



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS.

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por

Maria Regina Sardinheiro do Céu Furtado Ferreira

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM. AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DOS CUIDADOS.

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por Maria Regina Sardinheiro do Céu Furtado Ferreira

Sob orientação do Professor Doutor José Amendoeira

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro 2014

Os cientistas são meros observadores passivos das ocorrências do mundo empírico.

Os dados observáveis são a verdade objetiva à espera de ser descoberta.

Bishop, Marquis (2002)

Agradecimentos

O percurso realizado no âmbito deste trabalho foi recheado de inúmeros desafios, incertezas, dúvidas, surpresas, alegrias e vitórias.

Este caminho foi-se construindo com grande perseverança e estímulo de muitos intervenientes que direta ou indiretamente participaram.

Ao Professor Doutor José Amendoeira, orientador da tese, que desde a primeira hora se disponibilizou, acompanhando e “desafiando” o desenvolvimento do trabalho com elevada competência técnica e científica e um encorajamento incondicional.

À Professora Doutora Beatriz Araújo pelo estímulo imprescindível e pela sua sabedoria em momentos cruciais do percurso.

À minha amiga Alzira Agostinho sempre presente, pelo seu envolvimento, partilha, sabedoria e segurança na leitura crítica e nas traduções.

À colega Sandra Oliveira, pelo incentivo e partilha no final do percurso.

Às colegas que colmataram a minha ausência e que se solidarizaram durante o percurso.

Às Organizações de Saúde que se disponibilizaram a participar neste estudo e permitiram a sua concretização, bem como aos colegas dos vários serviços de saúde, pela prestimosa colaboração na fase de colheita de dados.

Aos enfermeiros que mais diretamente colaboraram no acesso ao “campo de dados”, concretamente o Enf.º João Fernandes e a Enf.ª Filomena Graça, sem eles não teria sido possível a concretização do trabalho.

Aos clientes que aceitaram participar no estudo.

A todos os amigos que me incentivaram, mesmo à distância, na execução deste trabalho.

À minha família, ao Vitor, às minhas filhas, Joana e Marta, pelo seu apoio efetivo e insubstituível.

A todos, MUITÍSSIMO Obrigada

RESUMO

Ao longo da última década, uma área estimulante de investigação em enfermagem tem revelado relações importantes entre o contexto organizacional, intervenções de enfermagem e os resultados dos clientes. Este “core” de pesquisa tem conduzido à identificação de variáveis do ambiente de trabalho do enfermeiro com repercussões ao nível do seu desempenho, bem como a um conjunto de resultados sensíveis em enfermagem.

Com a crescente preocupação de minimizar os custos em saúde e otimizar os resultados obtidos têm emergido, nomeadamente, políticas de contenção que têm desencadeado novos e diferentes desafios, quer ao nível do microssistema, onde se desenvolvem as relações “diárias” entre os intervenientes do processo de cuidados, quer ao nível do macrossistema, através de políticas de saúde que versam a contenção de recursos, por um lado e por outro a exigência de qualidade dos cuidados. Torna-se assim importante relevar a efetividade do papel de enfermagem, considerando a pessoa como centro dos cuidados para a obtenção de resultados sensíveis em enfermagem. Valorizamos os contributos da ciência da gestão para o alcance dos melhores resultados. Para o estudo desta problemática definimos os seguintes objetivos:

- Analisar os resultados sensíveis em enfermagem face às dimensões de estrutura e processo que englobam os cuidados de enfermagem;
- Avaliar os fatores da estrutura que influenciam o ambiente de trabalho da prática de enfermagem;
- Caracterizar as dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros e clientes;
- Avaliar as práticas de gestão/liderança que melhor contribuem para a centralidade dos cuidados.

O estudo que se apresenta inscreve-se no paradigma de investigação quantitativo é transversal correlacional/diferencial. Foi estudada uma amostra aleatória simples, constituída por 288 clientes e 236 enfermeiros de dois Centros Hospitalares, um inserido numa área predominantemente Urbana e outro numa área Semi-Urbana de uma região do País. Na recolha de dados foram utilizados questionários constituídos por variáveis sociodemográficas e socioprofissionais/situacionais e escalas traduzidas e validadas para português. Aplicamos a escala PESNWI e PCC aos enfermeiros e PCC, TSC e SF-36 aos clientes.

