega de McDonald saiu de 0,90 para 0,92. Este resultado demonstra que a confiabilidade do instrumento com 44 itens não estava sofrendo influências do número de itens, uma vez que a eliminação de um terço deles melhorou a estimativa do coeficiente, demonstrando maior coerência entre os itens. Por sua vez, o resultado do ômega demonstra que a violação da Tau equivalência era de pouca magnitude, uma vez que a retirada de itens aumentou em apenas 0,2 pontos este índice. Assim, para o instrumento final, os dois coeficientes, alfa e ômega, podem ser utilizados para a representar a confiabilidade do QRIC.

Considerando a adequação dos parâmetros, conforme os critérios estabelecidos na TRI como adequados (parâmetro de discriminação (a) $\geq 0,6$ e parâmetro de dificuldade ou posicionamento (b) não muito além de -5 a +5), as estimativas dos parâmetros dos itens são mostradas na tabela 16 , na qual são apresentados os 30 itens do instrumento final e os parâmetros a e b_2 , b_3 e b_4 para a categoria 2, 3 e 4 da escala adjetival.

Para a determinação inicial dos parâmetros, assume-se que os dados seguem distribuição normal, com $\mu = 0$ e $s = 1$, ou seja, escala (0,1). A tabela 14 apresenta as estimativas dos parâmetros dos itens.

Figura 10 - Estrutura final do Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



GFI (Goodness of Fit Index); AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index); NFI (Normed Fit Index); TLI (Lucker-Lewis Index); CFI (Comparative Fit Index); RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation).

Fonte: Autor.

Tabela 13 - Estimativa dos parâmetros dos itens do instrumento de avaliação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Itens	a	b2	b3	b4
1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	1,62	-2,68	-1,58	-1,33
2. Você percebe carinho quando está recebendo cuidados do enfermeiro?	2,00	-2,66	-1,22	
3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?	1,68	-2,35	-1,48	-1,26
4. O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?	1,21	-2,75	-2,18	-1,97
5. Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?	1,02	-1,01	0,43	0,82
6. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?	2,59	-2,18	-1,24	-1,03
7. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro traz bons resultados para você?	2,15	-2,37	-1,43	-1,19
8. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	1,09	-5,23	-2,31	-1,94
9. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	1,33	-3,87	-2,69	-2,12
10. No atendimento o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	1,35	-2,15	-1,37	
11. Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?	1,23	-3,63	-2,06	-1,65
12. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	2,08	-2,49	-1,53	
14. O enfermeiro escuta você falar?	1,74	-3,10	-1,90	-1,63
15. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	2,11	-2,61	-1,37	-1,15
16. Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	1,55	-2,40	-0,86	-0,69
17. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?	1,19	-2,38	-1,48	-1,27
18. Quando você está conversando com o enfermeiro ele fica atento ao que você fala?	2,36	-2,69	-1,38	-1,21
19. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	1,42	-0,81	-0,24	
20. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes?	1,86	-2,18	-1,25	-1,00
21. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	1,34	-2,68	-1,19	-0,88
22. Na realização de procedimentos o enfermeiro solicita a sua autorização?	0,93	-0,54	-0,29	
23. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	0,56	2,29	3,72	3,85
24. Você sente que recebe um cuidado individualizado?	0,91	-1,46	-0,99	
25. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	0,64	-0,22	1,30	1,66
26. Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	1,71	-2,08	-1,40	-1,13
28. Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?	1,96	-2,34	-1,65	
29. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	0,37	-0,54	1,43	1,96
30. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	2,28	-2,34	-1,65	
31. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	1,62	-1,52	-0,76	
42. Sobre o toque do enfermeiro em você:	0,76	-3,10	-2,20	
44. Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende:	0,51	-0,47	2,17	3,68

Fonte: Autor.

Os itens que melhor discriminam os pacientes quanto à efetividade da relação interpessoal com o enfermeiro foram 06, 07, 18 e 30, que têm o parâmetro de discriminação, a , mais elevado. Outros itens apresentaram valores de a próximos à referência adotada ($a \geq 0,6$), como é o caso dos itens: 22 ($a= 0,89$), 24 ($a= 0,93$), 25 ($a=0,61$) e 42 ($a=0,76$). Os demais itens apresentaram discriminação acima de 1,0 e abaixo de 2,15.

Observa-se que os itens 23 ($a=0,56$), 29 ($a=0,37$) e 44 ($a=0,51$) ficaram abaixo do critério adotado, indicando serem itens com pouca discriminação. Estes itens já haviam demonstrado fragilidade na análise da dimensionalidade. Entretanto, considerando que tais itens não atrapalharam o processo de calibração do modelo, optou-se por mantê-los no instrumento, mas foram excluídos da interpretação da escala.

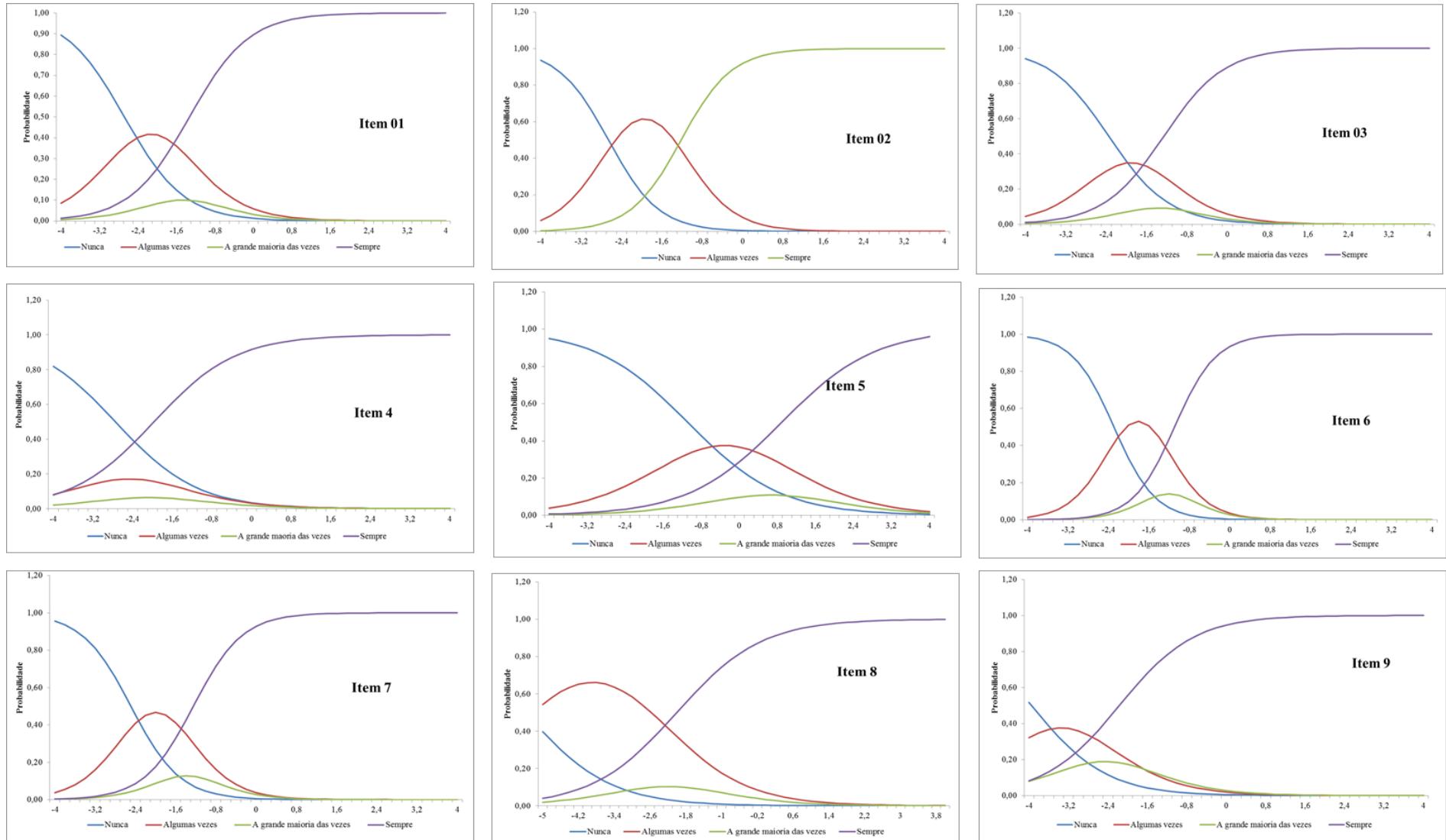
Em relação à dificuldade do item, sua medida se dá pelo parâmetro b , que indica a posição na escala em que o item tem maior informação. Quanto maior for o valor deste parâmetro, maior a dificuldade deste item. Assim, ao atingir os itens com maior valor de b , o paciente terá uma relação interpessoal no cuidado de enfermagem mais efetiva. Observa-se que quase todos os itens possuem valores de b negativos. Isso decorre do fato de que estes itens tiveram maior quantidade de respostas nas categorias superiores, indicando a facilidade da realização dos comportamentos avaliados pela amostra.

Considerando os itens com discriminação acima do valor de referência adotado, apenas um item apresentou parâmetro b positivo: o item 25 com $b_2=1,30$ e $b_3=1,66$. Este resultado demonstra que os itens do instrumento são fáceis para toda a amostra em que foi calibrado, fato que condiz com o traço latente estudado, em que os comportamentos avaliados integram o cotidiano do enfermeiro e do paciente, no âmbito do processo de cuidar.

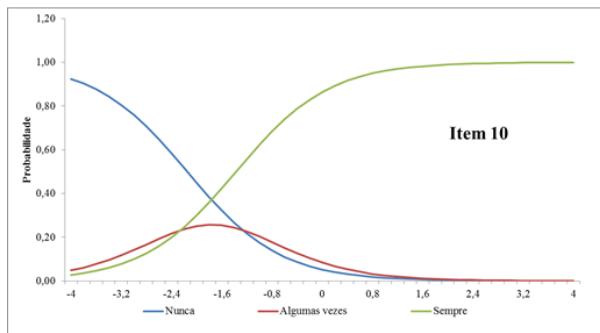
5.6.6 Curva Característica e Curvas de Informação dos itens

O resultado do ajuste do modelo pode ser visto pelas Curvas Características dos Itens (CCI), figura 11, as quais apresentam toda a informação relevante proveniente do modelo. A CCI relaciona o traço latente dos indivíduos com a probabilidade destes escolherem a cada categoria de resposta dos itens. Ou seja, é um gráfico no qual o eixo das abscissas está a habilidade e no eixo das ordenadas, a probabilidade de acerto.

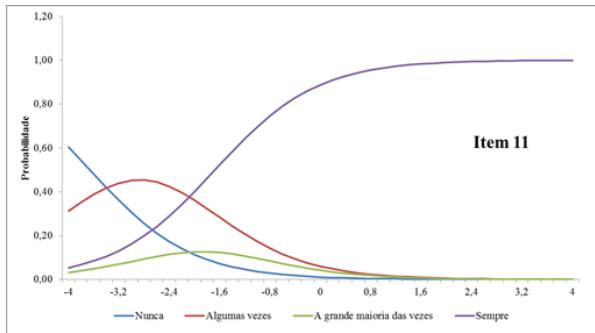
Figura 11 - Curvas Características dos Itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



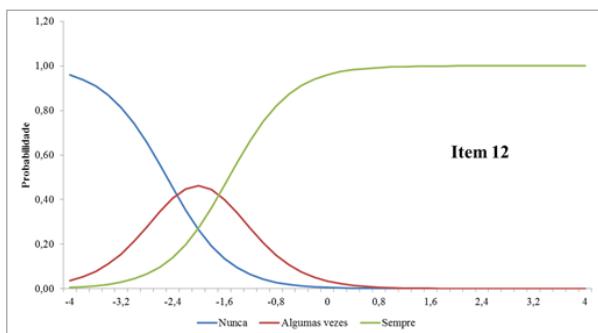
... Continuação



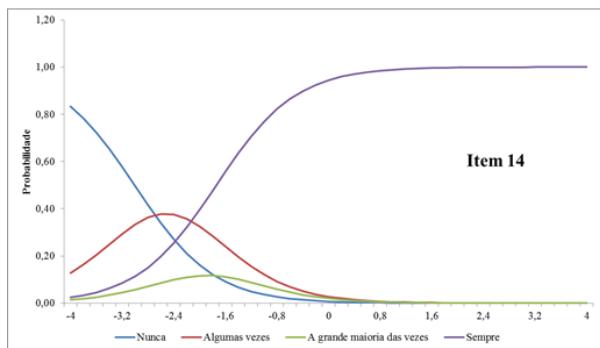
Item 10



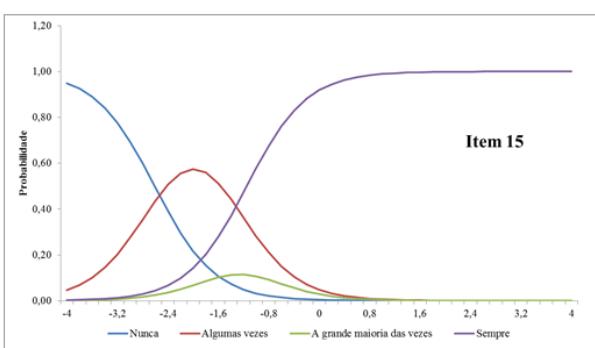
Item 11



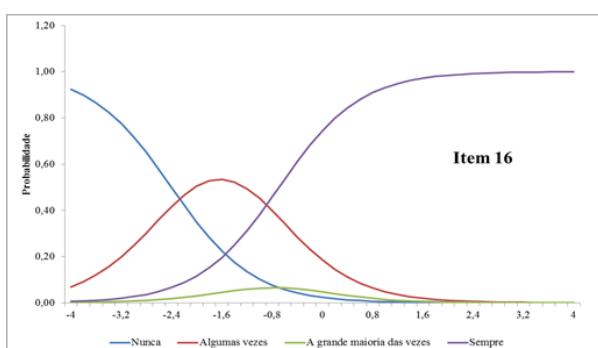
Item 12



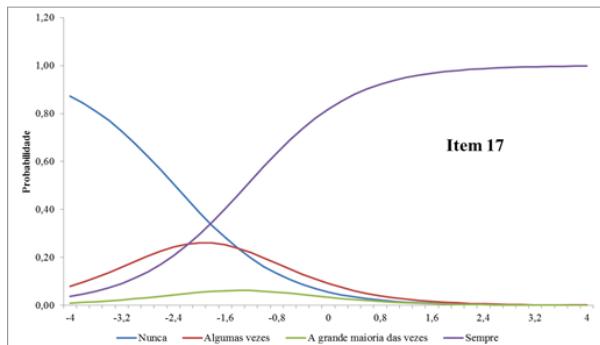
Item 14



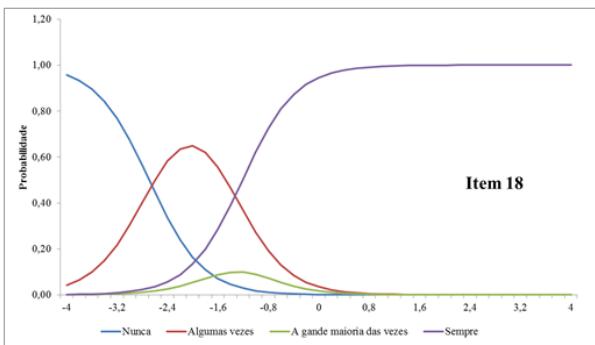
Item 15



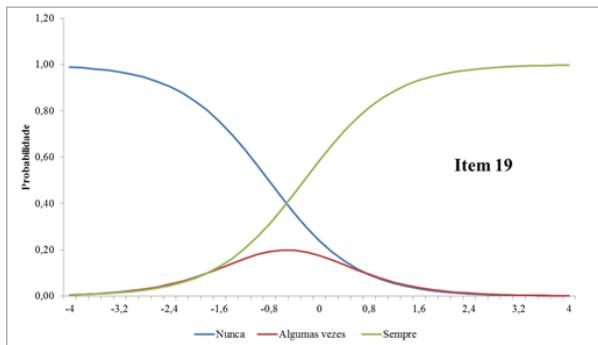
Item 16



Item 17

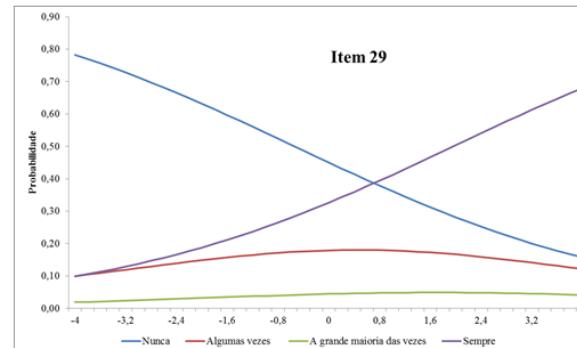
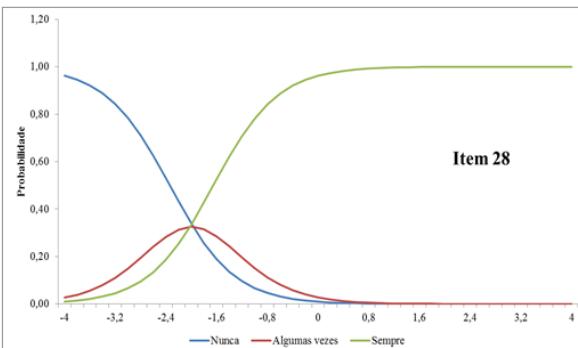
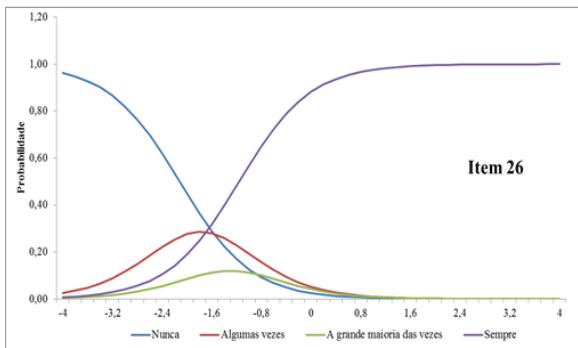
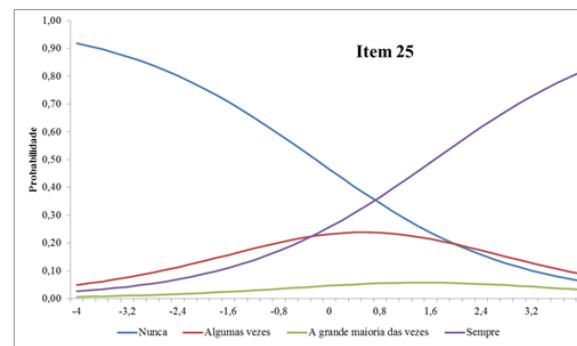
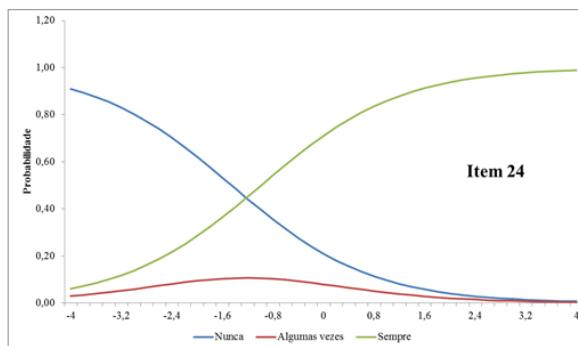
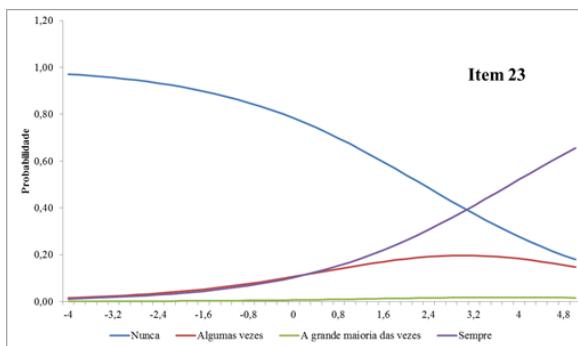
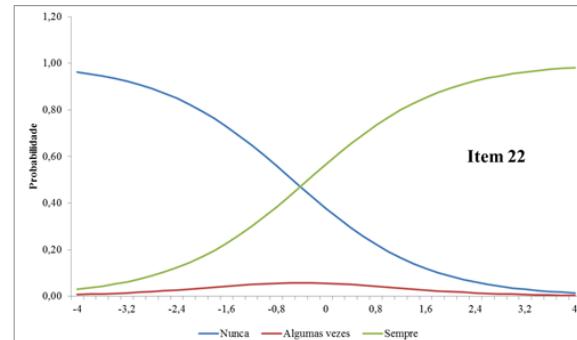
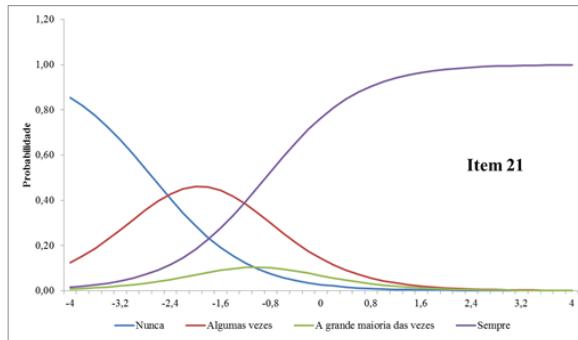
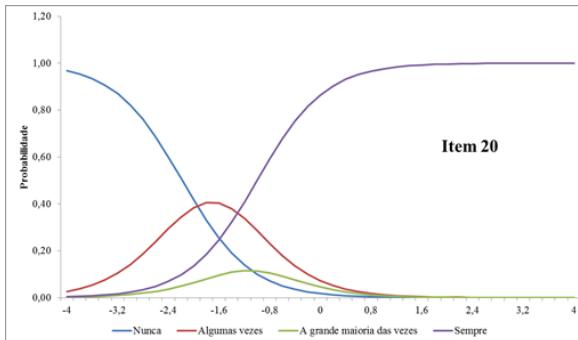


