

Tradução, Adaptação e Validação da Escala Jones Dependency Tool*

* Realizado em 2008 no âmbito da Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar da Universidade Atlântica

RESUMO

A avaliação do grau de dependência dos utentes é um dos aspectos que contribui para a melhoria dos cuidados, dado que permite uma melhor adequação dos recursos humanos às situações vivenciadas no quotidiano dos serviços de urgência.

A carga de trabalho em enfermagem está estreitamente relacionada com o grau de dependência, pelo que a sua avaliação assume-se como um elemento fundamental numa política de gestão da qualidade.

Com o intuito de avaliar, numa fase inicial, o grau de dependência dos utentes que recorrem aos serviços de urgência foi criada uma escala – Jones Dependency Tool (JDT) – sendo que o objectivo *major* é a avaliação da carga de trabalho em Enfermagem relacionando com o grau de dependência dos utentes.

O presente estudo visa traduzir, adaptar e validar para Portugal o referido instrumento. O estudo encontra-se dividido em duas partes. A primeira constituída pela tradução e adaptação cultural da JDT para a língua portuguesa e a segunda, pela análise da fidelidade e da validade do instrumento.

O processo de validação para a língua portuguesa, ocorreu numa amostra de 129 utentes de dois serviços de urgência da região de Lisboa.

Através dos testes estatísticos realizados, a versão Portuguesa revelou-se um instrumento confiável e válido para a avaliação do grau de dependência dos utentes que recorrem ao serviço de urgência.

Palavras-chave: Serviço de Urgência; Jones Dependency Tool; Grau de dependência de utentes; Enfermagem.

Introdução

Aos serviços de urgência, no contexto Português, acedem um número crescente de utentes, com uma heterogeneidade de necessidades ao nível de cuidados de saúde e consequentemente ao nível de cuidados de enfermagem, que implica uma capacidade de resposta igualmente crescente.

Esta capacidade de resposta traduz-se não só num aumento das competências dos enfermeiros mas também inevitavelmente passará pelo aumento congruente do seu número.

Na sociedade actual, em que a vertente económica está na base de todas as decisões, o aumento do número de enfermeiros, independentemente dos ganhos em saúde, irá obrigatoriamente encarecer todo um sistema já muito carenciado.

Assim torna-se premente a criação de sistemas que permitam quantificar as necessidades em horas de cuidados de enfermagem tendo como base o grau de dependência dos utentes. Estes sistemas permitem não só quantificar mas conjuntamente ajudar na distribuição dos enfermeiros pelos utentes, sendo já amplamente aplicados e estudados ao nível das enfermarias e dos cuidados intensivos. Contudo, uma das principais vias de acesso ao Serviço Nacional de Saúde Português, não tem qualquer tipo de mecanismo de aferição da carga de trabalho de enfermagem, nem do grau de dependência dos utentes que recorrem ao serviço de urgência.



Em Portugal, o número de enfermeiros no serviço de urgência é calculado de acordo com o número de postos de trabalho, podendo conduzir a uma desproporcionalidade no rácio enfermeiro/utente, levando a uma deterioração na prestação dos cuidados de enfermagem bem como, à insatisfação pessoal dos profissionais (O'Brien e Bengler, 2005).

Torna-se imperativo a utilização de um sistema que permita a classificação dos utentes tendo em conta o grau de dependência. Assim o presente estudo tem como objectivos traduzir e adaptar culturalmente a escala Jones Dependency Tool (JDT) e posteriormente avaliar as suas propriedades de medida.

A JDT é um instrumento originário do Reino Unido criado com o intuito de avaliar o grau de dependência dos utentes e posteriormente promover uma adequação dos rácios existentes.

2. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

A história evolutiva dos sistemas de classificação de doentes teve o seu início nos anos 30 num estudo realizado nos E.U.A. e têm evoluído de acordo com as necessidades das sociedades nas quais se inserem e de acordo com os avanços tecnológicos e científicos. Contudo já na época de Florence Nightingale, os pacientes mais graves eram colocados nas proximidades

Assim torna-se premente a criação de sistemas que permitam quantificar as necessidades em horas de cuidados de enfermagem tendo como base o grau de dependência dos utentes.

dades das Salas de trabalho das enfermeiras, de forma a racionalizar as actividades e garantir a qualidade da assistência em enfermagem.