Salientamos como principais resultados do estudo os seguintes:

O exossistema de inserção dos Centros Hospitalares influencia o ambiente de trabalho da prática de enfermagem;

Os enfermeiros valorizam a qualidade dos cuidados e consideram que as práticas de gestão e liderança do enfermeiro chefe, se enquadram num paradigma transformacional;

Enfermeiros e clientes valorizam a centralidade dos cuidados, que integra não apenas a resposta às necessidades dos clientes, mas também o atender aos seus valores e preferências, desenvolver ações de educação para a saúde e prestar informação de saúde. Porém a percepção dos enfermeiros relativamente à centralidade dos cuidados é superior à que é percebida pelos clientes;

Os pressupostos da centralidade dos cuidados são preditores do autocuidado terapêutico, revelando a valorização do cliente como agente de autocuidado com o qual o enfermeiro por meio do sistema de apoio e educação promove a autonomia do cliente;

Os pressupostos da centralidade dos cuidados são igualmente preditores da satisfação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;

As variáveis sociodemográficas e socioprofissionais têm impacto na valorização da centralidade dos cuidados, pelos enfermeiros e, paralelamente as variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes influenciam a valorização da centralidade dos cuidados;

A centralidade dos cuidados prestados não tem uma influência direta no estado funcional da pessoa/cliente;

Os resultados sustentam o modelo de referência do estudo, constatando-se que a efetividade do papel de enfermagem evidencia os resultados sensíveis em enfermagem, pois são o resultado do impacto das intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: resultados sensíveis; qualidade dos cuidados; efetividade; centralidade; enfermagem

ABSTRACT

Throughout the last decade, a stimulating field of nursing investigation has revealed important associations between the organizational context, nursing interventions and client's outcomes. This core of research has led to the identification of nurses' work environment variables with repercussions on the level of performance, as well as, on a group of nursing sensitive outcomes.

With the growing concern of minimizing health care costs and optimizing results, contention politics have emerged. These have triggered new and diverse challenges, not only, at a microsystem level, where daily relations develop between the nursing process participants, but also, at a macrosystem level, through health care politics aiming to simultaneously contain resources and promote health care quality. Therefore, it becomes crucial to highlight nursing role effectiveness, placing the patient at the center of health care, in order to obtain nursing sensitive outcomes. Management science contribution is recognized, allowing for the achievement of the finest results. For the study of this problematic the following aims were defined:

- To analyze nursing sensitive outcomes with regard to the structure and process dimensions that incorporate nursing care;
- To evaluate structure features that influence nursing practice' work environment;
- To characterize nursing care centrality dimensions valued by nurses and patients;
- To evaluate management and leadership practices which best contribute to health centered care.

The present study subscribes the research quantitative paradigm, it is transversal, correlational/differential. It was studied a random simple sample, composed by 288 clients and 236 nurses from two Hospital Centers, one of them inserted in an urban area and the other in a semi-urban one from the same region of the country. In the data collecting there were used questionnaires composed by socio-demographic and socio-professional/situational variables and scales validated to Portuguese. We administrated the PESNWI scale and PCC to the nurses and PCC, TSC and SF-36 to the clients.

We point as the main results of this study, the following ones:

The Hospital Centers exosystem insertion influences the nursing working environment;

Nurses value health care and consider that the head nurse leadership and management practices are consistent with a transformational paradigm;

Nurses and clients value the health care centrality, what integrates not only the answer to the clients' needs but also the attention to their values and preferences, develop healthcare education actions and promote health informations. However nurses' perception in what concerns health centered care is higher to that one which is perceived by clients.

The health centered care assumptions are therapeutic self-care predictors revealing client's valuation as a self-care agency with whom the nurse, through the support and education system, promotes the client's autonomy;

The assumptions of health centered care are also nursing cares quality satisfaction predictors;

Socio-demographic and socio-professional variables have impact in the health centered care valuation by nurses and, at the same time, clients' socio-demographic and situational variables influence health centered care valuation;

Health centered care doesn't have a direct influence on the person's/client functional state.

The results support the reference model of this study, finding that nursing role effectiveness shows the nursing sensible results because these ones are the outcome of nursing cares impact.