Item 18

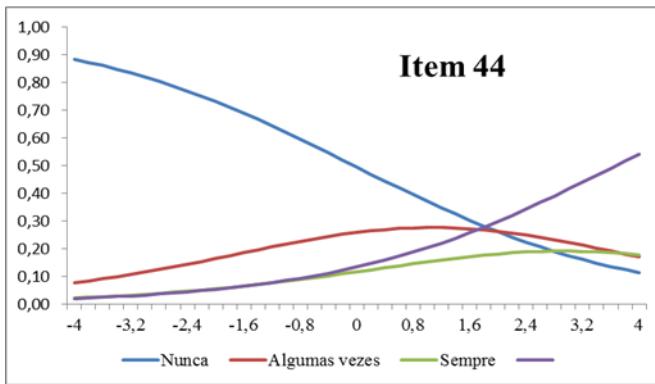
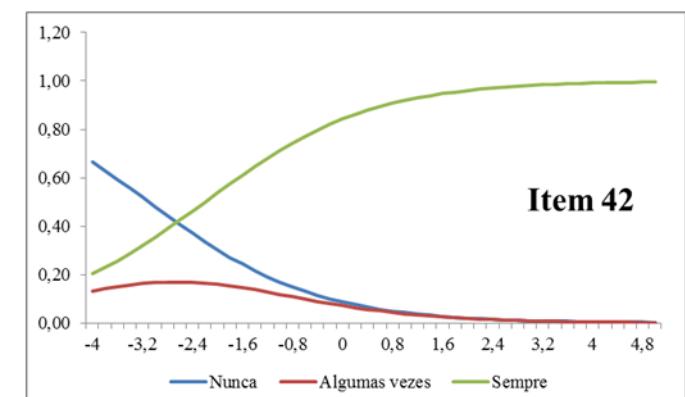
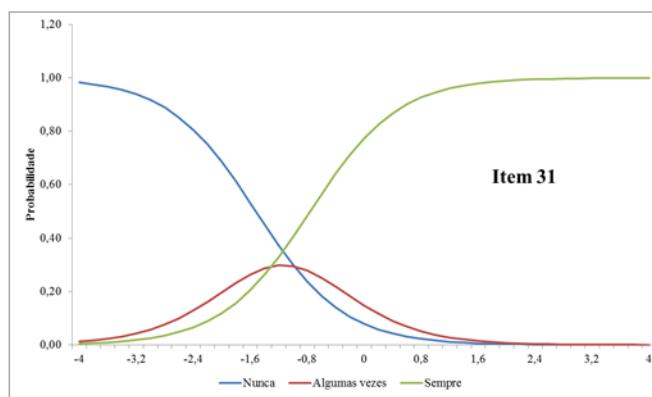
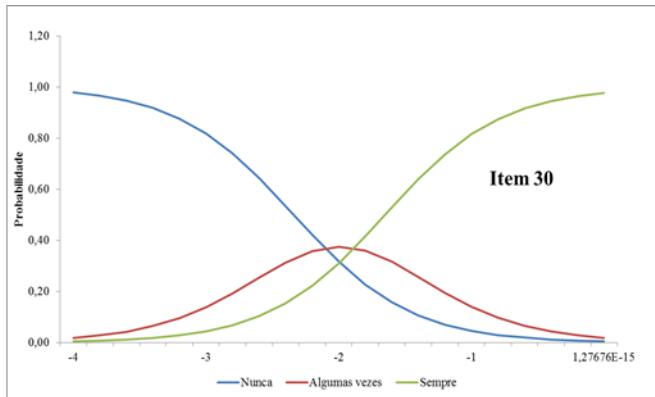


Item 19

... Continuação



...Continuação



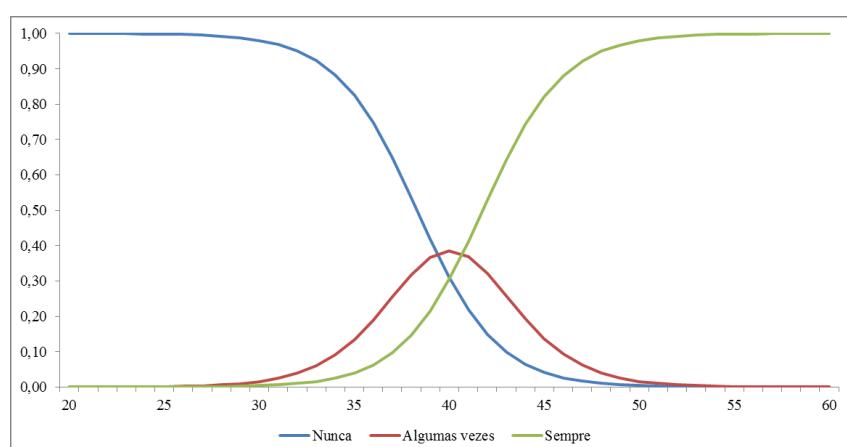
Fonte: Autor.

Analisando as CCI dos itens, observa-se que aqueles itens com curvas mais achatadas são os que possuem parâmetros de discriminação mais baixos (itens 23, 25, 29, 42 e 44) enquanto os outros possuem curvas mais acentuadas. Observa-se, ainda, que alguns itens que ficaram com quatro categorias de resposta apresentaram uma das categorias intermediárias (item 01, categoria “a grande maioria das vezes”; item 06, “pelo menos uma vez”) sobrepondo-se a outra categoria. Este resultado é derivado de categorias com poucos respondentes. Apesar disso, foi possível o posicionamento dessas categorias na escala sem sobreposição na ancoragem.

Fazendo-se uma leitura da CCI do item 30 – “Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza em você?”, que possui alta discriminação, pode-se inferir que pacientes com nível de relação interpessoal no cuidado de enfermagem menor que -2,34 pontos na escala são mais prováveis de escolher a categoria “nunca”. Já uma pessoa com nível de relação interpessoal no cuidado acima de -1,65, provavelmente escolherá a categoria “sempre”.

Objetivando melhorar a compreensão da escala, após o processo de estimação dos parâmetros dos itens, eles sofreram transformação linear, mudando a escala padrão (média zero e desvio padrão um), para uma escala com média 50 e desvio padrão 5, ou seja, escala (50, 5). A transformação não implica alterações de valores, apenas proporcionará melhor entendimento e interpretação da escala. É feita de forma a manter a mesma relação de ordem existente entre os seus pontos. Assim, com os parâmetros transformados, o item 30 teria a CCI apresentada na figura 12.

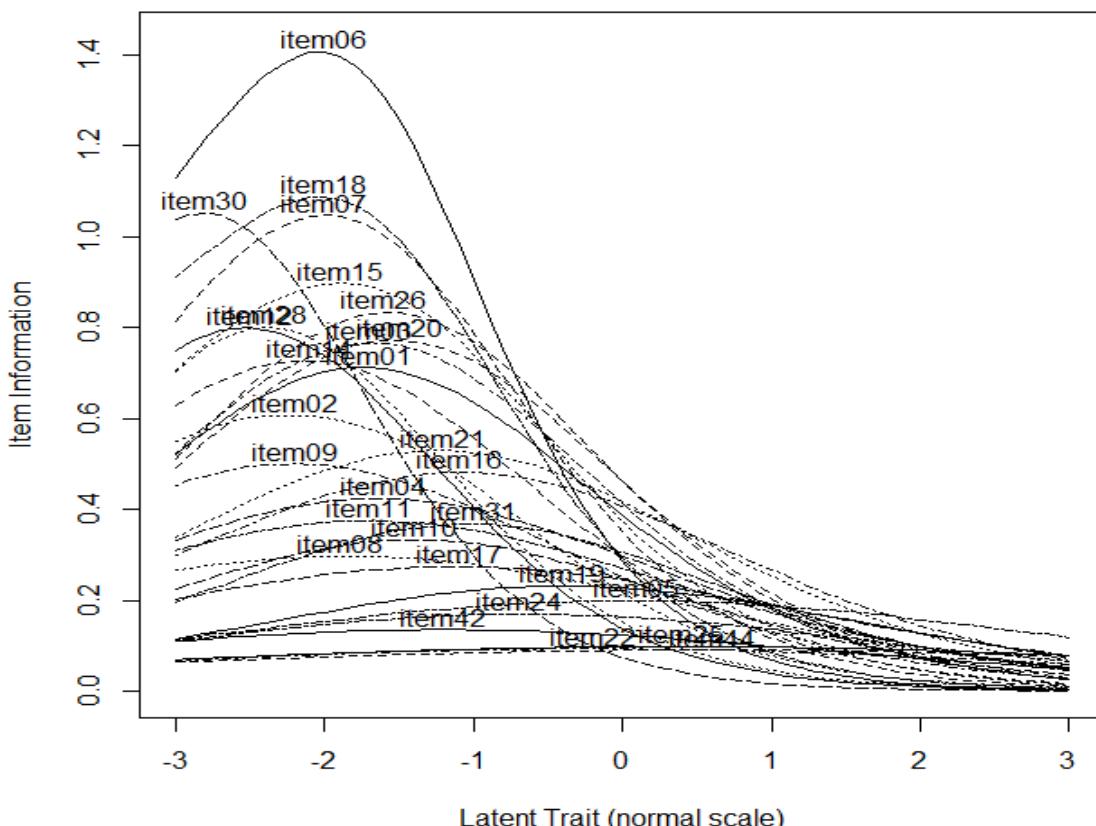
Figura 12 - Curva Característica do Item 30. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



(Fonte: Autor).

Assim, um paciente com nível de relação interpessoal no cuidado de enfermagem menor que 38,3 pontos na escala tem maior probabilidade de endossar a categoria “nunca”. Já uma pessoa com nível de relação interpessoal no cuidado acima de 41,75 , provavelmente irá escolher a categoria “sempre”.

Figura 13 - Curvas de Informação dos Itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

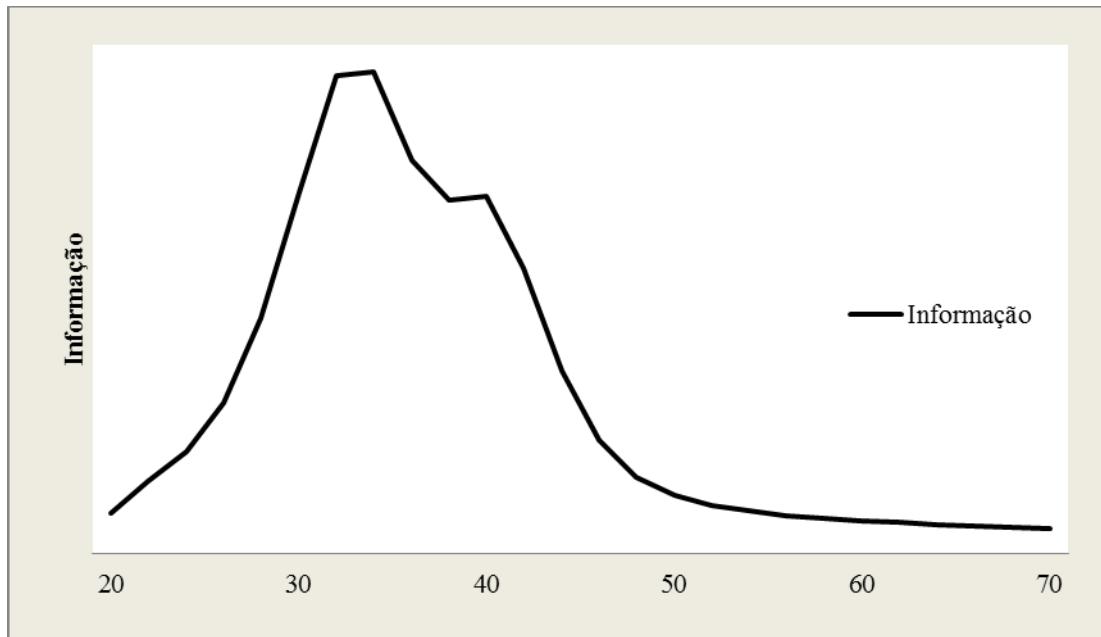


Fonte: Autor.

Observa-se na figura 13 que a maior quantidade de informação está no polo negativo da escala. Os itens 06, 18, 07 e 30 são os que contribuem com maior informação na medida da escala. O somatório da informação de todos os itens constitui a Função de Informação do Teste (FIT), apresentada na figura 14.

A Figura 14 apresenta a FIT na escala transformada (50,5), a qual demonstra que o instrumento tem maior informação (curva mais alta) no intervalo de 25 a 45 pontos. Isto significa que ele é mais adequado para medir o nível de relação interpessoal no cuidado de enfermagem em pacientes que estão neste intervalo. Demonstra assim, que o instrumento é mais indicado para medir a baixa efetividade na relação interpessoal.

Figura 14 - Função de Informação do Teste (FIT) do Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.



(Fonte: Autor).

Este resultado se deu pela ausência de itens com parâmetros b positivos. Logo, para melhorar a estimativa do traço latente em níveis superiores é necessária a elaboração e validação de novos itens cujos parâmetros a discriminem bem os pacientes e os parâmetros b sejam positivos.

5.6.7 Construção da escala

Como demonstrado anteriormente, os valores dos parâmetros dos itens foram transformados, utilizando média 50 e desvio padrão 5, ou seja, escala (50,5), com o intuito de melhorar a compreensão dos resultados gerados pelo instrumento. O apêndice K apresenta as probabilidades de resposta às diferentes categorias dos itens, em diferentes níveis da escala. Participaram da composição da escala 28 itens, excetuando os três com discriminação muito baixa.

A tabela 16 apresenta o posicionamento dos itens na escala de relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Tabela 16 - Posicionamento dos itens e de suas categorias na Escala de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Níveis da Escala									
25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
I8b2	I9b2	I11b2	I1b2	I1b3	I5b2	I5b3	I5b4	I25b3	
		I14b2	I2b2	I2b3	I6b4	I19b3			
			I3b2	I3b3	I16b3	I22b3			
			I4b2	I4b3	I17b4	I25b2			
			I6b2	I6b3	I19b2				
			I7b2	I7b3	I20b4				
			I8b3	I10b3	I22b2				
			I9b3	I12b3	I21b4				
			I10b2	I14b3	I24b3				
			I11b3	I15b3	I26b4				
			I12b2	I17b3	I31b3				
			I15b2	I18b3					
			I16b2	I20b3					
			I17b2	I21b3					
			I18b2	I24b2					
			I20b2	I26b3					
			I21b2	I28b3					
			I26b2	I30b3					
			I28b2	I31b2					
			I30b2	I42b3					
			I42b2						

(I) item; (b2) categoria “algumas vezes”; (b3) categoria “a grande maioria das vezes”; (b4) categoria “sempre”.

Escala (Média=50; DP=5).

Fonte: Autor.

É possível perceber que as categorias dos itens concentraram-se entre os níveis 40 e 50 da escala e não houve posicionamento de categorias em níveis inferiores a 25 ou superiores a 65. Este acontecimento concentrou a interpretação da escala em cinco níveis crescentes. Cada nível apresenta o ganho de características que tornam a relação interpessoal no cuidado de enfermagem mais efetiva.

Do ponto de vista interpretativo, observa-se no quadro 22 a distribuição dos itens nos conceitos de Sistema Interpessoal posicionados nos níveis da escala. Cada item que representa os conceitos teóricos carrega uma informação para a interpretação do traço latente. Desse modo, a construção da interpretação da escala está baseada em 62 indicadores de relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Quadro 22 - Distribuição do número de indicadores envolvidos na interpretação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, de acordo com os conceitos teóricos do Sistema Interpessoal de Imogene King. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Conceitos	Níveis da Escala										Total
	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	
Interação	1	-	-	7	7	2	1	1	-	-	19
Comunicação	-	1	2	9	6	2	-	-	-	-	20
Transação	-	-	-	3	5	6	3	-	1	-	18
Papel	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	5
Estresse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Total	1	1	2	21	20	11	4	1	1	0	62

Fonte: Autor.

Assim, com base nos resultados, apresenta-se a escala de relação interpessoal no cuidado de enfermagem, descrita no quadro 23. O primeiro nível da escala é demarcado pelo entendimento da fala do enfermeiro durante o atendimento como o elo inicial, que dá suporte para que o processo de comunicação se estabeleça. No nível seguinte, de 30 a 39 pontos, a comunicação passa a ter via de mão dupla, estabelecendo-se o processo comunicativo. Em seguida, entre 40 e 49 pontos, tem-se a transação ganhando corpo a partir do reconhecimento da identidade do paciente pelo enfermeiro e a interação com o reconhecimento do respeito no cuidado.

No nível 50 a 59 há aprofundamento da relação interpessoal no cuidado quando na transação surge a percepção de um cuidado individualizado e na interação o sentimento de companheirismo entre o paciente e o enfermeiro. Em seguida, acima de 60 pontos, a relação interpessoal ultrapassa o limiar tênue da tensão de um discurso, essencialmente, voltado à situação de saúde do paciente com o relato de momentos divertidos. Com a quebra da tensão anteriormente comentada, o paciente apresenta

indícios de que restabelece a sua alteridade e passa a solicitar do enfermeiro autorização para a realização de qualquer tipo de cuidado, demarcando o nível superior da escala.

Quadro 23 - Escala de relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2016.

Nível	Descrição
<30	Muito baixa efetividade Os pacientes neste nível da escala compreenderam algumas vezes, a fala do enfermeiro durante o atendimento.
30 a 39	Baixa efetividade Os pacientes localizados neste nível percebem o início de um processo de comunicação efetivo, surgindo o elo de confiança na transmissão e recepção de mensagens. O processo de comunicação é marcado, algumas vezes, pela escuta à fala do paciente e compreensão da fala do paciente pelo enfermeiro.
40 a 49	Moderada efetividade Neste nível de relação interpessoal, o tempo de realização dos cuidados é, algumas vezes, avaliado como suficiente. A transação passa a ser mais efetiva com o enfermeiro chamando o paciente pelo seu nome ou como ele gosta de ser chamado. Há indícios do início da formação de vínculo terapêutico com a percepção de carinho recebido durante a realização dos cuidados. Além disso, os pacientes sentem que suas necessidades de cuidado, algumas vezes, foram satisfeitas pelo enfermeiro. Na comunicação, a compreensão das mensagens é melhorada a partir da confiança na fala um do outro e no desempenho da linguagem não verbal do enfermeiro. A transação é marcada pela compreensão do enfermeiro das necessidades que o tratamento impõe ao paciente com o estabelecimento de compromissos mútuos e o respeito às opiniões um do outro, além da confiança do paciente na avaliação clínica da situação de saúde e nos procedimentos realizados. No entanto, apesar deste nível de efetividade na relação interpessoal, o toque do enfermeiro causa tensão no paciente.
50 a 59	Alta efetividade Neste nível é demonstrada maior efetividade da relação interpessoal no cuidado de enfermagem com a intensificação das características citadas nos níveis anteriores. A interação é incrementada pelo surgimento esporádico de momentos divertidos durante os cuidados de enfermagem. Todo o processo de comunicação é demarcado pela interação face a face havendo alta efetividade da linguagem não verbal em todos os encontros. Na transação o paciente percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar para melhor entendê-lo, além de perceber que recebe um cuidado individualizado. A interação é marcada pelo sentimento de companheirismo do enfermeiro durante os cuidados. Além disso, o toque do enfermeiro é recebido com tranquilidade pelo paciente. Neste nível, para a realização de procedimento o enfermeiro solicita autorização.
≥60	Muito alta efetividade Neste nível há alta efetividade na relação interpessoal no cuidado de enfermagem, marcando a interação, comunicação, transação e o papel do enfermeiro e do paciente, incrementado por momentos divertidos em todos os encontros e no respeito ao outro, demonstrado pela solicitação de

autorização para a realização de qualquer procedimento pelo enfermeiro. É neste nível que surge o envolvimento da família do paciente no processo de cuidado.