Martins (2007, p.21) citando Perroca, define o Sistema de Classificação de Doentes (SCD) como *"um processo no qual se procura categorizar pacientes, de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem", que pode ser entendido, como "uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipa de enfermagem, objectivando estabelecer o tempo despendido no cuidado directo e indirecto, bem como o qualitativo do pessoal para atender às necessidades bio-psico-socioespirituais do paciente"*.

Santamaria et al. (2001) citando Endacott e Chellel descrevem grau de dependência como *"the total patient need for nursing attention, including education, rehabilitation and psychological care."*

Assim a necessidade de desenvolver métodos para quantificar recursos humanos envolve preocupações não só com a qualidade dos cuidados prestados, bem como a necessidade de adequar os recursos financeiros. Este raciocínio fomentou o desenvolvimento de estudos em diversos países tais como EUA, Canadá, Espanha, entre outros, desde meados da década de 80 do século XX.

DeGroot citado por Crouch e Williams (2006a) seleccionou determinados factores nos quais os SCD devem ter por base, a validade; a fiabilidade; simplicidade/eficiência; utilidade; objectividade; aceitabilidade; fornecer medidas prospectivas; necessidade de avaliar os elementos; necessidade de traduzir os "scores" em rácio de profissionais.

Hoffman citado por Frederico e Leitão (1999, p.114) resume as vantagens da utilização de um sistema de classificação de doentes da seguinte forma:

- Dispor de uma maior capacidade para planificar as necessidades do serviço;
- Proporcionar um instrumento para ajudar a avaliar a qualidade dos cuidados;
- Dispor de uma maior capacidade para programar equitativamente o pessoal;
- Proporcionar dados quantitativos para o suporte das necessidades de pessoal do serviço.

Segundo o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004) os Sistemas de Classificação de Doentes *"visa otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planejar cuidados e gerir melhor o número de enfermeiros necessários diariamente a cada serviço, bem como identificar as necessidades em recursos de enfermagem, no hospital, e adequar a dotação dos quadros de pessoal", de forma a "registar as classificações de doentes em cuidados de enfermagem, a prever as horas de cuidados de enfermagem necessárias por doente, por serviço e por hospital"*.

Inúmeras escalas de classificação do grau de dependência dos utentes no serviço de urgência foram criadas e aplicadas. A crescente preocupação com a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem conduziu a uma maior preocupação com a relação entre o número de pessoal, a quantidade de trabalho existente e os padrões de cuidados de saúde (O'Brien e Bengler, 2005). Várias tentativas foram feitas para analisar o processo de planeamento do pessoal de enfermagem e auxiliar na determinação de um adequado rácio (Ball et al, 2004; Browne e Odell, 2004; Hurst, 2003; Buchan, 2001 citados por O'Brien e Bengler, 2005).



No entanto, um meio fiável de avaliar a dependência dos pacientes no serviço de urgência não ficou disponível até 2001, quando a Jones Dependency Tool (JDT) foi aperfeiçoada e validada. A JDT foi a única que demonstrou validade, fiabilidade, simplicidade/eficiência, utilidade, objectividade, aceitabilidade e que fornecem medidas prospectivas (Crouch e Williams, 2006b).

Crouch e Williams (2006a) citando Jones indicam que *"Patient dependency has been defined as the degree of nursing care required by the patient"*. Esse grau de dependência é passível de ser alterado durante a permanência de um utente no Serviço de Urgência, pelo que deve ser tido em conta. Assim, todas as actividades desenvolvidas por enfermeiros estão directamente relacionadas com o grau de dependência dos doentes (Crouch, 2001).

2.1. Jones Dependency Tool

Esta escala foi aplicada em seis instituições, sendo avaliados cerca de 840 utentes, já com os critérios de exclusão definidos. Para testar a validade da JDT, foram incluídos diferentes tipos de doentes, consoante o seu grau de dependência (total, elevado, moderado e baixo), relacionando com a visão subjectiva do grau de dependência para cada doente, segundo os enfermeiros, usando o método de Likert e comparando com a escala de Butler (a que mais se aproxima da JDT, após revisão bibliográfica). Esta comparação foi realizada para verificar se a JDT estava apta a detectar diferenças entre os vários grupos.