Fonte: Autor.

O quadro 24 apresenta o questionário validado.

Quadro 24 - Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem.
Fortaleza- Ceará-Brasil, 2016.

Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem

Este questionário é um instrumento de aplicação individual com 31 questões que avalia a relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Não contém respostas corretas ou erradas, sendo mensurado a partir da sua opinião sincera e espontânea.

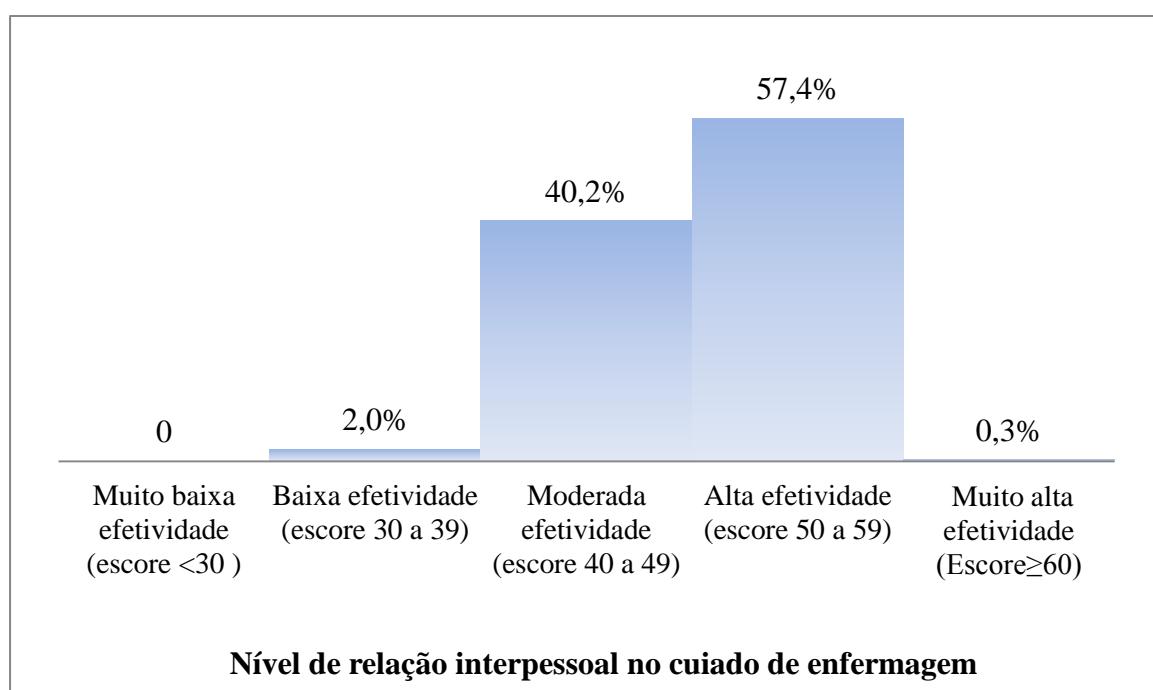
	1- Nunca	2- Algumas vezes	3- A grande maioria das vezes	4- Sempre.
1	O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?		1 2 3 4	
2	Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?		1 2 3 4	
3	O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?		1 2 3 4	
4	Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?		1 2 3 4	
5	Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?		1 2 3 4	
6	Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro traz bons resultados para você?		1 2 3 4	
7	Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?		1 2 3 4	
8	O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?		1 2 3 4	
9	Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?		1 2 3 4	
10	Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?		1 2 3 4	
11	Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?		1 2 3 4	
12	Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?		1 2 3 4	
13	Quando você está conversando com o enfermeiro ele fica atento ao que você fala?		1 2 3 4	
14	Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes?		1 2 3 4	
15	Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?		1 2 3 4	
16	Você confia os seus segredos ao enfermeiro?		1 2 3 4	
17	O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?		1 2 3 4	
18	Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impõe?		1 2 3 4	
19	Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?		1 2 3 4	
20	O enfermeiro escuta você falar?		1 2 3 4	

	1- Nunca	2- Algumas vezes	3- Sempre.			
21	Você percebe carinho quando está recebendo cuidados do enfermeiro?			1	2	3
22	No atendimento, o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?			1	2	3
23	Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?			1	2	3
24	Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?			1	2	3
25	Na realização de procedimentos, o enfermeiro solicita a sua autorização?			1	2	3
26	Você sente que recebe um cuidado individualizado?			1	2	3
27	Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?			1	2	3
28	Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?			1	2	3
29	Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?			1	2	3
30	Sobre o toque do enfermeiro em você:					
	1- Ele não me toca;					
	2- Quando ele me toca eu fico tenso;					
	3- Quando ele me toca eu fico tranquilo.					
31	Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende:					
	1- Não toca no assunto família;					
	2- Poucas vezes conversamos sobre a minha família;					
	3- A grande maioria das vezes conversamos sobre minha família;					
	4- Em todos os nossos encontros conversamos sobre minha família.					

5.6.7.1 Posicionamento dos respondentes na Escala

A Figura 15 apresenta a percentagem dos respondentes localizados em cada nível da escala do QRIC demonstrando os níveis de efetividade de relação interpessoal no cuidado de enfermagem presentes na amostra que foi utilizada para validar o instrumento, composta por 950 pacientes.

Figura 15 - Percentagem dos respondentes do QRIC em cada nível da escala. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2015.



Observa-se que nos níveis inferiores e no nível superior houve pouco ou nenhum respondente. A concentração de pacientes é verificada nos níveis intermediários bons, ou seja, os níveis que demonstram moderada a alta efetividade na relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

5.6.7.2 Pontuação da escala

Ao responder o QRIC, a resposta será um valor do parâmetro teta (θ) estimado para o desempenho daquele respondente. Por tratar-se de cálculo de resposta complexo realizado com a ajuda de um software, foi disponibilizado endereço eletrônico com uma interface amigável (www.qric.com.br), no qual as respostas aos itens do instrumento poderão ser digitadas e, ao final, será fornecido o nível de efetividade em relação interpessoal no cuidado de enfermagem que o paciente está posicionado.

Este endereço eletrônico foi desenvolvido por bolsistas do laboratório de Engenharia de Sistema de Computação (LESC) do Departamento de Engenharia de Teleinformática (DETI) da Universidade Federal do Ceará. Para estimar o valor do parâmetro (θ) individual foi utilizado o software livre R.

6 DISCUSSÃO

Este estudo realizou a construção e validação de um instrumento mensurador da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, cujas medidas podem ser aplicadas nos três níveis de atenção à saúde, de forma que apresente validade e precisão de seus resultados. A elaboração do instrumento foi subsidiada por uma teoria de enfermagem e, desse modo, carrega em si a natureza essencial dessa área do conhecimento, agregando valor epistêmico no que pese às atribuições da relação do enfermeiro com o paciente durante os cuidados de enfermagem.

Para Carvalho (2013), se não dispomos ainda de um corpo de conhecimento para nos servir de apoio e se dele precisamos, na prática assistencial, então a única saída é não poupar esforços no sentido de fazer da assistência de enfermagem uma realidade certificadamente comprovada. Pois, somente deste modo estaremos contribuindo para a estruturação definitiva de uma ciência de enfermagem. É, neste contexto, que esta tese baliza-se epistemicamente, no qual os construtos teóricos de enfermagem servem de diretrizes para o exercício profissional e, em última instância, à fundamentação de princípios necessários à seleção/construção de instrumentos, que, por sua vez, servirão aos fins últimos da enfermagem, ou seja, à sua explicação definitiva como ciência e como profissão liberal (CARVALHO, 2013).

O processo de elaboração do instrumento foi realizado de modo a permitir aprofundamento teórico e sua correspondência empírica, uma vez que envolveu a análise criteriosa do modelo teórico de King. Os modelos de análise de teoria se inserem no cenário como ferramentas básicas na tentativa de responder a questionamentos sobre a pertinência ou não do uso da teoria no contexto biopsicossocial do indivíduo e da família (MELEIS, 2012). Este processo procurou abstrair seus conceitos e estabelecer, assim, uma discussão que subsidiou o entendimento, escolha e aplicação da teoria (LINS et al., 2013).

Considerando a correspondência empírica, a elaboração foi subsidiada pelo exame minucioso da literatura publicada sobre relação interpessoal em enfermagem e da realização de grupos focais exploratórios, permitindo a associação entre os conceitos abstratos da teoria com indicadores mensuráveis. Este processo trouxe para o instrumento a contribuição da informação e cultura envolvidas na assistência de enfermagem na visão do paciente (RODRIGUES et al., 2012).

Desse modo, foram vastos os elementos identificados na revisão integrativa. Dos elementos que compuseram a interação (KING, 1981) e subsidiaram a construção do instrumento as evidências estão voltadas para três eixos: demonstração de comportamento de afeto e respeito; aproximação e distanciamento dos interlocutores; e execução de técnicas/ações de cuidado.

Os comportamentos de afeto são demonstrados pelo enfermeiro atento aos cuidados, disponibilizando o tempo necessário para realizá-los (PADILHA et al., 2004; CASTILLO et al., 2007; SHIMIDT; SILVA, 2012; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; SANTOS; MATUMOTO, 2013). A aproximação e distanciamento dos interlocutores são percebidos pelos pacientes como disposição ou não para o cuidado (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009). Pequenos sinais de aproximação percebidos pelos pacientes têm grande potencial de fortalecimento de vínculo. Enfermeiros que brincam, sorriem, gravam o nome do paciente são mais agradáveis (CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA, 2013). Esta proximidade é manifestada pelo toque (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009).

Execução de técnicas/ações de cuidado também integram a interação. Um cuidado de enfermagem competente objetiva suprir as necessidades diárias, como realizar a higiene oral, ajudar na ida ao banheiro, auxiliar nas refeições, necessidades relacionadas com o tratamento (por exemplo, entrega segura e pontual de medicamentos, controle da dor por medicamentos, realização de medidas de conforto, tais como mudança de decúbito, gerenciar dispneia, dentre outros) (PINHO; SANTOS, 2008; SHIGEKO, 2010; BAGGIO et al., 2011; POTT et al., 2013; DOORENBOS, 2013).

Já os elementos que compõem o conceito de comunicação (KING, 1981) organizam-se em três eixos: linguagem verbal compreensível, disposição para escuta e linguagem não verbal amigável. O diálogo entre enfermeiros e pacientes tem que ser construído a partir de uma linguagem verbal compreensível, que carregue a reciprocidade como essência (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009). A fala do enfermeiro deve permear a mesma linguagem do paciente (ARAÚJO et al., 2010). Deve, ainda, adotar o diálogo como forma de expressar a subjetividade, um vínculo que permita o desabafo dos pacientes (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

O estabelecimento de uma boa comunicação em que o enfermeiro responda aos chamados e informe os procedimentos de enfermagem (CASTILLO et al., 2007).

Comunicação que cumpra a finalidade de ser compreensível ao usuário, atenda às suas expectativas e esclareça dúvidas. É necessário, ainda, que o enfermeiro demonstre acreditar na fala do paciente (ARAÚJO et al., 2010; THYGESEN et al., 2012; CHRERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013; POTT et al., 2013). É importante que o enfermeiro comunique e explique o cuidado a ser realizado, como e o porquê, obtendo, para isso, o consentimento devido (BAGGIO et al., 2011).

A disposição para a escuta é outro elemento central da comunicação. A realização de escuta qualificada é imprescindível para qualificar o vínculo relacional (IZUMI, 2010; PETERSON; CARVALHO, 2013; CHRERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013). Para isto, no processo comunicativo é necessária a disposição de tempo para o cuidado com o outro, tempo para conversar sobre a vida, para além da doença e do tratamento (IZUMI, 2010; SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

A linguagem não verbal é imprescindível na formação de vínculo. A gesticulação corporal, o uso dos gestos como recursos técnicos possuem diferentes funções e significados numa interação e podem auxiliar o relacionamento interpessoal. Para os pacientes, o jeito do enfermeiro andar e chegar perto do leito transmite ou não segurança e confiança, interferindo na sua recuperação (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Por outro lado, no conceito de Transação (KING, 1981) as evidências afunilam para quatro eixos: a subjetividade do encontro entre enfermeiro e paciente; a ética e a moral presente no cuidado; a dignidade da pessoa em sua relação com a família; e a habilidade técnica e o raciocínio clínico do enfermeiro.

A subjetividade do encontro entre enfermeiro e paciente é evidenciada nos estudos pelo envolvimento da afetividade, solidariedade, carinho e amor transpostos a partir de um relacionamento empático. Estes elementos dão nuances de um cuidado recíproco, que vislumbra a compreensão das necessidades do ser humano, para além do problema de saúde presente, fazendo com que o paciente tenha a percepção de que recebeu um atendimento bom e competente (MATSUDA, 2003; PINHO; SANTOS, 2008; NASCIMENTO; ERDMAN, 2009; SHIGEKO, 2010; THYGESEN et al., 2012; ; CHRERNICH FREITAS; FERREIRA 2013).

A construção de um vínculo, um elo entre os profissionais e os usuários, se dá por meio de compromissos e corresponsabilizações assumidos por ambos (SANTOS; MATUMOTO, 2013). O vínculo objetiva transmitir confiança e credibilidade, em busca do melhor cuidado ao paciente, (DOUGNAC; MUÑOZ et al., 2007; PETERSON;

CARVALHO 2011; DOORENBOS e al., 2013; DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013).

A relação interpessoal pautada na ética e na moral permeia a transação entre enfermeiro e paciente no cuidado de enfermagem. O respeito à pessoa em seus componentes psicológicos, sociais e emocionais é elemento chave na relação que promove confiança. O respeito nas decisões do paciente, a busca de consentimento para a realização dos cuidados, a preservação da confidencialidade e privacidade são características morais e éticas que fortalecem a transação entre enfermeiro e pacientes (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003; ZOBOLI, 2007).

A dignidade da pessoa em sua relação com a família integra o atendimento às necessidades do paciente, em consonância com a humanização. É um relacionamento orientado à compreensão do ser humano em sua complexidade, atendê-lo junto com a família, tentando tornar o ambiente menos hostil possível, não esquecendo do que o paciente é lá fora (PINHO; SANTOS, 2008).

A empatia e a facilidade em compartilhar momentos difíceis vividos pelos usuários e seus familiares contribuem para a construção e manutenção de laços afetivos interpessoais (CHRERNICH; FREITAS; FERREIRA, 2013). A dignidade da pessoa está também na compreensão de suas necessidades advindas da doença, do tratamento e das mudanças na vida pessoal e social. Isto é algo que transcende a enfermagem e adentra pelos caminhos do *self* dos interlocutores dessa interação (ARAÚJO, 2010).

A flexibilidade dos profissionais em relação às normas hospitalares com a presença da família é outro ponto que fortalece a relação. A flexibilização de rotinas das visitas foi fundamental para o estreitamento dos laços afetivos e para o redimensionamento desse espaço social pelos familiares (PINHO; SANTOS 2008). A habilidade técnica e o raciocínio clínico do enfermeiro são competências que valorizam o relacionamento interpessoal e que passam confiança para os pacientes (NASCIMENTO; ERDMANN 2009).

Em se tratando do conceito de papel (KING, 1981), três eixos norteiam sua operacionalização: apresentação e identificação dos interlocutores; provedor técnico de cuidados em saúde; e provedor de cuidados humanizados. O início da relação interpessoal se dá com a apresentação dos envolvidos na situação de cuidado de enfermagem. Neste sentido, o papel do enfermeiro e do paciente é iniciar o seu convívio com a apresentação mútua. O fortalecimento do vínculo, após as apresentações, poderá

ocorrer com a identificação de ambos em encontros posteriores (CASTILLO et al., 2007).

O reconhecimento de identidades permite a aproximação para o diálogo, cabendo ao profissional a condução de um processo terapêutico negociado com o paciente (IZUMI, 2010; CHRERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

O enfermeiro, como provedor técnico de cuidados em saúde, é percebido na boa relação com o paciente (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003). Os pacientes aliam a competência dos enfermeiros com o significado de ser tecnicamente hábil. O papel do enfermeiro no cuidado de enfermagem vai além do saber e fazer técnico, atuando como provedor de cuidados humanizados. O ideal moral e ético dos profissionais de enfermagem devem expressar características humanitárias, afetivas, relacionais e uma ética voltada para a justiça e respeito aos direitos, ter disponibilidade de tratamento, controle da doença e alívio de sintomas. Estes elementos fazem o paciente sentir proteção e segurança (PADILHA; MALA; VIEIRA, 2004).

Os elementos que compõem o conceito de estresse transversalizam a relação interpessoal. Apesar da King (1981) demonstrar o estresse como um elemento inerente à sobrevivência e possuir conotações positivas de trocas de energia a partir das quais há o movimento de busca de metas, os resultados encontrados carregam essencialmente o lado negativo do estresse.

Considerando comportamentos que agem negativamente na interação e provocam o estresse, o atendimento com atitudes grosseiras faz o paciente sentir que o cuidado é inferior, embora possa ter sido tecnicamente apropriado (SHIGEKO, 2010). Interações negativas são caracterizadas por violência e assédio moral que despertam sentimentos de medo, raiva e decepção nos pacientes (DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013).

Na comunicação, o estresse poderá manifestar-se a partir da instituição de uma linguagem verbal incompreensível para o paciente. Quando é a fala do paciente que possui elementos culturais e linguísticos que o enfermeiro não consegue compreender, o estresse virá por meio da frustração do profissional ao não ter a capacidade para decifrar a mensagem daquela fala (IZUMI, 2010). Gesticulação com significado de rejeição ou reprovação das atitudes do outro são provocadores do estresse (BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012).

Em consonância, as evidências de comportamento transacional ruim, geradoras de estresse, são caracterizadas pelo atendimento sem solicitude, presteza ou afetividade, no qual há falta de sensibilidade, de solidariedade e compaixão. Os sentimentos negativos em relação à transação com o enfermeiro, expressos pelos pacientes em estudos, quanto aos cuidados, eram de que estes se sentiam diminuídos, excluídos como pessoas (PADILHA; MALA; MACHADO, 2004).

O desrespeito às crenças, à cultura e à vontade do outro promove frustração e desperta os sentimentos de decepção, raiva e tristeza (DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013). A imperícia na realização de cuidados de enfermagem enfraquece ou impede o vínculo (PADILHA et al., 2004; PETERSON; CARVALHO, 2013; CHRERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013). Estas expressões negativas vão de encontro à humanização do cuidado, sendo elementos provocadores de estresse.

O estresse manifesto no papel tem-se com o início de uma relação interpessoal sem a apresentação formal ou o reconhecimento dos interlocutores, tornando o momento de encontro desprovido de vínculo (DEVIK; ENMARKER; HELLZEN, 2013; BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

Além disto, a realização de cuidados desagradáveis para o paciente, como a contenção no leito, é entendida como atitudes profissionais que limitam a liberdade do paciente ou como meio de acomodação do profissional, diminuindo a possibilidade de uma relação interpessoal positiva (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003).

No entanto, aspectos ligados à dificuldade em estabelecer limites na relação interpessoal podem desvirtuar a imagem do enfermeiro percebida pelo paciente, modificando a percepção sobre os cuidados (ZOBOLI, 2007). Trata-se de uma linha tênue na relação interpessoal, na qual o enfermeiro utilizará o seu raciocínio clínico e sensibilidade humanista para perceber os momentos para aproximação, que fomentarão o vínculo e os momentos em que essa aproximação poderá minar a possibilidade de interrelacionamento. A identificação desses elementos na revisão integrativa permitiu a construção dos itens, orientados pelo Sistema interpessoal de King (1981).

Verificaram-se, com a revisão integrativa e os grupos focais, os elementos essenciais que constituem o traço latente. Este processo de construção objetivando a abordagem do traço latente “relação interpessoal no cuidado de enfermagem” pela ótica do paciente situa o instrumento desenvolvido na modalidade de medidas PRO (Patient-Reported Outcomes). Tais medidas visam melhorar a qualidade dos cuidados a partir da

perspectiva dos pacientes, com potencial para reduzir o fosso entre os profissionais e a visão da realidade dos pacientes (NGUYEN et al., 2014). As evidências mostram que o uso sistemático de informações PRO leva a melhor comunicação, tomada de decisão e melhora a satisfação do paciente com cuidado (NELSON et al., 2015).

Assim, o desenvolvimento de estratégias para conhecer como os pacientes percebem a sua relação com o enfermeiro nos cuidados de enfermagem é fundamental para que se possa desenvolver um instrumento capaz de quantificar este processo de forma válida. O presente trabalho, apesar de predominantemente quantitativo, subsidiou-se de uma técnica qualitativa específica de investigação, o grupo focal, como ferramenta exploratória e como preparação para as etapas subsequentes (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Os grupos focais tiveram como objetivo somar aos conceitos oriundos da teoria e da revisão integrativa a vivência da população a ser investigada, criando-se a oportunidade de verificar a pertinência dos itens propostos e acrescentar a estes alguns outros não antes listados (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

No sentido da construção dos itens do QRIC, a técnica seguida permitiu conhecer os constituintes do traço latente, compondo sua dimensionalidade, definições constitutivas e definições operacionais. Para Pasquali (2009), o processo de construção de itens se faz por sua pertinência ao construto. Os itens são elaborados ou selecionados em função das definições operacionais de um construto, exaustivamente analisado em seus fundamentos teóricos e nas evidências (dados) empíricas disponíveis. Então, não é qualquer item que pareça medir o construto que é aceito, mas somente aquele que corresponde às definições teóricas (constitutivas) e às suas definições operacionais.

O processo de construção dos itens refletiu os bons resultados da validação de conteúdo, tanto das definições operacionais, quanto dos itens. A validação de conteúdo congregou as etapas de análise de conteúdo e análise semântica. A análise de conteúdo foi realizada por um grupo de especialistas em relação interpessoal em enfermagem de diferentes regiões do Brasil com o intuito de obter um instrumento com linguagem não carregada de regionalismo, permitindo que o instrumento possa ser compreendido em outras regiões. Além disto, primou-se por um grupo de especialista, que congregasse expertise teórica e prática sobre o construto, uma vez que a relação interpessoal é um construto essencialmente subjetivo vivencial e, desse modo, passa a ser melhor avaliado

por aqueles que inter-relacionam-se nos momentos de realização do cuidado de enfermagem.

A análise de conteúdo envolvendo um grupo de especialistas é uma técnica consolidada nos estudos de validação de fenômenos de enfermagem (MEDEIROS et al., 2015; SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; MELO et al., 2011). A seleção de especialistas de diferentes regiões permite adaptar o instrumento construído para o contexto do país como um todo, que considere a diversidade cultural das dimensões continentais do Brasil, que, em estudos deste tipo não podem ser desprezadas (CARVALHO, 2011). Os especialistas ajuízam a extensão com que cada item do instrumento representa o fenômeno de interesse (MEDEIROS et al., 2015).

Soma-se à validação de conteúdo a realização da análise semântica realizada por uma amostra da população-alvo do instrumento e com pessoas dos níveis primário, secundário e terciário da atenção à saúde. A análise demonstrou a compreensão dos itens do instrumento pela população-meta. A análise semântica é imprescindível, pois demonstra o real entendimento que as pessoas têm sobre os itens do instrumento, servindo de elo entre a correspondência empírica e teórica do instrumento.

A análise semântica permitiu avaliar alguns aspectos do processo de medida, que poderiam afetar a coleta de dados, como o formato das respostas e os itens de forma individual (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015). Esta etapa foi importante para a adequação do instrumento piloto à aplicação nos três níveis de atenção à saúde, pois além da compreensão diferenciada entre os três níveis, três perguntas não possuíam estrutura de resposta adequada, duas privilegiando os níveis primário e secundário de atenção à saúde e uma o nível terciário. As perguntas que envolviam o acesso a anotações (orientações escritas ou receitas) e a conversa com a família privilegiava os pacientes das UAPS e do CIDH, enquanto que a pergunta sobre o toque na pele privilegiava o nível terciário. Os itens foram modificados de modo que apresentassem adequados aos níveis de atenção à saúde.

Os resultados da validação de conteúdo, composta pela análise de conteúdo e análise semântica, foram considerados adequados devido aos critérios adotados, a exemplo dos procedimentos teóricos e da realização dos grupos focais, objetivando a construção do instrumento, a identificação dos descritores, das dimensões e respectivos itens, e a avaliação por meio da análise por especialistas, e a análise semântica, os quais

vêm sendo referendados na literatura (MEDEIROS et al., 215; PASQUALI, 2009; 2013; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Salienta-se que, mesmo com a validade de conteúdo considerada fundamental no processo de desenvolvimento do instrumento de medida e mesmo com todo o rigor e empenho empregado nos procedimentos dessa fase, existem limitações e sua utilização não elimina a necessidade de aplicação de outras medidas psicométricas adicionais para obtenção da validade de construto (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015). Ao utilizar um instrumento na prática clínica ou em pesquisa, é necessário dispor de informações mais amplas possíveis sobre seu desempenho psicométrico, suas forças e limitações para a correta interpretação dos resultados obtidos com a medida (SOUTELLO et al., 2011).

Desse modo, após as fases do polo teórico, iniciou-se a fase empírica na qual o instrumento foi aplicado a uma amostra de 950 pacientes. A amostra possuiu um perfil heterogêneo, sendo a maioria adulta, mulheres, pardas, com ensino fundamental completo, com renda menor ou igual a um salário mínimo, casados ou em união consensual e católicos.

No Brasil, as mulheres percebem mais seus problemas de saúde, assim como procuram mais pelos serviços de saúde do que os homens. Isso pode estar relacionado à existência de maior número de programas de saúde nas UAPS direcionados às mulheres, quando comparado aos homens. Sugere-se, também, maior preocupação das mulheres com sua própria saúde, acrescido ao fato de que, na maioria das vezes, mesmo inserida no mercado de trabalho, são elas que carregam o papel de provedora da saúde no domicílio, acompanhando as crianças aos serviços de saúde e, dessa forma, facilitando o acesso às atividades e às equipes de saúde (LAVORATO et al., 2014).

As diferenças socioeconômicas desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, tais como acesso ao sistema de saúde, nível de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento (MAHESWARANA; KUPEKC; PETROUA, 2015). Estas diferenças influenciam fortemente as relações de cuidado de enfermagem, pois compõem uma complexa trama multicultural, que precisa ser compreendida pelo enfermeiro, para que dela ele possa elaborar planos de cuidado eficazes (COULTER et al., 2015).

No bojo do Sistema Interpessoal, a compreensão dos elementos que constituem o perfil dos pacientes que recebem cuidados promove melhor delineamento de metas. Um cuidado de enfermagem compreendido como a ação de propiciar as melhores condições ambientais e conceituais possíveis, sob o ponto de vista bio-psico-espiritual do indivíduo, para favorecer o desenvolvimento humano, visando à promoção ou o restabelecimento da saúde, a partir de uma relação interativa (KING, 1981; MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

A efetivação da relação interpessoal do enfermeiro com o paciente é favorecida pelo tempo de convivência entre ambos. Os tempos relacionais encontrados nesta pesquisa foram semelhantes entre os serviços de atenção primária e secundária, sendo menor na atenção terciária. Apesar do tempo no hospital ter se mostrado menor do que nos outros serviços, pode-se argumentar que, neste serviço, há maior intensidade na convivência do enfermeiro com o paciente em virtude do processo de internação. O tempo de acompanhamento em um serviço de saúde é uma variável importante a ser considerada na relação interpessoal, pois este fenômeno apresenta mudanças constantes ao longo do tempo que pode melhorar a efetividade da relação.

Pesquisa fundamentada na teoria de King esclarece que o tempo para o sistema interpessoal é dinâmico, irreversível e prospectivo no sentido de dar a possibilidade para a criação de vínculo entre aqueles que interagem. A interação é um elemento sustentador do sistema interpessoal, sendo um processo de percepção e comunicação entre as pessoas e o ambiente. Está em constante evolução, sempre mudando em um contínuo de tempo e de relações, com elementos que a estruturam e a influenciam para a efetividade ou não do processo. Os elementos que estruturam e formam o processo de comunicação podem influenciá-lo de forma negativa ou positiva, e influenciar a efetividade do processo (BROCA; FERREIRA, 2015).

No que tange aos serviços de enfermagem envolvidos na pesquisa, em linhas gerais, englobou-se a enfermagem em atenção primária, enfermagem em clínica médica, enfermagem em clínica cirúrgica, enfermagem em atenção ambulatorial e enfermagem oncológica. Esta multiplicidade de vivências envolvidas no processo de resposta do instrumento condiz com o objetivo do desenvolvimento de um instrumento genérico para a mensuração da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, que possa ser

aplicado nos três níveis de atenção. Esta estratégia vem sendo aplicada na validação de instrumentos genéricos de qualidade de vida (PEREIRA et al., 2011; YU et al., 2015).

Salienta-se que a validade do instrumento deve estar relacionada com sua finalidade específica, pois um teste pode ser apropriado para um devido fim, e não para outro. Dessa forma, a validade não deve ser considerada como 'tudo ou nada', válido ou não válido, mas o que se pode fazer é defender o uso de um teste em determinada situação, reconhecendo que o que está validado não é o teste em si, mas seu uso para propósito particular (MACHADO; PEREIRA, 2014; FERREIRA et al., 2014).

Desse modo, sobre o processo de análise das propriedades psicométricas do instrumento, a análise das frequências de respostas aos itens demonstrou a necessidade da junção de categorias com baixa frequência que poderiam atrapalhar a estimativa dos parâmetros pela TRI. Este procedimento vem sendo utilizado em alguns estudos que aplicaram a TRI. Em estudo de validação do QATHAS (Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica), os autores agruparam categorias de resposta com a intenção de que os parâmetros pudessem ser estimados apropriadamente, tentando, ao máximo, preservar as categorias de respostas objetivando, não perder informações importantes na análise (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014). Semelhante procedimento foi adotado em estudo que construiu uma escala para avaliar satisfação de profissionais com o ambiente organizacional de hospitais universitários (GOMES, 2014).

Quanto à consistência interna, os resultados mostraram que o instrumento contendo 44 itens apresentou alfa de Cronbach de 0,86³. De acordo com a literatura, esse valor evidencia boa consistência interna entre os itens do instrumento. Este coeficiente é uma medida diagnóstica da confiabilidade mais amplamente utilizada (DIAZ HEREDIA; MUÑOZ SANCHEZ; VARGAS, 2012).

Uma questão na avaliação do alfa é sua relação positiva com o número de itens na escala. Como o aumento do número de itens, mesmo com o grau igual de intercorrelação aumenta o valor da confiabilidade (DAMASIO, 2012). Além disso, se o princípio da Tau equivalência é violado, o Alfa de Cronbach subestima a confiabilidade (CAMPO-ARIAS; VILLAMIL-VARGAS; HERAZO, 2013). Assim, o Ômega de

³ O limite inferior para o alfa de Cronbach geralmente aceito é de 0,70, apesar de poder diminuir para 0,60 em estudos exploratórios (HAIR JR, 2009; CARVALHO, 2012).

McDonald⁴ é a medida mais adequada para demonstrar a confiabilidade (CAMPO-ARIAS; VILLAMIL-VARGAS; HERAZO, 2013).

Como o alfa é o menor valor de confiabilidade e o ômega o maior que se pode obter, e considerando, ainda, que estas são medidas viesadas de confiabilidade, comparar um valor com o outro e também com o maior valor da confiabilidade que se pode obter, a unidade, é uma forma de avaliar o viés cometido ao se utilizar uma ou outra medida (SILVA JUNIOR et al., 2011). Neste estudo, os valores muito próximos e elevados indicam boa confiabilidade pelos dois indicadores.

Quanto à correlação entre os itens, observou-se um grupo de itens com baixas correlações e correlações negativas. Os itens foram: 13 “você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?”; 27 “Alguma regra na instituição de saúde foi flexibilizada pelo enfermeiro em seu benefício?”; 32 “Há respeito na relação de vocês?”; 33 “Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?”; 34 “Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?”; 35 “O enfermeiro já utilizou tom de voz agressivo durante o seu atendimento?”; 36 “Você já utilizou tom de voz agressivo com o enfermeiro?”; 37 “É fácil você se irritar com o enfermeiro?”; 38 “Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?”; 39 “O enfermeiro respeita suas crenças?”; 40 “Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?”; “41 Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?”; e 43 “Sobre as anotações (orientações escritas ou receitas) que o enfermeiro fez para você?”.

A análise desses itens permite-nos conjecturar que as baixas correlações demonstradas se deram por duas questões:

1) a baixa correlação sofreu influência do padrão de respostas destes itens em comparação com o restante do instrumento. Para estes itens, o padrão de respostas apresentou-se polarizado com frequências muito altas em uma das categorias e pouquíssimas respostas nas demais categorias. Mesmo com a dicotomização desses itens, como o item 32, as correlações permaneceram baixas. Isto indica que é necessária

⁴ Um coeficiente ômega mais alto do que o alfa sugere que se violou o princípio da Tau equivalência, implicando que o ômega é o melhor estimador de confiabilidade para o instrumento (CAMPO-ARIAS; VILLAMIL-VARGAS; HERAZO, 2013).

a aplicação desses itens a pessoas que variem as respostas, dando a possibilidade de boas estimativas.

2) os itens 13, 27 e 43 não fazem parte do traço latente “relação interpessoal no cuidado de enfermagem”. Já os itens 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 e 41 demonstraram participar de outra dimensão do traço latente. Uma análise em separado destes itens pela TRI indicou que eles podem compor uma escala para medir a relação interpessoal no cuidado de enfermagem em seus aspectos negativos.

O aspecto negativo da relação interpessoal nos ambientes de saúde é discutido por Oliveira (2015) como um espectro de condutas desrespeitosas adotadas por trabalhadores de saúde no ambiente de sua prática e repercute em comprometimento da segurança do paciente, sofrimento moral e psíquico, prejuízos laborais para os trabalhadores, rompimento da comunicação, da colaboração e do trabalho em equipe.

O estudo da dimensionalidade foi realizado com o instrumento contendo 44 itens e demonstrou que o instrumento possui duas dimensões sendo uma dominante. Analisar a dimensionalidade de um conjunto de dados é uma etapa importante na pesquisa, a fim de identificar modelos adequados para a compreensão do fenômeno de estudo (SHEN et al., 2014). Para o entendimento da estrutura do traço latente, a dimensionalidade foi estudada por meio de matriz de correlações policóricas com análise paralela e posterior confirmação com Análise Fatorial Confirmatória⁵.

Neste estudo, observou-se, que além da presença de um componente dominante, havia mais três componentes acima da linha pontilhada no *scree plot*, que poderiam representar outras dimensões, assim, foi realizada AFC, a fim de confirmar uma estrutura bidimensional com um fator dominante.

A observação das cargas fatoriais dos itens do fator dominante foi coerente sob o ponto de vista teórico. Acredita-se que a constituição de uma dimensão dominante foi viabilizada pela similaridade dos conceitos de interação, comunicação, transação e papel que serviram de molde para a construção dos itens. Já os itens de conotação negativa, representantes do estresse, formaram a segunda dimensão. As duas dimensões apresentaram correlação fraca e negativa de -0,33.

⁵ A matriz de correlação policórica é indicada para itens politônicos (SHEN et al., 2014), enquanto a análise paralela é a técnica melhor aceita para a extração de fatores, por considerar na extração a comparação da Análise Fatorial com a Análise de Componentes Principais (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004; DAMÁSIO, 2012).

Estudo teórico que averiguou a clareza dentro do Sistema Social da Teoria de Sistemas Abertos Interatuantes de King apontou obscuridade nos limites entre os conceitos do Sistema Interpessoal com o Sistema Social (CHAVES; ARAÚJO; LOPES, 2007). Estes limites podem ser denotados de líquidos, pois permitiram que os itens dos conceitos interação, comunicação, transação e papel constituíssem uma dimensão dominante⁶.

Acreditamos que é possível que o conteúdo dos itens (33 ao 41), por representar fortemente o lado negativo do traço latente, tenha contribuído para as baixas prevalências desses eventos na amostra, aumentando o erro de estimação e, consequentemente, impedindo a convergência do modelo com todos os itens. Talvez com a suavização dos conteúdos que representem o estresse, este consiga ser representado no instrumento.

Por outro lado, cumpre salientar que a boa representação do modelo com dois fatores seria possível com a utilização da Teoria da Resposta ao Item Multidimensional (TRIM), a qual permitiria o estudo dos parâmetros dos itens em suas respectivas dimensões. Em virtude dos modelos de TRIM requererem laboriosas ferramentas estatísticas e ser de difícil modelagem, mantivemos a escolha do modelo unidimensional da TRI.

Os modelos TRIM, usualmente restringem-se ao estudo da dimensionalidade, considerando sua relação com a Teoria Clássica dos Testes. O posicionamento de itens e indivíduos num espaço multidimensional ainda é assunto incipiente. Têm surgido muitas propostas de modelagem e de análise com a TRIM, mas ainda não se dispõe de uma metodologia consagrada, como na teoria clássica ou na TRI unidimensional (BARBETTA et al., 2014).

O item 13 foi desenhado para representar o desvio de foco da doença nos momentos de conversa com o paciente, dando possibilidades para o conhecimento do outro enquanto pessoa. Este item apesar de ter obtido variação nas respostas não apresentou boas estimativas o que indica que ele não faz parte do traço latente estudado. É possível que a modificação da sua redação, tornando-o mais específico, possa

⁶ Para Rickase (2009), caso o primeiro fator explique, pelo menos, 20% da variância total do instrumento, considera-se existir unidimensionalidade essencial, sendo possível a modelagem dos dados nos modelos de Teoria de Resposta ao Item Unidimensional

culminar com a ancoragem dele no primeiro fator, já que ele aborda um assunto primordial na assistência de enfermagem.

Os itens 27 e 43 demonstraram não fazerem parte do traço latente. O item 27 foi desenhado para verificar se uma relação interpessoal efetiva revertia-se em flexibilização de regras para o benefício do paciente, já o item 43 foi desenhado para representar a linguagem escrita, como demanda dos grupos focais e da revisão integrativa, o que não demonstrou ser verdadeiro na amostra investigada. Por outro lado, o item 32, que representa o respeito, como uma questão essencial em qualquer relação interpessoal não obteve parâmetros adequados. Este fato foi ocasionado pela baixa frequência de pessoas que responderam não haver respeito na relação, impedindo uma boa estimativa do item. Com a aplicação desse item em amostra que apresente o evento falta de respeito, o erro poderá diminuir e ele poderá ser incluído no instrumento.

Quanto aos parâmetros dos itens, houve bom desempenho daqueles referentes aos conceitos de comunicação, transação e interação, pois apresentaram melhor poder de discriminar⁷ os indivíduos com relação interpessoal no cuidado de enfermagem mais efetiva. Os itens que melhor discriminam os pacientes foram aqueles que envolveram as necessidades de cuidado satisfeitas, sentir que o tratamento do enfermeiro traz bons resultados, a atenção do enfermeiro à fala do paciente e a confiança nos procedimentos do enfermeiro.

No sentido desses itens, o fato de os pacientes se sentirem apoiados pelos enfermeiros facilita a comunicação entre ambos e produz resultados positivos no tratamento. A confiança depositada no profissional ascende no paciente a sensação de tê-lo como fonte de apoio e segurança (VILELA; CARVALHO; PEDRÃO 2014). Além disto, ter suas necessidades satisfeitas e sentir que o tratamento do enfermeiro traz bons resultados pode ser interpretado como metas alcançadas a partir do processo interativo no cuidado de enfermagem.

Para King (1981), no processo interativo, dois indivíduos identificam metas e os meios para alcançá-las mutuamente. Quando eles concordam com os meios para implementar as metas, dão-se as transações e, só a partir dessas metas, podem ser alcançadas. Percepções positivas deste processo influenciam fortemente os

⁷ A discriminação é uma propriedade psicométrica importante para o item diferenciar pacientes nos diferentes níveis do traço latente (YANG; KAO, 2014)

comportamentos das pessoas. Portanto, perceber que o cuidado de enfermagem traz bons resultados contribui para a fluidez no processo interativo.

Entretanto, os itens que versavam sobre a confiança de segredos, saber o nome do enfermeiro e a abordagem da família nas conversas durante o atendimento foram os que menos diferenciam os pacientes no traço latente e contribuem com menor informação psicométrica no instrumento. Conjectura-se que a distribuição das respostas nestes itens influenciou as estimativas diminuindo as suas contribuições na estimação do traço latente. Pode ser que em uma amostra que permita a variabilidade das respostas estes itens apresentem melhores estimativas de seus parâmetros. No entanto, mesmo com pouca informação psicométrica, seguiu-se o procedimento de Silva (2015) no qual itens que não atrapalharam o processo de estimação dos parâmetros podem ser mantidos no instrumento para futuras reanálises.

Apesar de todos os itens terem sido construídos seguindo uma metodologia científica rigorosa, com base no conhecimento teórico do traço latente estudado e cumprindo os critérios básicos de construção de itens proposto por Pasquali (2003, 2009, 2013) ainda existiram itens que apresentaram baixo poder de discriminação. Logo, a construção de instrumentos requer atenção na formulação de itens, clareza da abrangência e foco no traço latente para potencializar o poder de discriminação, isto é, para produzir itens com parâmetros *a* elevados (RODRIGUES, 2012).

A quantidade de informação do item fornece uma indicação da precisão da medida associada a cada nível da escala (PASQUALI, 2013). Uma alternativa para esse resultado seria o acréscimo de itens bem formulados sobre o papel do enfermeiro na relação interpessoal com o paciente, para aumentar a quantidade de informação e melhorar a mensuração dos indivíduos nos aspectos deste conceito. Da mesma forma, é necessária a realização de estudos sobre o estresse na relação interpessoal, que possam esclarecer seu real envolvimento como uma dimensão do traço latente.