A JDT tem por base duas fases: A e B. Na fase A, os seis componentes principais são classificados numa escala de três pontos, que são a comunicação, via aérea, respiração e circulação (ABC), a mobilidade, alimentação/hidratação, higiene pessoal e eliminação, ambiente seguro, apoio social e psicológico e o seu índice de prioridade fornecido pelo sistema de Triagem de Manchester. Os valores obtidos variam de 6 a 18 e correspondem aos níveis de dependência dos utentes. O "Grau 0" corresponde a um "score" entre 6-7, ou seja, o utente apresenta um baixo nível de dependência, encontrando-se habitualmente independente. O "Grau 1" corresponde a um "score" entre 8-12, ou seja, o

utente apresenta um moderado grau de dependência, necessitando de alguns cuidados de enfermagem, sempre na perspectiva de promover a sua independência. O "Grau 2" com o "score" entre 13-15, corresponde habitualmente a um utente com um nível de dependência elevado. O "Grau 3" corresponde a um "score" de 16-18, neste o utente é totalmente dependente dos cuidados de enfermagem.

Esta escala é usada como instrumento de avaliação directa aos utentes do Serviço de Urgência aquando a sua admissão, nas 4 e 8 horas subsequentes à admissão.

1. Métodos

A fase inicial deste estudo será dedicada ao processo de tradução e adaptação do instrumento e posteriormente à validação da versão Portuguesa resultante do processo inicial.

1.1. Pedidos de Autorização

O presente estudo iniciou-se após o pedido de autorização ao autor da escala no sentido de a mesma ser alterada de forma a adaptar-se à realidade e ao idioma Português. Após satisfeito este pedido foi solicitada autorização para a aplicação da escala a dois hospitais na região de Lisboa, com diferentes níveis de diferenciação dos Serviços de Urgência, um Serviço de Urgência Polivalente e outro Médico-Cirúrgico.

1.2. População e Amostra

No presente estudo a população alvo corresponde a todo o utente que tenha sido submetido a cuidados de enfermagem. A população acessível consiste nos utentes que à data da aplicação da escala se encontravam no Serviço de Urgência.

No estudo foi utilizada a estratégia de amostragem não probabilística (ou seja, os elementos são escolhidos por métodos não aleatórios), de conveniência ou acidental, na qual é feito o uso de pessoas ou objectos mais prontamente acessíveis como sujeitos de pesquisa no estudo (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

A amostra no estudo corresponde a todos os utentes que acederam ao serviço de urgência à data da aplicação da escala e que foram submetidos à avaliação do grau de dependência.

1.3. Tradução e Adaptação

A tradução e adaptação de instrumentos de medidas desenvolvidos noutras culturas, para realidades específicas, tem sido um procedimento amplamente utilizado, pois permite economizar tempo, recursos pessoais e financeiros e permite ainda a comparação de resultados em diferentes culturas.

O processo de tradução e validação de uma escala concebida e testada noutra língua: implica um sistema rigoroso e faseado de tradução e posteriormente a obrigatoriedade da aplicação de testes estatísticos para a sua validação. (Fortin, 2009)

Guillemin, *et al.* (2002) propuseram uma padronização que compreende as seguintes etapas: Tradução e síntese; Back-translation e síntese; Comité de Peritos; e Pré-teste.

A tradução e adaptação cultural foram realizadas tendo por base tais etapas.

1.3.1. Etapa 1 e 2 – Tradução e Síntese

A primeira etapa da tradução teve como finalidade transmitir de forma precisa o contexto da escala original para a realidade Portuguesa.

A tradução foi realizada por uma enfermeira portuguesa que trabalha actualmente no Reino Unido e por um tradutor oficial (contacto fornecido através da Embaixada Inglesa em Portugal). Após a realização das traduções, procedeu-se à análise conjunta do material com um dos tradutores, obtendo-se uma única tradução consensual.