Sobre o parâmetro *b*, por ser medido na mesma escala do traço latente, fornece local de posicionamento na escala onde o item tem maior informação. Essa característica possibilita entender exatamente o significado do escore e não somente um indicador da relação interpessoal, como apresentado pela TCT (RODRIGUES et al., 2013). Condiciona-se que seus valores estejam entre de -5 a 5 como forma de permitir a

medição da relação interpessoal no cuidado de enfermagem em seus aspectos efetivos e não efetivos (YANG; KAO, 2014).

Os resultados do instrumento demonstram quase todos os parâmetros de dificuldade negativos. Em termos interpretativos, isto significa um instrumento que mensura os comportamentos mais básicos do traço latente, necessitando da formulação de itens com informações sobre comportamentos que denotem o aprofundamento da relação interpessoal que a torna mais efetiva.

Conjetura-se que em virtude dos comportamentos contidos nos itens serem inerente das interações humanas e do cotidiano das pessoas que estão recebendo cuidados de enfermagem, e, portanto praticados pelos envolvidos no processo sem grandes esforços tenha culminado com parâmetros *b* em sua grande maioria, negativos. Resultado semelhante foi encontrado em estudo envolvendo o construto de enfermagem “conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde” no qual, de modo geral, os itens foram fáceis e com respostas previsíveis, não havendo itens difíceis (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2015).

Estas características são representadas nas CCI, nas quais as curvas de probabilidade estão desenhadas no lado negativo da escala. Comparando o comportamento das curvas entre os itens, pode-se afirmar que o item 05 mede a relação interpessoal no cuidado de enfermagem em uma posição superior ao item 01, pois as linhas estão deslocadas para a direita mais próximas do zero. Além disto, nota-se que os itens com parâmetros *a* elevados têm suas curvas mais altas, enquanto aqueles com *a* baixo as curvas são achatadas. Ou seja, sob o enfoque da TRI são itens que pesam mais na classificação da relação interpessoal, especialmente para aqueles pacientes cujos tetas estiverem próximos dos parâmetros de dificuldade *b* desses itens (BARBETTA, et al., 2014).

Outra característica da TRI é a possibilidade de traçar a curva de informação do teste (FIT) também denominada função de informação do teste, encarado como uma medida de fidedignidade da TRI (BARBETTA et al., 2014). Assim, o QRIC apresentou melhor fidedignidade para a medição da relação interpessoal nos níveis de baixa a mediana efetividade. Resultado semelhante foi encontrado por Rodrigues (2012) que desenvolveu o QATHAS o qual mesura melhor os níveis mais baixos da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Outra vantagem da utilização da TRI é que, além de fornecer um escore para o traço latente, também posiciona os itens na mesma escala (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). Esta característica possibilita entender exatamente o significado do escore e não somente um indicador, como apresentado pela análise clássica. Logo, apesar dos indivíduos apresentarem o mesmo escore total, não são considerados iguais sem o mesmo perfil de respostas (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2013).

De acordo com a escala construída, é perceptível a evolução da efetivação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem em cinco níveis. No primeiro nível, inicia-se o processo de comunicação, que vai ganhando desenvoltura na interação. Os níveis seguintes demonstram qualitativamente os pontos de efetivação da relação interpessoal com o envolvimento de comportamentos relacionados aos conceitos de transação e interação, seguido pelo de papel. Esta interpretação dos níveis é uma propriedade dos modelos de TRI, que possibilita a criação de um plano de cuidados para o paciente, conforme seu escore individual. Assim, o instrumento é indicado para a identificação da efetivação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

A adoção de todas essas técnicas descritas e o seguimento da metodologia proposta por Pasquali (2009; 2013) favoreceu a obtenção de um instrumento e itens com adequada qualidade psicométrica. Validar um instrumento de medida significa, não somente desenvolver uma matriz de especificações bem referendada no conteúdo, mas, elementarmente, encontrar os indicadores estatísticos e parâmetros psicométricos que atestem uma adequada congruência teoria-medida (FREITAS, 2011).

É importante salientar que a relação interpessoal figura como um instrumento básico do cuidar em enfermagem e, desse modo, é uma habilidade fundamental para a realização de toda a atividade profissional. Vislumbrar a relação interpessoal sob a ótica da produção de uma tecnologia de mensuração é dar subsídio à profissão como forma de avaliar a sua conduta cotidiana, permitindo o espaço para que o conhecimento das situações gere o movimento de melhoria na interação do enfermeiro com o paciente.

No sentido da produção de dados acerca da relação interpessoal no cuidado de enfermagem, os dados são produzidos, em grande parte, por estudos qualitativos, pois se vislumbra este fenômeno como de essência qualitativa. A construção e validação de um instrumento que o aborde pela ótica dos estudos quantitativos permitirá a descoberta

de dados e confirmação de hipóteses envolvendo este construto que antes não fora visto ou mesmo pensado.

A escassez de estudos quantitativos sobre o fenômeno limitou a discussão dos resultados desta tese, ao mesmo tempo em que demonstra sua originalidade ao abordar uma área do conhecimento de enfermagem que ainda requer exploração e aprofundamentos. Assim, é preciso mapear a realidade em que se pretende atuar, conhecendo as nuances envoltas na relação do enfermeiro com o paciente com a utilização de instrumentos válidos e confiáveis.

Os espaços avaliativos em saúde e enfermagem necessitam de exploração, principalmente no que diz respeito aos fenômenos abstratos, que tanto fazem parte desta profissão. É desafiadora a realização de uma ponte, que articule em formato avaliativo a dimensão subjetiva do cuidado de enfermagem no cotidiano vivido no âmbito do seu exercício prático, com um instrumental capaz de aborda-lo pragmaticamente sob uma ótica de mensuração. Cria-se, assim, relevância teórica e prática, pois o instrumento que se fez ponte dará substrato para a reflexão sobre o significado de pesquisar o desenvolvimento de uma experiência que efetivamente vivemos e praticamos.

Outro ponto importante desta tese é a produção de uma tecnologia de enfermagem formulada sobre arcabouço epistemológico próprio da profissão, que terá impacto na prática clínica do enfermeiro, pois o uso deste instrumento, como tecnologia de avaliação, permitirá ao enfermeiro assistencial ou gestor conhecer o nível de efetividade da sua relação interpessoal com o paciente, elucidando os espaços que poderão ser trabalhados para que haja melhoria da interação entre ambos, culminando com o bem estar durante a realização dos cuidados.

Frente aos resultados desta tese, apresentadas as lacunas e as implicações para a enfermagem, confirmou-se a tese de que uma escala para a mensuração da relação interpessoal entre enfermeiro e paciente, que repousa sobre o Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes de Imogene King e Teoria da Resposta ao Item, pode subsidiar o cuidado de enfermagem, a partir da diferenciação objetiva do nível de efetividade da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Enfim, considera-se necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de estudos que fomentem evidências fortes relativas ao espaço de relação entre o enfermeiro e o paciente, como elementos que impulsione a melhoria nos cuidados de

enfermagem. Considera-se, ainda, que a aplicação da escala desenvolvida e validada contribua para a prática e pesquisa em enfermagem, na medida em que suscita abordagem que facilitará a implementação de condutas direcionadas para a efetivação da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

7 CONCLUSÃO

O Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem (QRIC) foi desenvolvido e validado no âmbito dos três níveis de atenção à saúde. No processo de desenvolvimento do instrumento, fase designada como polo teórico, foram identificadas as definições constitutivas e operacionais do traço latente sobre o arcabouço do Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes. Deste ponto, construíram-se os itens subsidiado por uma revisão integrativa e pelos grupos focais. A validação de conteúdo foi realizada por nove especialistas e resultou em ótimos Índices de Validade de Conteúdo.

No polo empírico, o instrumento foi aplicado a uma amostra composta por pacientes dos três níveis de atenção à saúde com perfil heterogêneo, sendo a maioria de mulheres, adultas, pardas, com ensino fundamental completo, com renda menor ou igual a um salário mínimo, casadas ou em união consensual e católicas. Estas pessoas estavam envolvidas em cuidados de enfermagem em atenção primária, clínica médica, clínica cirúrgica, atenção ambulatorial e oncologia, confirmando a generalidade do questionário.

No polo analítico, o instrumento final demonstrou alta consistência interna com alfa de Cronbach de 0,90, comprovando sua adequação para medir a relação interpessoal no cuidado. O instrumento foi analisado via Teoria da Resposta ao Item Unidimensional a partir da aplicação do Modelo de Resposta Gradual e demonstrou parâmetros de discriminação dos itens elevados e parâmetros de posicionamento em sua grande maioria negativos. A visualização dos parâmetros dos itens e suas contribuições individuais na mensuração do traço latente permitiu a construção de uma escala com um modelo interpretativo. A escala foi desenvolvida em uma métrica (50,5), ou seja, média 50 e desvio padrão de 5 pontos, composta por cinco níveis interpretativos, que medem essencialmente o quanto efetiva está a relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Cabe destacar que o modelo proposto é probabilístico e não determinístico. Sendo assim, um paciente que atinge determinado nível da escala tem alta probabilidade de possuir tais características. A construção de uma interpretação para cada nível da escala configura-se como o preenchimento de lacuna nos estudos de mensuração de comportamento em saúde, indo além das respostas comumente fornecidas por tais instrumentos.

Em relação às limitações, podemos citar que nem todos os conceitos da teoria de fundo permaneceram representados no instrumento final. Os itens do conceito de estresse apresentaram-se em uma dimensão distinta do traço latente e tiveram que ser retirados, pois, suas presenças impediam a convergência do modelo. Além disso, é necessária a formulação de itens que ancorem nos níveis 5 a 25 e 55 a 80 da escala melhorando a mensuração nestes níveis e, consequentemente, a interpretação dos escores.

Sendo assim, persiste a necessidade de criação e validação de itens que contemplam todos os conceitos que envolvem a relação interpessoal no cuidado de enfermagem, além de itens que tenham o potencial para posicionamento no polo positivo do instrumento, o que significará aumentar a informação do teste nos níveis superiores do instrumento.

Salienta-se como contribuição da tese o desenvolvimento de uma escala com os itens representantes do conceito de estresse, que formaram outra dimensão do traço latente, apresentada na AFC. Uma exploração desses itens pela TRI demonstrou a possibilidade de criação de um instrumento para mensurar a face negativa da relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Figura como desafio a modelagem do instrumento com duas dimensões em um modelo da Teoria da Resposta ao Item Multidimensional.

Além disso, pontuamos a realização de futuras análises sobre fatores associados que possam influenciar a medida ora criada, em busca do entendimento de elementos que expliquem a efetividade da relação interpessoal no cuidado de enfermagem.

Cumpre esclarecer algumas dificuldades enfrentadas ao longo do desenvolvimento desta tese. A principal delas foi a necessidade de grande número de pessoas para responderem ao instrumento, além da aplicação nos três níveis de atenção, requerendo uma equipe coesa e comprometida para a realização da pesquisa. Outra dificuldade foi a greve no hospital da pesquisa, o que gerou redução de leitos hospitalares e levou a mudanças na estratégia da coleta de dados. Encontrar variação nas respostas das pessoas foi um dos enfrentamentos mais delicados e difíceis de conseguir, mesmo se trabalhando com variados locais de coleta de dados.

Por fim, o desenvolvimento de novos estudos sobre a validação do questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem é necessário, a fim de fortalecer os

resultados desta pesquisa e, consequentemente, a utilidade do QRIC. Embora se tenha cumprido todos os objetivos propostos, essa produção não se encerra, tornando-se imperativa a aplicação do questionário em outros serviços de saúde com características distintas dos que foram estudados. Dessa forma, será possível refinar as propriedades de medida dessa escala.

Em síntese, o QRIC mostrou-se válido, preciso e consistente para medir o construto relação interpessoal no cuidado de enfermagem, pois apresentou adequados parâmetros de confiabilidade e validade. Desse modo, convidamos todos a conhecerem, aplicarem, validarem e criticarem o instrumento ora criado.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R.N.D.; MOREIRA, TMM. Estilo de vida de pessoas com hipertensão após o desenvolvimento de complicações ligadas à doença. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. REAS [Internet]*. v.3, n.1, p:26-38, 2014.
- ALLIGOOD, M.R.; EVANS, G.W.; WILT, D.L. King's interacting systems and empathy. In.: FREY, M.A.; SCIELOFF, C.L. **Advancing King's systems framework and Theory of Nursing**. SAGE Publication, California, USA, 1995.
- ANDRADE, D.F.; TAVARES, H.R.; VALLE, R.C. **Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. SENAPE, 2000.
- ARAÚJO, E. A. C.; ANDRADE, D. F.; BORTOLLOTTI, S. L. V. Teoria da Resposta ao Item. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, n. esp., p. 1000-1008, 2009.
- ARAUJO, I.M.A.; SILVA, R.M.; BONFIM, I.M.; FERNANDES, A.F.C. Nursing communication in nursing care to mastectomized women: a grounded theory study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* , v.18, n.1 p:54-60, 2010.
- ARREDONDO-GONZALES, C.P.; SILES-GONZALES, J. Tecnología y humanización de los cuidados. Uma mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm.* V.18, n.1, p: 32-6, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p:73-92, 2004.
- BACKES, D.S., et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, v.35, n.4, p: 438-42, 2011.
- BAER, L.; WEINSTEIN, E. Improving Oncology Nurses' Communication Skills for Difficult Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, v.17, n.3, 2013.
- BAGGIO, M.A.; POMATTI, D.M.; BETTINELLI, L.A.; ERDMANN, A.L. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, v.64, n.1, p:25-30, 2011
- BALAN, M.A.J. **Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, 2008.
- BARBETTA, P.A.; TREVISON, L.M.V.; TAVARES, H.; AZEVEDO, T.C.A.M. Aplicação da teoria da resposta ao item uni e multidimensional. *Est. Aval. Educ.*, v. 25, n. 57, p: 280-302, 2014.
- BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**. São Paulo: Ed. Vozes, 1975.

BORGES, J.W.P. Instrumento de Avaliação da Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo. Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2012.

BRASIL. M.S. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery**, v.19, n.3, p: 467-474, 2015.

BROCA, P.V; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v.65, n.1, 2012.

BUBER, M. **Eu e tu**. Tradução Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo: centauro, 10^a ed. 2012.

CAMPO-ARIAS, A.; VILLAMIL-VARGAS, M.; HERAZO, E. Confiabilidad y dimensionalidade del AUDIT em estudiantes de medicina. **Psicología desde el Caribe**. v.30, n.1, sp. 2013.

CARVALHO, R.E.F.L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2011.

CARVALHO, V. **Para uma epistemologia da enfermagem: tópicos de crítica e contribuição**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

CHALMERS, R.P. Mirt: a multidimensional item responsetheory package for the R environment. **J Stat Software**. v.48, n.6, p: 1-29, 2012.

CHAVES, E.S.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M..V.O. Clareza na utilização dos sistemas sociais da teoria de alcance de metas. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 4, p. 698-704, 2007.

CHERNICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A.F. Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. **Saúde Soc**, v.22, n.3, p:830-39, 2013.

COSTA, F.M. **O Modelo de Samejima no estudo da relação NSE x Desempenho Via Teoria da Resposta ao Item**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Matemática e Estatística da Universidade Federal do Pará). Belém, PA, 2010.

COSTA, P.D.M. **Modelos multidimensionais de resposta ao item**. Tese (Doutoramento em Engenharia Industrial e Sistemas), Universidade do Minho, Portugal, 2011.

COULTER, A.; ENTWISTLE, V.A.; ECCLES, A.; RYAN, S.; SHEPPERD, S.; PERERA, R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3. Art. No.: CD010523, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2.

DAMÁSIO, B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, v.11, n.2, p: 213-228, 2012.

DATASUS. **Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – Ceará**. Tabwin (Hospital De Messejana Dr Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Geral De Fortaleza, Hospital Universitário Walter Cantidio - Período: Jan/2013-Jun/2014). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxce.def>. Acesso em 23 de agosto de 2014.

DEVIK, S.A.; ENMARKER, I.; HELLZEN, O. When expressions make impressions-Nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: A phenomenological-hermeneutic approach to understanding. **Int J Qualitative Stud Health Well-being**, n.8, p:21880 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21880>

DIAZ HEREDIA, L.P.; MUÑOZ SANCHEZ, A.I.; VARGAS, D. Validade e confiabilidade do Questionário de Espiritualidade de Parsian e Dunning em versão espanhola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 559-566, 2012.

DOORENBOS, A.Z.; JUNTASOPEEPUN, P.; EATON, L.H et al., Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. **J Transcult Nurs.** n.24, v.4., 2013. doi:10.1177/1043659613493439.

DOUGNAC, L.C.A.; VICENTE, I.; MUÑOZ, V.; ROJAS, V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. **Rev Med Chile**, n.135, p: 696-701.

EGRY, E.Y. **Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem**. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

EMBRETSON, S.; REISE, S.P. **Item response theory for psychologists**. Lawrence Erlbaum, Inc. New York, 2000.

FALCÃO, L.M. FALCÃO. **CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL**: fundamentação no sistema interpessoal de King. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará. FORTALEZA – CEARÁ, 2007.

FALCONE, E.M.O., et al. Inventário de empatia (i.e.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, v.7, n.3, p. 321-334, 2008.

FARIA, CDCM. **Desenvolvimento e validação de um instrumento clínico para identificação de características biomecânicas e estratégias de movimento adotadas por hemiplégicos durante o desempenho no teste Timed “Up and go”**.

Tese (doutorado) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2009.

FEHRING, R. J. The Fehring Model. In: CARROL-JOHNSON, R. M; PAQUETTE, M. **Classification of nursing diagnoses**, proceedings of the tenth conference. Philadelphia: JB Lippincott - North American Nursing Diagnosis Association, p. 55-62, 1994.

FERREIRA, L. et al. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Aval. psicol.**, v. 13, n. 3, p. 457-461, 2014.

FLECK, M.P.A et al . Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p.446-55, 2003.

FLECK, M.P.A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev. Saúde Pública**, , v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FLECK, M.P.A; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, , vol.37, n.6, p: 793-799. 2003.

FORMIGA, N.S., et al. Escala multidimensional de reatividade interpessoal - emri: consistência estrutural da versão reduzida. **Rev. Psicol. Trujillo(Perú)** v.13, n.2, p.188-198, 2011.

FORMOSO, G.A. et al., As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enfer. UERJ**, v.20, n.1, p:124-7.

FOX, J. The R Commander: a basic-statistics graphical user interface to R. *Journal of Statistical Software*. v.14, n.9, p: 1-42, 2005. ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p: 3061-3068, 2011.

FREITAS, K.S. **Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem – Salvador, 2011.

FREITAS, K.S.; MENEZES, I.G.; MUSSI, F.C. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.4, p: 660-8, 2015.

FREITAS, M.KN., et al. Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. **Invest. Educ. enferm**, v.24, n.1, p:78-85, 2006.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, p.165-81, 2001.

GALVÃO, L.K.S., et al. Proposta de uma medida de empatia focada em grupos: validade fatorial e consistência interna. **Psico** v. 41, n. 3, p: 399-405, 2010.

GARCIA, M.C.C.; CIRINO, I.D.; ELIAS, T.M.N.; LIRA, A.L.B.C.; ENDERS, B.C. interação enfermeiro-paciente na adesão ao tratamento da tuberculose: reflexão à luz de Imogene King. **Rev enferm UFPE on line**. v.8, n.1, p:2513-21, 2014.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Teorias de enfermagem. In: GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y.. (Org.). **Integralidade da atenção n SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. 1ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010, v. 1, p. 31-40.

GOMES, DE. **Criação de uma escala para avaliar a percepção dos funcionários de hospitais universitários no Brasil quanto ao ambiente organizacional**. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

HADJI, C. **A avaliação, regras do jogo: das intenções aos instrumentos**. Porto Editora, Porto, Portugal, 1994.

HAIR JR, F.H. et al. **Análise Multivariada de dados**. 6 ed. – Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALFOUN, V.L.R. C; AGUIAR, O.B; MATTOS, D.S. Construção de um instrumento de avaliação de satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v.32, n.4, p.424-43, 2008.

HAYTON JC, ALLEN DG, SCARPELLO V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. **Organ Res Meth**, v.7, n.2, p: 191-205, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1094428104263675>

HAYTON, J.C.; ALLEN, D.G.; SCARPELLO, V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis. **Organ Res Meth**. v.7, n.2, p: 191-205, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1094428104263675> Acesso em: 31 jan. 2015

IZUMI, S.; BAGGS, J.; KNAFL, K.A. Quality Nursing Care for Hospitalized Patients with Advanced Illness: Concept Development. **Res Nurs Health**. v.33, n.4, p:299–315, 2010. doi:10.1002/nur.20391.

KING, I. A systems framework for nursing. In.: FREY, M.A.; SCIELOFF, C.L. **Advancing King's systems framework and Theory of Nursing**. SAGE Publication, California, USA, 1995.

KING, I. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. Delmar Publishers Inc, New York, 1981.