1.3.2. Etapa 3 – Back-Translation

Partindo da versão consensual, foi contactado um novo tradutor oficial e um residente em Portugal mas cuja «lín-

gua mãe» é o inglês e não é profissional de saúde (Guillemin, *et al*). Cada um dos tradutores apresentou diferentes traduções, após comparação, resultou numa apresentação final. Um procedimento que se julgou oportuno após a back-translation foi enviar a versão obtida em inglês para o autor da JDT, no Reino Unido a fim de que fosse avaliada a sua concordância com o instrumento original. Ratificada essa concordância pelo autor, também a escala correspondente, em Português, foi considerada finalizada.

1.3.3. Etapa 4 – Comité de Peritos

A tradução consensual foi enviada a 3 Enfermeiros, peritos na Área de Urgência e Emergência, os quais deram indicações no sentido de clarificar alguns conteúdos e utilizar uma linguagem que se aproximasse da linguagem utilizada na avaliação da Triagem de Manchester, simplificando assim os procedimentos, constituindo-se uma nova tradução.

“ A adaptação transcultural de uma escala é um processo que compreende um conjunto de passos fundamentais para que a mesma obtenha validade e possa ser utilizada na realidade em que se insere. ”

1.3.4. Etapa 5 – Pré-Teste

O pré-teste foi aplicado por um grupo formado por quatro enfermeiros. Os participantes desta fase do processo, após serem esclarecidos dos objectivos, aplicaram o instrumento em 4 pacientes internados no Serviço de Urgência – Sala de Observação, num dos Hospitais onde o estudo decorreu. Após a aplicação verificou-se que seria benéfico para a compreensão de alguns itens a existência de um glossário algo que se encontra na escala original e que concluiu-se que não havia dificuldade para a implementação da escala.

1.4. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada durante os meses de Maio e Junho e para o efeito foi criada uma folha para caracterização da amostra, anexada a escala na Versão Portuguesa.

Foi explicada a escala e os objectivos do estudo aos enfermeiros de forma a familiarizarem-se com a mesma, e posteriormente foi solicitado uma breve resenha sobre a situação do utente de forma a ser possível ao investigador o preenchimento da escala na versão original em simultâneo.

De salientar o carácter voluntário da participação e o anonimato das informações envolvidas.

1.5. Validação do Instrumento de Medida

De forma a proceder-se à validação do instrumento foram testadas as propriedades de medida do mesmo. Deste modo, foram aplicados teste estatísticos comparando a versão portuguesa com a versão inglesa.

1.5.1. Fidelidade de um instrumento de medida

A primeira característica que um instrumento deve possuir é a fidelidade, como uma propriedade de medida verificada pela estabilidade e a consistência interna. Estabilidade refere-se ao grau de concordância entre duas medidas colhidas em dois momentos diferentes. A consistência interna é definida como o grau com que os itens de um instrumento medem o mesmo conceito.

1.5.2. Validade de um instrumento

Após a fidelidade, a validade é a próxima característica a ser analisada.

Um instrumento é válido se mede o que é suposto medir de um modo satisfatório. A validade corresponde ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida. Existem diversos métodos de se verificar a validade de um instrumento.

Neste estudo foi analisada a validade coincidente, referente à validade de critério. Refere-se ao tipo de validade que descreve a relação com o mesmo conceito ou fenómeno entre uma medida e algum critério confiável, denominada teste padrão (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

A validade coincidente está relacionada com a aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, na mesma amostra de indivíduos e posterior análise dos resultados obtidos ou da comparação dos mesmos pelo instrumento com a avaliação de especialistas da área (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

2. Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

2.1. Caracterização da amostra do estudo

A amostra foi caracterizada com base nas seguintes variáveis: Idade, sexo, motivo da ida ao serviço de urgência, antecedentes pessoais, local de aplicação da escala e hospital onde foi aplicado.

A faixa etária mais representada corresponde à dos 71 aos 80 anos com 22,5%, seguida dos 61 aos 70 anos com 16,3%. Os extremos das idades são os menos representados na amostra.

A amostra do estudo é composta por 77 indivíduos do sexo masculino e 52 do sexo feminino o que corresponde a 59,7 % e 40,3 % respectivamente.

Variadas são as causas que levaram os elementos da amostra a recorrer ao serviço de urgência. Destacam-se

as patologias respiratórias (21,7%), seguidas das causas cardíacas (19,4%), das traumatológicas (14,7) e gastroenterológicas (14%).

Na amostra verificou-se que 26,4% dos utentes que recorreram ao serviço de urgência são portadores de múltiplas patologias. Seguindo-se os antecedentes cardíacos (16,3%), oncológicos (7,8%) e respiratórios (7%). De salientar que 21,7% referiram não possuir qualquer antecedente de saúde.

A aplicação da escala foi realizada maioritariamente no Serviço de Urgência Polivalente (72,9%), ao nível dos balcões (45,7%) e nas salas de observação (41,1%).

2.2. Tradução da JDT para a língua Portuguesa

Conforme já mencionado anteriormente, após as etapas de adaptação transcultural, o instrumento final, em português, ficou constituído da seguinte forma:

Jones Dependency Tool (JDT) - Versão Portuguesa

Componente	3	2	1
Comunicação	Disfunção total devido a perda de um ou mais sentidos ¹	Disfunção ou potencial disfunção de um ou mais sentidos	Consegue comunicar através de todos os sentidos
	Dor severa avaliada através da escala analógica/visual de Dor	Dor moderada avaliada através da escala analógica/visual de Dor	Dor mínima avaliada através da escala analógica/visual de Dor
	Não responde	Reage apenas à estimulação verbal/dolorosa	Alerta
	Barreira linguística ²	Dificuldade devido a barreira linguística	Ausência de barreira linguística
	Problemas comportamentais graves	Ansioso/triste/angustiado	Calmo e colaborante
ABC ³	Paragem cardio-respiratória (ou risco de paragem)	Risco de disfunção no ABC (potencial para choque devido à situação)	Ausência de problemas no ABC
	Disfunção total no ABC ou choque ⁴		Pequenas lesões/ferimentos
Mobilidade	Imobilidade total	Perda parcial de mobilidade	Mobilidade total
		Doente precisa de andador/cadeira de rodas	Problema ligeiro nos membros
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	Perda da função intestinal/vesical e/ou vômitos incoercíveis ⁵ .	Perda parcial da função intestinal/vesical e/ou vômitos	Controlo normal da função intestinal/vesical. Ausência de vômitos.
	Incapacidade de se auto-cuidar	Perda parcial da capacidade de se auto-cuidar	Mantém o auto-cuidado
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	Revela perigo para si próprio ou para os outros	Parece incapaz de compreender completamente os riscos	Revela total capacidade para compreender completamente os riscos
	Aparenta necessitar de amplo apoio social	Necessita de apoio social	Não necessita de apoio social
Triagem de Manchester	Vermelho ou laranja (Emergente/Muito Urgente)	Amarelo (Urgente)	Verde ou Azul (Pouco Urgente/Não Urgente)

Resultado

06-07	Grau de dependência Baixo	Score = 0
08-12	Grau de dependência Moderado	Score = 1
13-15	Grau de dependência Elevado	Score = 2
16-18	Grau de dependência Total	Score = 3

2.3. Avaliação da Fidelidade da JDT adaptado para a língua Portuguesa

2.3.1. Consistência Interna

A análise da consistência interna da JDT foi realizada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* aplicado aos itens e domínios que o compõem, e teve por finalidade estimar a fidelidade do instrumento. Para essa análise, foram utilizados os dados da JDT aplicados em 129 utentes.

De acordo com os resultados da Tabela 1, o coeficiente *Alpha de Cronbach* total foi de 0,827, de acordo com *LoBiondo-Wood e Haber (2001)* "quanto mais próximo de 1 é o coeficiente, mais confiável é o instrumento". O mesmo ocorreu com os coeficientes encontrados nas análises por domínios. Observa-se que os coeficientes *Alpha de Cronbach* apresentaram valores satisfatórios em relação aos itens e quando analisado no total.

Assim verifica-se que a JDT possui uma elevada consistência interna, sendo que esta assenta num instrumento unidimensional que avalia o conceito que é suposto avaliar.

TABELA 2: *T de Student*

	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	One-Sample Test	
					95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Score Versão PT	20,266	128	0,000	6,217	5,61	6,82
Score Versão BT	20,477	128	0,000	6,163	5,57	6,76

2.4.2. Avaliação através de Qui-Quadrado

Através da análise da Tabela 3 verifica-se que o valor do resultado do teste Qui-Quadrado traduz semelhança estatística entre as duas versões.