KLAKOVICH, M.; CRUZ, F.A. Validating the Interpersonal Communication Assessment Scale. **Journal of Professional Nursing**, v.22, n.1, p.60-67, 2006

KOHAN, N.C. Teoría de Respuesta al Ítem: Supuestos Básicos. **Evaluación.** v.1, n.4, p.95-110, 2004,

LAAL, M. Inpatient's perspective on Nursing Care; affecting factors. **Procedia – Social and Behavioral Sciences** v.84, s/n, p.243-47, 2013.

LEENEN, I. Virtudes y limitaciones de la teoría de respuesta al ítem para la evaluación educativa en las ciencias médicas. **Inv Ed Med**, v.3, n.9, p: 40-55, 2014.

LEVORATO, C.L.; MELLO, L.M.; SILVA, A.S.; NUNES, A.A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva.** v.19, n.4, p: 1263-74, 2014.

LINDEN, W.J.; HAMBLETON, R. K. **Handbook of Modern Item Response Theory.** Springer: New York, 1996.

LINS, G.A.I. et al . Teoria de Tornar-se Humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 4, p. 1179-1186, 2013 .

LOPERA, M.E.M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermeira-paciente em el ámbito del cuidado clínico. **Index Enferm**, v.15, n.54, p:48-52, 2006.

LOPES, R.C.C.; AZEREDO, Z.A.S.; RODRIGUES, R.M.C. Interpersonal Communication Assessment Scale: Psychometric Study of the Portuguese Version. **Journal of Professional Nursing**, v.29, n.1, p.59–64, 2013.

MACHADO, C.J.; PEREIRA, C.A. Instrumentos de coleta de dados na Saúde Pública: resenha crítica da obra de Monteiro e Horta. **Cad. saúde colet.**, v. 22, n. 4, p. 437-438, Dec. 2014 .

MAHESWARANA, H.; KUPEKC, E.; PETROUA, S. Self-reported health and socio-economic inequalities in England, 1996–2009: Repeated national cross-sectional study. **Social Science & Medicine**, v.136–137, p: 135–146, 2015.

MARCOLINO, J.A.M.; IACOPONI, E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. **Rev Bras Psiquiatr** v.23, n.2, p:88-95, 2001.

MARTIN ARRIBAS, M.C. Diseño y validación de cuestionarios. **Matronas Profesion**, v.5, n.17, s/p, 2004.

MATSUDA, L.M.; SILVA, N.; TISOLIN, A.M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.25, n.2, p:163-170, 2003.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento - As Bases Biológicas do Conhecimento Humano.** Campinas: São Paulo: Ed. Palas Athena, 2004.

MAYA, A.M.S.; ACOSTA, C.M. Um sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermeira-paciente es el núcleo del cuidado. **Av. enferm** v.26, n.2. p:107-115, 2008.

MCEWEN, M; WILLS, E.M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. Trad. Ana Maria Thorell. – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

MEDEIROS, R.K.S; Ferreira Júnior, M.A.; Pinto, D.P.S.R.; VITOR, A.F.; SANTOS, V.E.P.S.; BARICHELLO, E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v.4, n. 4, p: 127-35, 2015.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development & progress**. -5. Ed. – Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELLO, M.G. **Percepção de nutrizes sobre a promoção do aleitamento materno no sistema prisional à luz da estrutura dos sistemas abertos de Imogene King**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2015.

MELO, R.P.; Moreira, R.P.; Fontenele, F.C.; AGUIRAR, A.S.C.; JOVENTINO, E.S.; CARVALHO, E.C. critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v.12, n.2, p: 424-31, 2011.

MIRANDA, S.P.L. **Diagnóstico de enfermagem em clientes oncológicos críticos em cuidados paliativos fundamentados na teoria do alcance de metas de King**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2016.

MOREIRA, T. M.M; ARAUJO, T.L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de imogene king. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. (Manuscrito), Programa De Pós Graduação Em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação, Universidade Católica De Brasília: Brasília, 2003.

MORSE, J. et al., Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in nursing**, v.12, n.1, p:1-14, 1990.

MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v.28, n.3, p:309-14, 2007.

MUÑIZ, J. Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. **Papeles del Psicólogo**. v.31, n.1, p: 57-66, 2010.

NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: A teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Rev Latino-am Enfermagem** n.17, v.2, 2009.

NELSON, E.C.; EFTIMOVSKA, E.; LIND, C.; HAGER, A.; WASSON, J.H.; LINDBLAD, S. Patient reported outcome measures in practice. **BMJ**, v.350, p:7818, 2015. doi:10.1136/bmj.g7818.

NGUYEN, T.H.; HAN, H.; KIM, M.T.; CAN, K.; CHAN, S. An Introduction to Item Response Theory for Patient-Reported Outcome Measurement. **Patient.**; v.7, n.1, p: 23–35. 2014. doi: 10.1007/s40271-013-0041-0PMCID: PMC4520411

NOGUEIRA, A.N. **Famílias convivendo com um portador de acidente vascular cerebral: uma proposta de cuidado baseada em Imogene King**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí-Santa Catarina, 2006.

OLIVEIRA, CJ. **Revisão do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2011.

OLIVEIRA, R.M.; FUREGATO, A.R.F. Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, n.8. v.2, p:87-93, 2012.

Oliveira, Roberta Meneses. **Comportamento destrutivo no trabalho em saúde: análise de conceito**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

ORTEGA, Y.G. La enfermeira experta y las relaciones interpersonales. **Aquichan** v.7, n.2, p:130-38, 2007.

OSTINI, R.; NERING, M. **Polytomous item response theory models - Quantitative applications in the social sciences**. Sage Publications, Inc. – California, 2006.

PADILHA, M.I.C.Z.; MAIA, A.R.; VIEIRA, M.; MACHADO, C. Significados das práticas de não cuidados na visão dos clientes hospitalares. **Rev Bras Enferm**, n.57, v.6, p: 724-8.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. 1 ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília, v.141, p. 188-188, 1999.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 1. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** 5. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2013.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 23, Número especial, p. 99-107, 2007.

PASQUALI, L; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item – TRI. **Avaliação Psicológica**, v.2, n.2, p. 99-110, 2003.

PEREIRA, M.; MELO, C; GAMEIRO, S.; CANAVARRO, M.C. Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. **Laboratório de Psicologia**, v.9, n.2, p: 109-123, 2011.

PETERSON, A.A.; CARVALHO, E.C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev. bras. Enferm**, v. 64, n. 4, p:692-697, 2011.

PETERSON, J.L. **Multidimensional item response theory observed score equating methods for mixed-format tests**. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa, 2014.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP.**, v.42, n.1, p:66-72, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, DF; BECK, CT; OWEN, SV. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.30, p. 459-467, 2007.

PONTES, A.C.; LEITAO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 61, n. 3, p.312-18, 2008.

POTT, F. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. 2, p:174-179, 2013.

PRIETO, L.; BADIA, X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. **Atención Primaria**, v.28, n.3, p. 201-09, 2001.

PRIMI, R. Psicometria: fundamentos matemáticos da Teoria Clássica dos Testes. **Avaliação Psicológica**, v.11, n.2, p: 297-307, 2012.

PRIMI, R.; COUTO, G. Teoria De Resposta Ao Item (tri): conceitos elementares dos modelos para itens dicotômicos. **Boletim de Psicologia**, v.56, n.134, p: 001-015. 2011.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. Version 2.13.2. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2011.

RENAUD, I.C.R. O cuidado em enfermagem. **Pensar Enfermagem**, v.14, n.01, p: 02-08, 2010.

REVELLE, W. Psych: procedures for psychological, psychometric, and personality research. Eavaston: Northwestern University; 2010. Disponível em:
<http://personality-project.org/r/psych.manual.pdf> Acesso em: 31 jan. 2015

RICKASSE MD. Multidimensional Item Response Theory – Statistics for social and behavioral sciences. New York: Springer; 2009.

RODRIGUES MTP, MOREIRA TMM, VASCONCELOS AM, ANDRADE DF, SILVA DB, BARBETTA PA. Instrumento mensurador de adesão para hipertensos: contribuição da Teoria da Resposta ao Item. **Rev Saude Publica**, v.47, n.3, p: 523-30. 2013.

RODRIGUES, A.V.D. et al . Elaboración de un instrumento para evaluar la responsividad del Servicio de Enfermería de un Hospital Universitario. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 167-174, 2012 .

RODRIGUES, M.T.P. ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI). Tese (Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR), Fortaleza, CE, 2012.

RODRIGUES, M.T.P.; MOREIRA, T.M.M.; ANDRADE, D.F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-240, 2014.

ROLIM, K.M.C.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p: 432-40 2005.

SAMEJIMA FA. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika**. v.34, p:100-14, 1969.

SANTOS, F.P.A.; MATUMOTO, A.A.N. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev esc Enferm USP**, n.47, v.1, p: 107-14, 2013.

SANTOS, L.N.M., et al. Relações interpessoais na estratégia saúde da família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. **Rev. Enferm UFPE on line**, v.8, n.1, p:155-9, 2014.

SANTOS, Z.M.S.A.; OLIVEIRA, V.L.M.; PAGLIUCA, L.F.M. Teoria de Peplau – análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 110-117, 2004.

SCHIMIDT, T.C.; SILVA, M.J.P. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, n.20, v.3, p:349-54, 2012.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.6 [citado 2015-01-31], pp. 1487-1494 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600005>. Acesso em: 31 jan. 2015

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M.A. Validação de conteúdo de resultados de enfermagem, segundo a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) para pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.(1):[08 telas], 2011.

SHEN W.; DAVIS T.; LIN D. K. J. LIN; NACHTSHEIM C.J. Dimensional Analysis and Its Applications in Statistics. **Journal of Quality Technology**, v. 46, n. 3, July. 2014.

SIELOFF, C.L. Development of a theory of departmental power. In.: FREY, M.A.; SCIELOFF, C.L. **Advancing King's systems framework and Theory of Nursing**. SAGE Publication, California, USA, 1995.

SILVA JUNIOR, S.H.A.; VASCONCELOS, A.G.G.; GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L. Validity and reliability of the work ability index (WAI) in nurses' work. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.6, p:1077-1087, 2011.

SILVA, F.A.A. **Adesão ao autocuidado com os pés em diabéticos: desenvolvimento de um instrumento embasado na Teoria da Resposta ao Item (TRI)**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual do Ceará, 2015.

SOUTELLO, A.L.S.; RODRIGUES, R.C.M.; JANNUZZI, F.F.; SPANA, T.M.; GALLAN, M.C.B.J.; NADRUZ JUNIOR, W. Desempenho psicométrico da versão brasileira do Mini-cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial (MINICHAL). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.4, p:10. 2011

SOUTO, C.M.R.M.; GARCIA, T.R.; COLER, M.S. Processo de enfermagem aplicado a cliente com câncer de mama: estudo de caso embasado no referencial teórico de Imogene King. **Rev. RENE**, v.1, n.1, p:61-67, 2000.

TAKAMATSU, G.S.L. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos queimados e de seus familiares no período próximo à alta hospitalar**. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005).

THYGESEN, M.K.; PEDERSEN, B.D.; KRAGSTRUP, K.; WAGNER, L.; MOGENSEN, O. Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study. **BMC Health Services Research** n.12, v.168, 2012,

UFC, UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Relatório De Gestão 2011 – Hospital Universitário Walter Cantídio.** Fortaleza, 2011.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 1, p:106-13, 2011 .

VILELA, S.C. **Escala de observação da interação enfermeiro-cliente: construção e validação.** Tese Doutorado (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VILELA, S.C.; CARVALHO, A.M.P.; PEDRÃO, L.J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.1, p: 96-102, 2014.

WATZLAWIC, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D. **Pragmática da comunicação humana:** um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Ed. Cultrix – São Paulo, 1997.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. v.52, n.5, p:546-553, 2005.

WIRTH, R.J.; EDWARDS, M.C. Item factor analysis: Current approaches and future directions. **Psychol Methods.** v.12, n.1, p: 58-79, 2007.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.12.1.58>. Acesso em: 31 jan. 2015

YANG, F.M.; KAO, S.T. Item response theory for measurement validity. **Shanghai Archives of Psychiatry.** v.26, n.3, p: 171-177, 2014. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2014.03.010.

YU, ST.; CHANG, H.; YAO K.; LIN, Y.; HURNG, B. Validity of EQ-5D in general population of Taiwan: results of the 2009 National Health Interview and Drug Abuse Survey of Taiwan. **Quality of Life Research**, , v.24, n.10, p: 2541-2548. 2015

ZOBOLI, E.L.C.P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm**, n.20, v.3, p:316-20, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pacientes)

Eu, José Wictor Pereira Borges, Enfermeiro, doutorando em Cuidados Clínicos da Universidade Estadual do Ceará e a Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira, estamos desenvolvendo uma pesquisa para construir um instrumento para avaliar como está o relacionamento interpessoal entre o senhor e o enfermeiro. A pesquisa é intitulada “RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: elaboração e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”.

O(A) Senhor(a) está sendo convidado a participar desse estudo respondendo a algumas perguntas. A sua participação é importante para a realização dessa pesquisa, pois, nos ajudará a construir um instrumento que irá contribuir com o cuidado de enfermagem. De antemão lhe agradecemos e esclarecemos que a sua colaboração será responder a dois questionários, um sobre um pouco da sua vida e outro sobre como o(a) senhor(a) vivencia a relação com o enfermeiro que está cuidando do senhor.

A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o(a) senhor(a). Como benefício da sua participação tem-se o momento de diálogo como possibilidade da humanização. Como riscos, a participação poderá gerar sentimento de angústia ao relembrar situações de cuidado que não foram boas. Caso isto ocorra a pesquisa será suspensa e o pesquisador realizará uma escuta ativa para ajuda-lo a elaborar esses sentimentos.

Esclarecemos que será garantida a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer momento, e que o seu nome, idade ou qualquer informação que possa lhe identificar não serão divulgadas a terceiros. As informações que o(a) senhor(a) nos dará serão utilizadas apenas para essa pesquisa. Garantimos o acesso as informações sobre o estudo em qualquer etapa. Você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Enf. José Wictor Pereira Borges que pode ser encontrado no endereço: Rua Min José Américo nº80, Apto 933, Cambeba, Fortaleza – CE, CEP: 60830-70; ou pelo Telefone (85) 96418613.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE B - Carta-convite aos juízes

Prezada/o Dr(a).,

Meu nome é José Wicto Pereira Borges, sou Doutorando em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: elaboração e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”, sob a orientação da Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira.

Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista em relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das definições constitutivas e das definições operacionais que compõem o construto “relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem”, bem como avaliará a passagem desses conceitos abstratos para o campo da representação comportamental, ou seja, o da operacionalização do construto em itens.

Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (e-mail ou correspondência convencional). Após sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Se optar pela correspondência convencional, solicitamos ainda que nos remeta o seu endereço postal completo para o envio do material acima descrito.

Gostaríamos, se possível, que você indicasse mais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

José Wicto Pereira Borges
wictoborges@yahoo.com.br

Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira
tmmmoreira@pq.cnpq.br

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)

Prezado (a):

Meu nome é José Wictor Pereira Borges, sou enfermeiro e aluno do Doutorado em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Estou desenvolvendo a pesquisa “RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: elaboração e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”, sob a orientação da Prof. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira.

O(A) Senhor(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa cujo objetivo é validar uma escala para a mensurar a relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem. Sua participação é fundamental em virtude da dificuldade de encontrar experts nessa temática. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das definições constitutivas, definições operacionais e dos itens que compõem a escala “relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem”, esta tarefa será realizada por meio de formulário específico.

A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o senhor. Como benefício da participação tem-se o momento de avaliação como oportunidade de estudos e aprofundamento teórico nesse campo do conhecimento. Os riscos da participação são mínimos, podendo haver constrangimento ao responder alguma pergunta, no entanto o participante terá total liberdade para respondê-la.

Garanto que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução desta pesquisa e serão mantidas em confidencialidade. O(a) senhor(a) terá acesso as mesmas caso as solicite. Além disso, o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Enf. José Wictor Pereira Borges que pode ser encontrado no endereço Rua Min José Américo nº80, Apto 933, Cambeba, Fortaleza – CE, CEP: 60830-70; Telefone: (85) 96418613; E-mail: wictoborges@yahoo.com.br.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Assinatura do Juiz

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE D - Instruções para avaliação dos especialistas

RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: elaboração e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item

A finalidade desta pesquisa é desenvolver e validar um instrumento para a mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem. A relação interpessoal entre enfermeiro e paciente é um construto teórico complexo que requer mecanismos para a sua avaliação. O traço latente designado pela “relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem” com todas as nuances que o estrutura, necessita ser abstraído da empiria e tornar-se um construto capaz de ser avaliado objetivamente, a partir da mensuração, tendo consciência dos aspectos subjetivos que o fundam na relação existencial do humano no encontro face a face.

Neste estudo de doutoramento buscamos defender a tese de que um instrumento para a mensuração da relação interpessoal entre enfermeiro e paciente que repousa sobre o Sistema Interpessoal do modelo teórico de Imogene King e Teoria da Resposta ao Item é capaz de subsidiar o cuidado clínico de enfermagem a partir da diferenciação objetiva de uma relação interpessoal efetiva ou não efetiva para o cuidado.

A realização deste estudo justifica-se na tentativa de subsidiar, a partir do instrumento desenvolvido, insumos para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem capaz de incentivar mudanças na postura profissional a partir do esclarecimento dos indivíduos envolvidos no processo de cuidado sobre seus modos de ação.

Construção de instrumentos de medida

Para a criação do instrumento estamos utilizando os passos metodológicos da psicometria seguindo o modelo proposto por Pasquali que se baseia em três polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos e procedimentos analíticos (PASQUALI, 2003).

O pólo teórico enfoca a questão da teoria que deve fundamentar o instrumento. Esse pólo explicita a teoria do traço latente, bem como os tipos, categorias e comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço. O conceito de traço latente vem referido ou inferido como variável hipotética. Nesta tese o traço latente trabalhado é a “relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem” que foi definido como: interação entre duas ou mais pessoas que se comunicam, transferem valores e energia a partir de seus papéis na sociedade.

Como as estruturas latentes são atributos impérvios à observação empírica, então o traço latente precisa ser expresso em comportamentos para ser cientificamente abordado. Significa demonstrar que a operacionalização do atributo latente em comportamentos (itens) de fato corresponde a esse atributo. Esta demonstração é tipicamente tentada pelas análises estatísticas dos itens individualmente e do teste como um todo (PASQUALI, 2007).

Este teorizar implica em resolver algumas questões básicas que permitem enveredar para a construção adequada de um instrumento de medida. Especificamente, precisa-se estabelecer a dimensão e os traços que o constitui para realizar a operacionalização em tarefas comportamentais, que serão os itens que deverão ser

respondidos para que haja a resposta sobre a relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.

O instrumento que estamos propondo denomina-se Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado Clínico de Enfermagem (QRIC) a dimensionalidade foi estabelecida a partir do Modelo Teórico de Imogene King. As definições constitutivas e os itens propostos foram elaborados a partir de uma revisão integrativa da literatura e realização de seis grupos focais com o total de 58 participantes que indicaram os elementos constitutivos da relação interpessoal do paciente com o enfermeiro.

Para dar continuidade ao processo de construção e validação do QRIC é necessário a avaliação do material construído por especialistas no assunto para assegurar que as definições operacionais e os itens apresentem garantias de validade teórica. Essa tarefa de análise é feita por especialistas que avaliam a pertinência dos itens ao construto que representam.

A avaliação dos especialistas será realizada a partir dos critérios e pontuações conforme quadro abaixo.

Critério	Pontos
A definição operacional /o item NÃO é indicativa(o) da Relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.	1
A definição operacional /o item é MUITO POUCO indicativa(o) da Relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.	2
A definição operacional /o item é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) da Relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.	3
A definição operacional /o item é MUITÍSSIMA(O) indicativa(o) da Relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.	4

Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento preenchido em um **prazo de 20 dias** para que os resultados das avaliações sejam analisados e possamos dar prosseguimento ao estudo.

Referências

- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** 1. ed. v.1. Petrópolis: Vozes, 2003.
- PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 23, Número especial, p. 99-107, 2007.

APÊNDICE E - Instrumento para a validação de conteúdo

CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Nome:

Idade:

Cidade/Estado em que trabalha/Estuda:

Instituição em que trabalha/Estuda:

Função que exerce no trabalho:

Tempo de formado:

Formação acadêmica (titulação):

(caso tenha mais de um dos títulos marque mais de uma opção).

- Doutor
- Mestre
- Especialista

Produção científica:

(caso tenha mais de um dos atributos listados abaixo, marque mais de uma opção).

- Pesquisa envolvendo teoria de enfermagem ou relação interpessoal
- Publicação envolvendo teoria de enfermagem ou relação interpessoal
- Conhecimento sobre estudos de construção e validação de materiais para enfermagem ou saúde

Prática clínica:

(marque apenas uma opção).

- Experiência assistencial menor que 5 anos
- Experiência assistencial entre 5 e 9 anos
- Experiência assistencial maior que 10 anos

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DA RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

A seguir, as definições operacionais (DO) dos cinco conceitos (interação, comunicação, transação, papel e estresse) da relação interpessoal segundo Imogene King. Uma definição de um construto é operacional quando ele é definido em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa.

As DO foram elaboradas de acordo com a literatura e com os grupos focais que foram realizados. De acordo com seu conhecimento e experiência **digite um 'x'** na opção que o(a) Sr(a) considera mais adequada para cada DO.

1-Não é indicativa; 2-Muito pouco indicativa; 3-Consideravelmente indicativa; 4-Muitíssimo indicativa.					
INTERAÇÃO	O Enfermeiro demonstra disponibilidade de tempo e realiza os cuidados de enfermagem com afeto.	1	2	3	4
	Um tempo maior de interação promove o vínculo entre enfermeira e paciente permitindo o partilhar de emoções.	1	2	3	4
	O toque do enfermeiro é percebido como aproximação pelo paciente.	1	2	3	4
	Profissionais de enfermagem que brincam, sorriem, gravam o nome do paciente são mais agradáveis.	1	2	3	4
	Suprir as necessidades quotidianas ajudando a realização da higiene oral, ida ao banheiro, auxilio nas refeições.	1	2	3	4
	Suprir necessidades relacionadas ao tratamento com entrega segura e pontual de medicamentos, controle da dor e realização de medidas de conforto.	1	2	3	4
Anotações:					
COMUNICAÇÃO	A equipe de enfermagem utiliza uma linguagem verbal compreensível para o paciente.	1	2	3	4
	O enfermeiro comunica os procedimentos de enfermagem esclarecendo dúvidas do paciente.	1	2	3	4
	O enfermeiro demonstra acreditar na fala do paciente.	1	2	3	4
	A equipe de enfermagem solicita o consentimento devido para a realização dos cuidados.	1	2	3	4
	A equipe de enfermagem conversa sobre assuntos não relacionados à hospitalização transmitindo sentimentos positivos.	1	2	3	4
	A disposição para escutar o outro qualificar o vínculo relacional.	1	2	3	4
	O uso dos gestos como recursos técnicos podem auxiliar, acompanhar, ajudar, estimular e manter o relacionamento interpessoal.	1	2	3	4
	Gestos de aproximação, toque, menear a cabeça, olhar no olho colocam os pacientes em um lugar mais confortável no processo comunicativo.	1	2	3	4
Anotações:					
TRANSAÇÃO	Encontro empático entre enfermeiro e paciente envolvendo afetividade e solidariedade.	1	2	3	4
	O enfermeiro e paciente constroem um vínculo com compromissos e corresponsabilizações.	1	2	3	4
	O profissional de enfermagem busca consentimento para a realização dos	1	2	3	4

	cuidados.			
	Preservação da confidencialidade e privacidade são características morais e éticas que fortalecem a transação entre enfermeiro e paciente.	1	2	3 4
	Consideração da individualidade da pessoa, de suas experiências, e valores na formulação de planos de cuidados.	1	2	3 4
	Preserva a dignidade da pessoa em sua relação com a família.	1	2	3 4
	A flexibilidade dos profissionais de enfermagem em relação às normas institucionais.	1	2	3 4
	A habilidade técnica e o raciocínio clínico do enfermeiro são características que valorizam o relacionamento interpessoal e que passam confiança para os pacientes.	1	2	3 4

Anotações:

PAPEL	O reconhecimento das identidades do paciente e do enfermeiro permite a aproximação para o diálogo.	1	2	3 4
	O enfermeiro demonstra competência técnica e científica nos cuidados em saúde.	1	2	3 4
	O ideal moral e ético dos profissionais de enfermagem devem expressar características humanitárias, afetivas, relacionais, vocacionais e uma ética voltada para a justiça e respeito aos direitos.	1	2	3 4
	Dificuldade em estabelecer limites na relação interpessoal pode desvirtuar a imagem do enfermeiro percebida pelo paciente modificando a apreensão dos cuidados.	1	2	3 4

Anotações:

O estresse se mostrou transversal aos outros conceitos. Ele compõe a troca de energia para a interação, comunicação, transação e papel. Quando em algum desses elementos o equilíbrio é perdido tem-se a manifestação do estresse.

Definições operacionais do Estresse				
1-Não é indicativa; 2-Muito pouco indicativa; 3-Consideravelmente indicativa; 4-Muitíssimo indicativa,				
INTERAÇÃO	Atendimento com atitudes grosseiras (movimentos bruscos, falta de educação, arrogância, impaciência, desinteresse pelo outro, desvalorização de queixas, e discriminação) faz o paciente sentir que o cuidado é inferior, embora possa ter sido tecnicamente apropriado.	1	2	3 4
	Pacientes agressivos provocam distanciamento dos profissionais de enfermagem.	1	2	3 4

	Diminuição do contato físico que comprometa a frequência das visitas contribui para gerar o estresse.	1	2	3	4
	Diminuição do contato dos profissionais de enfermagem com os familiares nos momentos da visita ao paciente contribui para gerar o estresse.	1	2	3	4
	Maior preocupação com o equipamento do que com o paciente promove distanciamento e inibição para solicitação de ajuda.	1	2	3	4
	Aproximação do profissional de enfermagem que negligencie a privacidade dos pacientes (falhas referentes à proteção do corpo e da intimidade) promove uma relação interpessoal negativa.	1	2	3	4
COMUNICAÇÃO	Gesticulação com significado de rejeição ou reprovação das atitudes do outro são provocadores do estresse.	1	2	3	4
	Linguagem verbal incompreensível para o paciente dificultará a relação.	1	2	3	4
	A fala do paciente possui elementos culturais e linguísticos que o enfermeiro não comprehende dificultando a relação.	1	2	3	4
	Negligência da fala do outro impossibilita a instituição de um plano terapêutico eficaz.	1	2	3	4
TRANSAÇÃO	Atendimento sem solicitude, presteza e afetividade faz o paciente se sentir excluído.	1	2	3	4
	Enfermeiros com pouca perícia técnica e frágil raciocínio clínico não passam confiança na transação.	1	2	3	4
	O desrespeito às crenças, a cultura e a vontade do outro promove frustração e desperta os sentimentos de decepção, raiva e tristeza.	1	2	3	4
PAPEL	O início de uma relação interpessoal sem o reconhecimento dos interactuantes torna o momento de encontro desprovido de vínculo.	1	2	3	4
	Ações referentes ao esquecimento, por parte do profissional, de algum material (resíduo das atividades técnicas exercidas como termômetro, garrote e tampas de agulhas) no território ou no espaço pessoal do paciente enfraquece o vínculo.	1	2	3	4
	Ações referentes às exposições e às intrusões físicas e visuais que violam a privacidade levam aos pacientes a entenderem que os cuidados não são competentes.	1	2	3	4
Anotações:					

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ITENS

A seguir, encontram-se listados os itens do instrumento piloto elaborados a partir das definições operacionais. De acordo com seu conhecimento e experiência **digite um ‘x’ na opção que o(a) Sr(a) considera mais adequada para cada item.**

1-Não é indicativa; 2-Muito pouco indicativa; 3-Consideravelmente indicativa; 4-Muitíssimo indicativa				
INTERAÇÃO	1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	1	2	3
	2. Você percebe afetividade quando está recebendo cuidados de enfermagem?	1	2	3
	3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidado de você é suficiente?	1	2	3
	4. Você sente tranquilidade quando o enfermeiro toca a sua pele?	1	2	3
	5. O enfermeiro sabe o seu nome?	1	2	3
	6. Nos encontros com o enfermeiro há momentos de descontração?	1	2	3
	7. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?	1	2	3
	8. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro é eficaz?	1	2	3
COMUNICAÇÃO	9. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	1	2	3
	10. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	1	2	3
	11. No atendimento, o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	1	2	3
	12. O enfermeiro confia no que você fala?	1	2	3
	13. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	1	2	3
	14. Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?	1	2	3
	15. O enfermeiro escuta você falar?	1	2	3
	16. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	1	2	3
TRANSAÇÃO	17. Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	1	2	3
	18. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal com a cabeça?	1	2	3
	19. Você entende o que o enfermeiro escreve?	1	2	3
	20. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	1	2	3
	21. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos mútuos?	1	2	3
	22. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	1	2	3
	23. Na realização de procedimentos o enfermeiro solicita o seu consentimento?	1	2	3
	24. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	1	2	3
PAPEL	25. Você sente que recebe um cuidado personalizado?	1	2	3
	26. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	1	2	3
	27. O enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	1	2	3
	28. Alguma regra na instituição de saúde foi suspensa pelo enfermeiro em seu benefício?	1	2	3
	29. Você confia na avaliação clínica do enfermeiro que lhe atende?	1	2	3
	30. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	1	2	3
	31. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	1	2	3
	32. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	1	2	3

ESTRESSE	36. O enfermeiro já lhe atendeu com grosseria ou falta de educação?	1	2	3	4
	37. Você já foi agressivo com o enfermeiro?	1	2	3	4
	38. É fácil você se irritar com o enfermeiro?	1	2	3	4
	39. Você percebe que o enfermeiro não conversa com a sua família?	1	2	3	4
	40. Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	1	2	3	4
	41. Você já teve alguma crença desrespeitada pelo enfermeiro?	1	2	3	4
	42. Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	1	2	3	4

Obs: após o processo de validação a numeração dos itens será modificada.

APÊNDICE F- Caracterização sociodemográfica e de cuidado

- Nome _____
1. Local da coleta: 1 () HU 2 () ESF 3 () CIDH
 2. Sexo/gênero: 1()M 2()F
 3. Idade: _____ anos
 4. Raça: (1) branca (2) parda (3) negra (4) indígena (5) amarela
 5. Escolaridade : 1() sem grau de instrução; 2() Fund. Inc.; 3() Fund. Com;
4() Médio Inc; 4() Médio Com; 5() Superior Inc; 6() Superior comp.
 6. Ocupação: _____
 7. Renda familiar: 1() ≤ 1 salário; 2() entre 1 e 2 salários 3() de 2 a 5 salários
4() mais de 5 sal
 8. Estado civil: 1() Casado 2() União estável 3() Solteiro(a) 4() Viúvo(a)
5() Separado
 9. Religião: (1) católica (2) evangélica (3) outra_____.
 10. Motivo de procura do serviço de saúde (ex. realizar prevenção câncer de colo; participar de grupo; curativo; tratamento de doença (citar a doença); pré natal....):

 11. No último ano quantas vezes você esteve internado?

 12. Para pacientes UAPS e CIDH: faz quantas consultas por ano?

 13. Para pacientes das UAPS e CIDH – nº de anos que é acompanhado no serviço?

 14. Para pacientes no HOSPITAL – quanto tempo você está internado aqui?

APÊNDICE G - Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem

Questionário de Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem					
1: Sempre;	2: A grande maioria das vezes;	3: Algumas vezes;			
4: Pelo menos uma vez aconteceu;	5: Nunca.				
1. O enfermeiro demonstrou disponibilidade de tempo para o seu atendimento?	1	2	3	4	5
2. Você percebe carinho quando está recebendo cuidados de enfermagem?	1	2	3	4	5
3. Você considera que o tempo que o enfermeiro passa cuidando de você é suficiente?	1	2	3	4	5
4. O enfermeiro lhe chama pelo seu nome ou como você gosta de ser chamado?	1	2	3	4	5
5. Nos encontros com o enfermeiro há momentos divertidos?	1	2	3	4	5
6. Você sente que suas necessidades de cuidado são satisfeitas pelos enfermeiros?	1	2	3	4	5
7. Você sente que o tratamento realizado pelo enfermeiro trás bons resultados para você?	1	2	3	4	5
8. Você comprehende o que o enfermeiro fala durante o seu atendimento?	1	2	3	4	5
9. O enfermeiro comprehende o que você fala para ele durante o seu atendimento?	1	2	3	4	5
10. No atendimento o enfermeiro esclarece as dúvidas que você tem?	1	2	3	4	5
11. Você acredita que o enfermeiro confia no que você fala?	1	2	3	4	5
12. Você acredita no que o enfermeiro lhe fala?	1	2	3	4	5
13. Você conversa sobre outros assuntos (além da doença) com o enfermeiro?	1	2	3	4	5
14. O enfermeiro escuta você falar?	1	2	3	4	5
15. Você percebe que os gestos do enfermeiro são agradáveis?	1	2	3	4	5
16. Quando você está conversando com o enfermeiro vocês olham nos olhos?	1	2	3	4	5
17. Quando o enfermeiro concorda com o que você fala, ele faz sinal positivo com a cabeça?	1	2	3	4	5
18. Quando você está conversando com o enfermeiro ele fica atento ao que você fala?	1	2	3	4	5
19. Você percebe que o enfermeiro se coloca no seu lugar de paciente para lhe entender?	1	2	3	4	5
20. Você acredita que a sua relação com o enfermeiro possui compromissos entre as partes? (compromissos mútuos)	1	2	3	4	5
21. Vocês (enfermeiro e paciente) aceitam a opinião um do outro?	1	2	3	4	5
22. Na realização de procedimentos o enfermeiro solicita a sua autorização?	1	2	3	4	5
23. Você confia os seus segredos ao enfermeiro?	1	2	3	4	5
24. Você sente que recebe um cuidado individualizado?	1	2	3	4	5
25. O enfermeiro envolve a sua família no processo de cuidado?	1	2	3	4	5
26. Você acredita que o enfermeiro comprehende as necessidades que o seu tratamento lhe impôs?	1	2	3	4	5
27. Alguma regra na instituição de saúde foi flexibilizada pelo enfermeiro em seu benefício?	1	2	3	4	5
28. Você confia na avaliação clínica que enfermeiro faz da sua saúde?	1	2	3	4	5
29. Você sabe o nome do enfermeiro que lhe atende?	1	2	3	4	5
30. Você confia nos procedimentos que o enfermeiro realiza com você?	1	2	3	4	5
31. Sente companheirismo do enfermeiro durante os cuidados?	1	2	3	4	5
32. Há respeito na relação de vocês?	1	2	3	4	5
33. Houve alguma situação em que você invadiu a privacidade do enfermeiro?	1	2	3	4	5
34. Você acha que o enfermeiro já invadiu a sua privacidade?	1	2	3	4	5
35. O enfermeiro já utilizou tom de voz agressivo durante o seu atendimento?	1	2	3	4	5
36. Você já utilizou tom de voz agressivo com o enfermeiro?	1	2	3	4	5
37. É fácil você se irritar com o enfermeiro?	1	2	3	4	5
38. Alguma vez, nos momentos de cuidado, você se sentiu como objeto?	1	2	3	4	5

39	O enfermeiro respeita suas crenças?	1 2 3 4 5
40	Você sofreu algum preconceito do enfermeiro?	1 2 3 4 5
41	Você conversa com o enfermeiro sobre a vida pessoal dele?	1 2 3 4 5
42	Sobre o toque do enfermeiro em você:	
	1. Ele não me toca;	
	2. Quando ele me toca eu fico muito tranquilo;	1 2 3 4 5
	3. Quando ele me toca eu fico tranquilo;	
	4. Quando ele me toca eu fico pouco tranquilo;	
	5. Quando ele me toca eu fico tenso;	
43	Sobre as anotações (orientações escritas ou receitas) que o enfermeiro fez para você?	
	1. Não tenho acesso;	1 2 3 4
	2. Tenho acesso, mas não entendo o que está escrito;	
	3. Tenho acesso, algumas vezes entendo o que está escrito;	
	4. Tenho acesso, sempre entendo o que está escrito.	
44	Sobre sua família, o enfermeiro quando lhe atende:	
	1. Não toca neste assunto;	
	2. Poucas vezes conversamos sobre a minha família;	1 2 3 4
	3. A grande maioria das vezes conversamos sobre minha família;	
	4. Em todos os nossos encontros conversamos sobre minha família.	

APÊNDICE H - Script software MULTILOG

Instrumento com 44 itens

Instrumento com 35 itens

Instrumento com 32 itens

MULTILOG for Windows 7.00.2327.2
 Created on: 14 January 2016, 19:05:58
>PROBLEM RANDOM,
 INDIVIDUAL,
 DATA = 'itens.DAT',
 NITEMS = 32,
 NGROUPS = 1,
 NEXAMINEES = 950,
 NCHARS = 3;
>TEST ALL,
 GRADED,
 NC = (4(0)29,2,3,4);
>LABELS ALL,
 NAMES=(I01(1)I12,I14(1)I26,I28(1)I32,I42,I44);
>ESTIMATE NCYCLES=500;
>SAVE ;
>END ;
4
1234
111111111111111111111111111111111111
222222222222222222222222222222222222
333333333333333333333333333333333333
4444444444444444444444444444444444234
(3A1,12A1,X,13A1,X,5A1,9X,1A1,1X,1A1)

Instrumento com 31 itens

MULTILOG for Windows 7.00.2327.2
 Created on: 14 January 2016, 19:05:58
>PROBLEM RANDOM,
 INDIVIDUAL,
 DATA = 'itens.DAT',
 NITEMS = 31,
 NGROUPS = 1,
 NEXAMINEES = 950,
 NCHARS = 3;
>TEST ALL,
 GRADED,
 NC = (4(0)29,3,4);
>LABELS ALL,
 NAMES=(I01(1)I12,I14(1)I26,I28(1)I31,I42,I44);
>ESTIMATE NCYCLES=500;
>SAVE ;
>END ;
4
1234
111111111111111111111111111111111111
2222222222222222222222222222222222
3333333333333333333333333333333333
444444444444444444444444444444444434
(3A1,12A1,X,13A1,X,4A1,10X,1A1,1X,1A1)

APÊNDICE I – Script de análise no Mirt

```

## QUESTIONÁRIO RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLINICO DE ENFERMAGEM
## modelo de resposta gradual
##CAREGAMENTO DO Rcmdr
library(Rcmdr)

## CARREGAMENTO DE BANCO DE DADOS

library(foreign, pos=17)
itens <- read.spss("C:/Users/wictoborges/Desktop/Tese/VALIDACAO CLINICA/ITENS -
bisseverexcluidos.sav",
  use.value.labels=TRUE, max.value.labels=Inf, to.data.frame=TRUE)
colnames(itens) <- tolower(colnames(itens))

## CARREGAMENTO DE PACOTES PARA ANALISE

library(mirt)
library(psych)

##ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO
##ALFA DE CRONBACH
##CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL

reliability(cov(itens[,c("i01","i02","i03","i04","i05","i06","i07","i08","i09","i10","i11","i12","i14",
,"i15","i16","i17","i18","i19","i20","i21","i22","i23",
,"i24","i25","i26","i28","i29","i30","i31","i44")], use="complete.obs"))

##ANALISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS COM ANALISE PARALELA
fa.parallel.poly(itens)

## MODELOS TRI

m1 <- mirt(itens=1, SE=TRUE, itemtype='graded') #####ajustar os dados
print(m1) ##### imprimir a convergência do modelo
coef(m1, IRTpars=TRUE) #### coeficientes da TRI
summary(m1) #### plotar as cargas fatoriais

####para imprimir o modelo com os parâmetros a e b
coef(m1, IRTpars=TRUE)

#MODELO COM DUAS DIMENSÕES
m2 <- mirt(itens,2)
print(m2)
coef(m2)
summary(m2)
####para imprimir o modelo com os parâmetros a e b
coef(m2, IRTpars=TRUE)##este comando só é utilizado para modelos unidimensionais

#MODELO COM TRÊS DIMENSÕES
m3 <- mirt(itens,3)
print(m3)

```

```
coef(m3)
summary(m3)

# MODELO COM QUATRO DIMENSÕES
M4 <- mirt(itens,4)
print(m4)
coef(m4)
summary(m4)

# MODELO COM CINCO DIMENSÕES
M5 <- mirt(itens,5)
print(m5)
coef(m5)
summary(m5)

## AJUSTE DO MODELO
## FULL INFORMATION FATORIAL ANALYSIS
anova(m1,m2)
anova(m2,m3)
anova(m3,m4)
anova(m4,m5)

# CURVA CARACTERÍSTICA DO TEM: MODELO UNIDIMENSIONAL
plot(m1, type='trace')

# CURVA DE INFORMAÇÃO DO TESTE: MODELO UNIDIMENSIONAL
plot(m1,type='info')

# Cálculo de theta
teta <- fscores(m1, full.scores = TRUE, scores.only=TRUE, full.scores.SE=TRUE)
teta

# salvar os tetas no arquivo escore
escore <- as.data.frame(teta)
```