TABELA 3: *Qui-Quadrado*

	Score Versão PT	Score Versão BT
Chi-Square	44,178 ^a	40,767 ^a
Df	3	3
Asymp. Sig.	0,000	0,000

a. 0 cells (0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 32,3.

Glossário da JDT

- 1 Sentidos:** Qualquer 1 dos 5, especialmente a visão, audição e o toque
- 2 Barreira Linguística:** Incapacidade de falar ou devido a idioma diferente.
- 3 ABC:** Via Aérea, Respiração, Circulação
- 4 Choque:** Hipovolémico; Cardiogénico, Obstrutivo, Distributivo requerendo intervenção imediata;
- 5 Vômitos Incoercíveis:** Vômito que não pode ser impedido ou retido.

TABELA 1: *Alpha de Cronbach*

Componente da JDT	Alpha de Cronbach
Comunicação	0,827
ABC	0,726
Mobilidade	0,863
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	0,906
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	0,887
Triagem de Manchester	0,649
Valor de Alfa Total	0,827

2.4. Avaliação da Validade de Critério/ /Coincidente da JDT adaptado para a língua Portuguesa

2.4.1. Avaliação através do T de Student

Através da análise da Tabela 2 verifica-se que no teste *T de Student* não existe diferença estatística, logo existe semelhança estatística entre as duas versões.

2.4.3. Avaliação através de Coeficiente de Correlação de Pearson

Através da análise da Tabela 4 os valores obtidos do Coeficiente de Correlação de Pearson para quantificar a associação entre os dois instrumentos, foram eleva-

dos quer a nível dos itens quer a nível do "score" final indicando uma associação entre a versão Portuguesa e a versão original (99% de associação).

TABELA 4: Coeficiente de Correlação de Pearson

Componente	Coeficiente de Pearson	Sig. (2-tailed)
Comunicação ABC	0,98	0,00
Mobilidade	0,969	0,00
	0,979	0,00
Alimentação e Hidratação, Eliminação e Auto-cuidado	0,976	0,00
Necessidades de segurança ambiental, de saúde e sociais	0,994	0,00
Triagem de Manchester	1,000	0,00
Score	0,991	0,00

3. Considerações Finais

A adaptação transcultural de uma escala é um processo que compreende um conjunto de passos fundamentais para que a mesma obtenha validade e possa ser utilizada na realidade em que se insere.

As conclusões obtidas neste estudo, demonstraram índices satisfatórios de fidelidade, de validade de critério, permitindo, dessa forma, sugerir a sua utilização, como um instrumento confiável e válido para avaliação do grau de dependência dos utentes que recorrem ao serviço de urgência, na nossa realidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beaton D., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M. (2002). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Illinois (USA): American Academy of Orthopedic Surgeons. Instituto for Work & Health.
- Crouch, R., Williams, S., Jones, G., (2001). Patient Dependency in A&E: Validation of the Jones Dependency Tool. Final Report. School of Nursing and Midwifery, University of Southampton.
- Crouch, R., Williams, S. (2006a). Patient dependency tool in the Emergency Department (ED): Reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT). *Accident and Emergency Nurse*. 4, 219-229.
- Crouch, R., Williams, S. (2006b). Emergency department patient classification systems: A systematic review. *Accident and Emergency Nurse*. 14, 160-170.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-5.
- Frederico, M., Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 1999. 1ª Edição. ISBN: 972-8485-09-3.
- Luizjondo-Wood, G., Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização* (4ª edição). Lisboa: Guanabara e Koogan. ISBN: 85-277-0659-8.
- Martins, P. (2007). Sistema de Classificação de Pacientes na Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 42, 233-241.
- O'Brien, A., Bengler, J. (2005). Patient dependency in emergency care: do we have the nurse we need? *Journal of Clinical Nursing*. 16, 2081-2087.
- Santamaria, N., Daly, S., Addicott, R., Clayton, L. (2001). The development, validity and reliability of the hospital in the home dependency scale (HDS). *Australian Journal of Advanced Nursing*. 18(4), 8-14.