APÊNDICE J – Convergência do modelo no software Mirt

```

> library(foreign, pos=17)

> itens <-
+  read.spss("C:/Users/wictoborges/Desktop/Tese/VALIDACAO CLINICA/banco
final/mlg/QRIC_31itens_cat2e3juntase4e5juntas_950.sav",
+  use.value.labels=TRUE, max.value.labels=Inf, to.data.frame=TRUE)

> colnames(itens) <- tolower(colnames(itens))

> library(mirt)

> m1<-mirt(itens,1)

Iteration: 1, Log-Lik: -19289.546, Max-Change: 2.53139
Iteration: 2, Log-Lik: -18919.770, Max-Change: 0.47287
Iteration: 3, Log-Lik: -18850.984, Max-Change: 0.13226
Iteration: 4, Log-Lik: -18832.752, Max-Change: 0.13544
Iteration: 5, Log-Lik: -18826.316, Max-Change: 0.05337
Iteration: 6, Log-Lik: -18821.584, Max-Change: 0.05449
Iteration: 7, Log-Lik: -18818.507, Max-Change: 0.04825
Iteration: 8, Log-Lik: -18816.676, Max-Change: 0.04178
Iteration: 9, Log-Lik: -18815.398, Max-Change: 0.03270
Iteration: 10, Log-Lik: -18814.316, Max-Change: 0.02608
Iteration: 11, Log-Lik: -18814.031, Max-Change: 0.01164
Iteration: 12, Log-Lik: -18813.861, Max-Change: 0.00866
Iteration: 13, Log-Lik: -18813.655, Max-Change: 0.00626
Iteration: 14, Log-Lik: -18813.586, Max-Change: 0.00601
Iteration: 15, Log-Lik: -18813.529, Max-Change: 0.00585
Iteration: 16, Log-Lik: -18813.333, Max-Change: 0.00351
Iteration: 17, Log-Lik: -18813.301, Max-Change: 0.00358
Iteration: 18, Log-Lik: -18813.293, Max-Change: 0.00140
Iteration: 19, Log-Lik: -18813.291, Max-Change: 0.00130
Iteration: 20, Log-Lik: -18813.287, Max-Change: 0.00071
Iteration: 21, Log-Lik: -18813.284, Max-Change: 0.00100
Iteration: 22, Log-Lik: -18813.277, Max-Change: 0.00144
Iteration: 23, Log-Lik: -18813.273, Max-Change: 0.00110
Iteration: 24, Log-Lik: -18813.270, Max-Change: 0.00069
Iteration: 25, Log-Lik: -18813.270, Max-Change: 0.00077
Iteration: 26, Log-Lik: -18813.268, Max-Change: 0.00014
Iteration: 27, Log-Lik: -18813.268, Max-Change: 0.00017
Iteration: 28, Log-Lik: -18813.267, Max-Change: 0.00013
Iteration: 29, Log-Lik: -18813.267, Max-Change: 0.00017
Iteration: 30, Log-Lik: -18813.267, Max-Change: 0.00041
Iteration: 31, Log-Lik: -18813.267, Max-Change: 0.00089
Iteration: 32, Log-Lik: -18813.266, Max-Change: 0.00077
Iteration: 33, Log-Lik: -18813.265, Max-Change: 0.00040
Iteration: 34, Log-Lik: -18813.264, Max-Change: 0.00011
Iteration: 35, Log-Lik: -18813.264, Max-Change: 0.00056
Iteration: 36, Log-Lik: -18813.264, Max-Change: 0.00042

```

```
Iteration: 37, Log-Lik: -18813.263, Max-Change: 0.00024
Iteration: 38, Log-Lik: -18813.263, Max-Change: 0.00023
Iteration: 39, Log-Lik: -18813.263, Max-Change: 0.00013
Iteration: 40, Log-Lik: -18813.263, Max-Change: 0.00009NULL
```

```
> print(m1)
```

```
Call:
mirt(data = itens, model = 1)
```

```
Full-information item factor analysis with 1 factor(s).
Converged within 1e-04 tolerance after 40 EM iterations.
mirt version: 1.15
M-step optimizer: BFGS
EM acceleration: Ramsay
Number of rectangular quadrature: 61
```

```
Log-likelihood = -18813.26
AIC = 37854.53; AICc = 37885.93
BIC = 38408.16; SABIC = 38046.1
```

APÊNDICE K – Probabilidades e posicionamento dos itens na escala

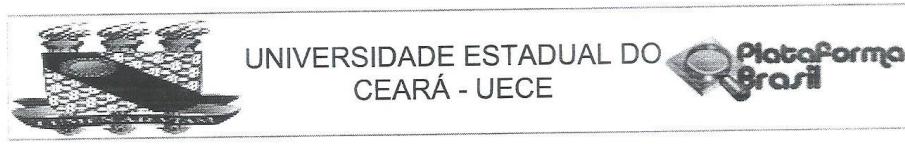
Item	Parâmetros				Escala (0,1) – Algumas vezes (Categoria 2)																					
	a	b2	b3	b4	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85				
I01	0,30	35,5	41,4	42,8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,16	0,47	0,80	0,95	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				
I02	0,37	35,6	43,4		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,11	0,45	0,84	0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				
I03	0,31	37,3	42,0	43,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,10	0,33	0,70	0,92	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I04	0,22	35,1	38,2	39,3	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,10	0,25	0,50	0,75	0,90	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I05	0,19	44,5	52,4	54,5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,06	0,14	0,30	0,52	0,74	0,88	0,95	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00			
I06	0,48	38,2	43,3	44,4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,18	0,71	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I07	0,40	37,2	42,3	43,6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,30	0,76	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I08	0,20	21,6	37,5	39,5	0,01	0,03	0,09	0,21	0,42	0,66	0,84	0,94	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I09	0,24	29,0	35,4	38,5	0,00	0,00	0,01	0,03	0,10	0,28	0,56	0,81	0,93	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I10	0,25	38,3	42,6		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,11	0,30	0,60	0,84	0,95	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I11	0,23	30,3	38,8	41,1	0,00	0,00	0,01	0,03	0,09	0,23	0,48	0,75	0,90	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I12	0,38	36,5	41,7		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,08	0,36	0,79	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I14	0,32	33,2	39,7	41,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,07	0,27	0,64	0,90	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I15	0,39	35,8	42,6	43,8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,09	0,42	0,84	0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			
I16	0,29	37,0	45,4	46,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,12	0,36	0,71	0,91	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I17	0,22	37,1	42,0	43,1	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,07	0,17	0,39	0,65	0,85	0,94	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I18	0,43	35,4	42,5	43,5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,09	0,46	0,88	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I19	0,26	45,6	48,7		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,06	0,19	0,46	0,76	0,92	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I20	0,34	38,2	43,2	44,6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,25	0,65	0,91	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I21	0,25	35,5	43,6	45,2	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,07	0,20	0,47	0,76	0,92	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I22	0,17	47,1	48,5		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,05	0,11	0,23	0,41	0,62	0,79	0,90	0,95	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00		
I23	0,10	62,5	70,2	71,0	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,06	0,10	0,15	0,22	0,32	0,44	0,56	0,68	0,78	0,85	0,90				
I24	0,17	42,1	44,7		0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,05	0,11	0,23	0,41	0,62	0,79	0,90	0,95	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I25	0,12	48,8	57,1	59,1	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03	0,05	0,09	0,16	0,26	0,39	0,54	0,68	0,79	0,87	0,93	0,96	0,98	0,99				
I26	0,31	38,7	42,4	43,9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,24	0,60	0,88	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I28	0,36	37,3	41,1		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,07	0,30	0,72	0,94	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I29	0,07	47,1	57,8	60,7	0,04	0,05	0,07	0,10	0,13	0,18	0,23	0,30	0,38	0,46	0,55	0,63	0,71	0,78	0,83	0,88	0,91	0,93				
I30	0,42	37,3	41,1		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,27	0,76	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I31	0,30	41,8	45,9		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,12	0,37	0,72	0,92	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I42	0,14	33,2	38,1		0,01	0,02	0,04	0,07	0,14	0,24	0,39	0,56	0,72	0,84	0,91	0,95	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
I44	0,09	47,5	61,8	70,0	0,01	0,02	0,03	0,05	0,08	0,12	0,17	0,25	0,34	0,44	0,56	0,66	0,76	0,83	0,88	0,92	0,95	0,97				

Parâmetros					Escala (0,1) – A grande maioria das vezes (Categoria.3)																
Itens	A	b2	b3	b4	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
I01	0,30	35,5	41,4	42,8	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,13	0,39	0,74	0,93	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I02	0,37	35,6	43,4		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,22	0,64	0,92	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I03	0,31	37,3	42,0	43,2	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,10	0,35	0,72	0,92	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I04	0,22	35,1	38,2	39,3	0,00	0,01	0,02	0,05	0,14	0,33	0,60	0,82	0,93	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I05	0,19	44,5	52,4	54,5	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,04	0,09	0,20	0,39	0,62	0,81	0,92	0,97	0,99	0,99	1,00	
I06	0,48	38,2	43,3	44,4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,17	0,69	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I07	0,40	37,2	42,3	43,6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,29	0,75	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I08	0,20	21,6	37,5	39,5	0,00	0,01	0,03	0,08	0,18	0,38	0,62	0,82	0,92	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I09	0,24	29,0	35,4	38,5	0,00	0,01	0,02	0,08	0,21	0,48	0,75	0,91	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I10	0,25	38,3	42,6		0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,13	0,34	0,65	0,86	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I11	0,23	30,3	38,8	41,1	0,00	0,00	0,01	0,04	0,12	0,29	0,57	0,81	0,93	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I12	0,38	36,5	41,7		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,07	0,34	0,78	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I14	0,32	33,2	39,7	41,2	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,18	0,52	0,85	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I15	0,39	35,8	42,6	43,8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,27	0,72	0,95	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I16	0,29	37,0	45,4	46,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,17	0,47	0,79	0,94	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I17	0,22	37,1	42,0	43,1	0,00	0,00	0,01	0,02	0,07	0,18	0,39	0,66	0,85	0,95	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	
I18	0,43	35,4	42,5	43,5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,25	0,74	0,96	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I19	0,26	45,6	48,7		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,09	0,28	0,58	0,84	0,95	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	
I20	0,34	38,2	43,2	44,6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,25	0,65	0,91	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I21	0,25	35,5	43,6	45,2	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,11	0,29	0,59	0,83	0,95	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I22	0,17	47,1	48,5		0,00	0,00	0,01	0,02	0,04	0,09	0,19	0,36	0,57	0,75	0,88	0,94	0,97	0,99	1,00	1,00	
I23	0,10	62,5	70,2	71,0	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03	0,05	0,07	0,12	0,18	0,26	0,37	0,49	0,62	0,73	0,81	0,88
I24	0,17	42,1	44,7		0,00	0,01	0,01	0,03	0,08	0,16	0,31	0,51	0,71	0,85	0,93	0,97	0,99	0,99	1,00	1,00	
I25	0,12	48,8	57,1	59,1	0,00	0,01	0,01	0,02	0,04	0,07	0,11	0,19	0,30	0,44	0,59	0,72	0,82	0,90	0,94	0,97	0,98
I26	0,31	38,7	42,4	43,9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,09	0,32	0,69	0,91	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I28	0,36	37,3	41,1		0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,10	0,41	0,81	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I29	0,07	47,1	57,8	60,7	0,03	0,05	0,07	0,09	0,12	0,17	0,22	0,29	0,37	0,45	0,54	0,62	0,70	0,77	0,83	0,87	0,90
I30	0,42	37,3	41,1		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,07	0,39	0,84	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I31	0,30	41,8	45,9		0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,15	0,43	0,77	0,94	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I42	0,14	33,2	38,1		0,02	0,04	0,07	0,14	0,24	0,39	0,57	0,73	0,84	0,91	0,96	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	
I44	0,09	47,5	61,8	70,0	0,01	0,01	0,02	0,04	0,05	0,08	0,12	0,18	0,26	0,35	0,46	0,57	0,68	0,77	0,84	0,89	0,93

Parâmetros					Escala (0,1) – Sempre (Categoria.4)																
	A	b2	b3	b4	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
I01	0,30	35,5	41,4	42,8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,09	0,30	0,66	0,90	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I02	0,37	35,6	43,4		0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I03	0,31	37,3	42,0	43,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,07	0,27	0,64	0,89	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I04	0,22	35,1	38,2	39,3	0,00	0,00	0,01	0,04	0,11	0,28	0,54	0,78	0,91	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I05	0,19	44,5	52,4	54,5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,06	0,14	0,30	0,52	0,74	0,88	0,95	0,98	0,99	1,00	
I06	0,48	38,2	43,3	44,4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,11	0,57	0,94	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I07	0,40	37,2	42,3	43,6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,19	0,64	0,93	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I08	0,20	21,6	37,5	39,5	0,00	0,01	0,02	0,05	0,13	0,29	0,53	0,75	0,89	0,96	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	
I09	0,24	29,0	35,4	38,5	0,00	0,00	0,01	0,04	0,12	0,30	0,59	0,83	0,94	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I10	0,25	38,3	42,6		0,92	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I11	0,23	30,3	38,8	41,1	0,00	0,00	0,01	0,02	0,07	0,20	0,44	0,71	0,89	0,96	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I12	0,38	36,5	41,7		0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I14	0,32	33,2	39,7	41,2	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,12	0,41	0,77	0,94	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I15	0,39	35,8	42,6	43,8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,19	0,62	0,92	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I16	0,29	37,0	45,4	46,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,14	0,41	0,75	0,93	0,98	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I17	0,22	37,1	42,0	43,1	0,00	0,00	0,01	0,02	0,05	0,14	0,33	0,60	0,82	0,93	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	
I18	0,43	35,4	42,5	43,5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,18	0,66	0,94	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I19	0,26	45,6	48,7		0,93	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I20	0,34	38,2	43,2	44,6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,17	0,53	0,86	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I21	0,25	35,5	43,6	45,2	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,07	0,21	0,49	0,77	0,92	0,98	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	
I22	0,17	47,1	48,5		0,85	0,93	0,97	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I23	0,10	62,5	70,2	71,0	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03	0,04	0,07	0,11	0,17	0,25	0,36	0,48	0,60	0,71	0,80	0,87
I24	0,17	42,1	44,7		0,85	0,93	0,97	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I25	0,12	48,8	57,1	59,1	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03	0,05	0,09	0,16	0,25	0,38	0,53	0,67	0,79	0,87	0,93	0,96	0,98
I26	0,31	38,7	42,4	43,9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,23	0,59	0,87	0,97	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
I28	0,36	37,3	41,1		0,97	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I29	0,07	47,1	57,8	60,7	0,03	0,04	0,05	0,08	0,10	0,14	0,19	0,25	0,32	0,40	0,49	0,58	0,66	0,73	0,79	0,85	0,89
I30	0,42	37,3	41,1		0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I31	0,30	41,8	45,9		0,95	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I42	0,14	33,2	38,1		0,80	0,89	0,94	0,97	0,99	0,99	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
I44	0,09	47,5	61,8	70,0	0,00	0,01	0,01	0,02	0,03	0,04	0,06	0,10	0,14	0,21	0,29	0,39	0,50	0,61	0,71	0,79	0,86

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: elaboração e validação de uma escala por meio da Teoria de Resposta ao Item

Pesquisador: JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40430715.8.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.723

Data da Relatoria: 27/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de elaboração de uma escala para a mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem, e sua validação. Estudo metodológico, de abordagem quantitativa, dividido em três pólos: teórico, empírico e analítico. No polo teórico será realizada uma revisão integrativa da literatura e grupos focais para a construção do instrumento piloto. Após, será feita a análise semântica e a validação de conteúdo. No polo empírico, será aplicado o teste nos três níveis de assistência à saúde: primário, secundário e terciário de Fortaleza – Ceará. Os locais de coleta de dados serão: seis Unidades de Atenção Primária, o Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão e o hospital universitário Walter Cantídio. O instrumento será aplicado a 1002 respondentes

Objetivo da Pesquisa:

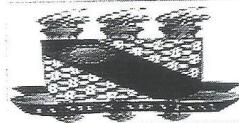
Objetivo Primário:

- Desenvolver uma escala para a mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem, e sua validação.

Objetivo Secundário:

- Identificar as definições operacionais da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem conforme o Sistema Interpessoal do Modelo de

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906
	E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 984.723

Sistemas Abertos Interatuantes; • Construir um conjunto de itens para relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem; • Analisar as propriedades psicométricas do instrumento construído; • Determinar um método de pontuação para o instrumento; • Estabelecer uma escala padronizada de mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Para os juízes o benefício da participação tem-se no momento de avaliação como oportunidade de estudos e aprofundamento teórico nesse campo do conhecimento. Para os pacientes o benefício da participação é a oportunidade do momento de diálogo como possibilidade da humanização.

Para a enfermagem uma ferramenta que visa avaliar o relacionamento dos profissionais com seus pacientes.

Riscos:

Para os juízes a participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira, os riscos da participação são mínimos, podendo haver constrangimento ao responder alguma pergunta, no entanto o participante terá total liberdade para respondê-la. Para os pacientes a participação também não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira. Sobre os riscos, a participação poderá gerar sentimento de angústia ao relembrar situações de cuidado que não foram boas. Caso isto ocorra a pesquisa será suspensa e o pesquisador realizará uma escuta ativa para ajuda-lo a elaborar esses sentimentos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia coerente com os objetivos propostos. A pesquisa disponibilizará um instrumento válido e confiável para avaliação do relacionamento interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a resolução 466/2012.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Nenhuma pendência

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

CEP: 60.714-903

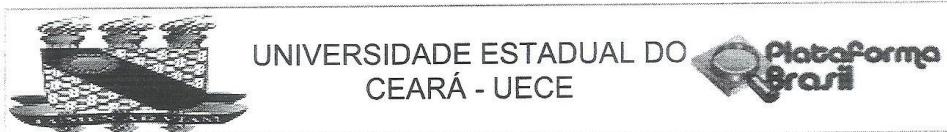
Bairro: Itaperi

Município: FORTALEZA

UF: CE

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 984.723

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 13 de Março de 2015

KOP

Assinado por:

Ana valeska Siebra e silva
(Coordenador)



ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa HUWC

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO INTERPESSOAL NO CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: elaboração e validação de uma escala por meio da Teoria de Resposta ao Item

Pesquisador: JOSÉ WICTO PEREIRA BORGES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40430715.8.3001.5045

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.048.399

Data da Relatoria: 06/04/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Tese submetido ao Programa De Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha 2 - Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa.

O desenvolvimento desse estudo para a construção e validação de uma escala para mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem se realizará a partir da Psicométrica.

A população do estudo será composta por todos os adultos que recebem cuidados de enfermagem nas instituições selecionadas.

Não existe um consenso sobre o número ideal de respondentes, no entanto, considera-se a convenção de 40 respondentes para cada item. Assim, um instrumento composto por 25 itens necessitará de 1000 respondentes para o processo de validação.

Neste estudo seguiremos essa convenção.

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)366-8613

Fax: (853)281-4961

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 1.048.399

Nesse contexto, como os dados serão coletados nos três níveis de atenção à saúde, cada nível comporá um terço da amostra, ou seja, 334 pessoas. Sendo assim, o instrumento será aplicado a 1002 respondentes, de forma a se tentar obter uma estimativa precisa dos parâmetros.

- Critérios de inclusão e exclusão: indivíduos adultos de 19 a 59 anos expostos a cuidados de enfermagem.
- Critérios de exclusão: indivíduos que não se comunicam verbalmente e os que estiverem com alguma enfermidade infecto contagiosa que impossibilite interação com o pesquisador.
- Coleta de dados Para a coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: Termo de consentimento livre e esclarecido; Instrumento de caracterização sócio clínico epidemiológico; Escala de Relação Interpessoal no Cuidado Clínico de Enfermagem (a ser desenvolvida).

A presente pesquisa será encaminhada à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, o qual avaliará a viabilidade de sua realização. Será respeitado o que rege as Resoluções 466/12 e do Conselho Nacional de Pesquisa referente a pesquisas com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

- Desenvolver uma escala para a mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem, e sua validação.

Específicos

- Identificar as definições operacionais da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem conforme o Sistema Interpessoal do Modelo de Sistemas Abertos Interatuantes;
- Construir um conjunto de itens para relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem;
- Analisar as propriedades psicométricas do instrumento construído;
- Determinar um método de pontuação para o instrumento;
- Estabelecer uma escala padronizada de mensuração da relação interpessoal no cuidado clínico de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador assim descreve:

Como benefício tem-se o momento de diálogo como possibilidade da humanização do cuidado em saúde.

Como riscos, a participação poderá gerar sentimento de angústia ao relembrar situações de cuidado que não foram boas. Caso isto ocorra, a pesquisa será suspensa e o pesquisador realizará uma escuta ativa para ajudar o respondente a elaborar esses sentimentos.

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (853)366-8613

Fax: (853)281-4961

E-mail: cephluwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.048.399

O que é razoável para a metodologia proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá enviar relatório a esse Comitê CEP/HUWC, em até 30 dias após a finalização da pesquisa.

FORTALEZA, 05 de Maio de 2015

Assinado por:

Maria de Fatima de Souza
(Coordenador)

Endereço:	Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290	CEP:	60.430-370
Bairro:	Rodolfo Teófilo		
UF: CE	Município:	FORTALEZA	
Telefone:	(853)366-8613	Fax:	(853)281-4961
		E-mail:	cephuwc@huwc.ufc.br