Keywords: nursing-sensitive; quality of care; effectiveness; centered-care; nursing

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality
ANA – American Nurses Association
ARSLVT – Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AV – Atividade(s) de Vida
CH – Centro Hospitalar
CHU – Centro Hospitalar Urbano
CHSU - Centro Hospitalar Semi-Urbano
CPLEE – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem
Dec.Lei - Decreto de Lei
DGS – Direção Geral de Saúde
EU – European Union
h. - horas
HCNDI – Horas de Cuidados Necessários por Dia e por Doente
HCNDti - Horas de Cuidados Necessários por Dia e por Doente no total do internamento
HCPDI – Horas de Cuidados prestadas por Dia e por Doente
HCPDti - Horas de Cuidados prestadas por Dia e por Doente no total do internamento
ICN – International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOM – Institute of Medicine
MRLM – Modelo de Regressão Linear Múltipla
nº - Número
NQF – National Quality Forum
NUTS - Nomenclature of Territorial Units for Statistics (Unidades Territoriais para Fins Estatísticos)
NWI – Nursing Work Index
OE – Ordem dos Enfermeiros
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCC – Patient Centered Care
PG - Pós Graduação
PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo
PIB – Produto Interno Bruto
PJHQ – Patient Judgment of Hospital Quality Questionnaire
SCD – Sistema de Classificação de Doentes

SF- Functional Status

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP – Universidade Católica Portuguesa

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL.....	23
CAPÍTULO 1. A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	24
CAPÍTULO 2. OS FUNDAMENTOS PARA AS DECISÕES TEÓRICAS.....	28
2.1. Modelo concetual do estudo – A efetividade do papel de enfermagem.....	29
2.2. O centro dos cuidados de enfermagem - A pessoa/cliente.....	31
2.2.1. A centralidade dos cuidados.....	32
CAPÍTULO 3. RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM.....	36
CAPÍTULO 4. A QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	41
4.1. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.....	43
4.2. Gestão em enfermagem.....	44
4.3. Liderança em enfermagem.....	48
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	53
CAPÍTULO 5. DESENHO DO ESTUDO.....	54
5.1. Tipo de estudo.....	54
5.2. Caracterização das variáveis.....	55
5.3. Modelo de pesquisa.....	57
5.3.1. Hipóteses.....	59
5.4. Universo.....	61
5.4.1. Amostra.....	61
5.4.2. Sujeitos do Estudo.....	62
5.4.3. Contexto do Estudo.....	62

5.5. Procedimentos	64
5.6. Instrumentos	65
5.6.1. Validade e fiabilidade das escalas	75
5.6.2. O estudo preliminar.....	77
5.6.3. Tratamento estatístico dos dados	78
5.7. Considerações éticas	79
CAPÍTULO 6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	81
6.1. Características dos contextos de cuidados	81
6.2. Características dos enfermeiros.....	83
6.3. Características dos clientes	86
6.4. Características métricas dos resultados das escalas.....	88
6.4.1. Escala do Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem (PESNWI)	88
6.4.2. Escala da centralidade dos cuidados no cliente (PCC).....	93
6.4.3. Escala do autocuidado terapêutico (TSC).....	102
6.4.4. Escala de satisfação dos cuidados de enfermagem no hospital (PJHQ)	106
6.4.5. Escala avaliação do estado funcional (Sf-36).....	108
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	114
7.1. Ambiente de trabalho da prática de enfermagem	114
7.1.1. Teste de hipóteses.....	118
7.2. Centralidade dos cuidados	133
7.2.1. Teste de hipóteses.....	141
7.3. Resultados sensíveis em enfermagem	151
7.3.1. Autocuidado terapêutico	151
7.3.2. Satisfação.....	155
7.3.3. Estado funcional	157
7.3.4. Teste de hipóteses.....	163
7.4. Do modelo teórico da pesquisa ao modelo real encontrado.....	171
8. CONCLUSÕES	175
8.1. As evidências	175
8.2. Contributos e limitações	185

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UCP	220
ANEXO II – PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO E PARECERES DAS COMISSÕES DE ÉTICA DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	222
ANEXO III – PEDIDO DE CONSENTIMENTO AOS ENFERMEIROS.....	225
ANEXO IV – PEDIDO DE CONSENTIMENTO AOS CLIENTES.....	227
ANEXO V – ESCALAS DE RESULTADOS SENSÍVEIS EM ENFERMAGEM. RESULTADO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	229
ANEXO VI – ESCALA PESNWI	231
ANEXO VII – ESCALA PCC	234
ANEXO VIII – ESCALA TSC.....	238
ANEXO IX – SUBESCALA PJHC	240
ANEXO X – ESCALA SF-36.....	242
ANEXO XI – RESULTADOS DO ESTUDO PRELIMINAR.....	247

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Escalas de resultados sensíveis em enfermagem	48
Quadro 2 - Características dos contextos de cuidados	64
Quadro 3 - Correspondência entre as assunções da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem e as funções da categoria enfermeiro chefe e enfermeiro principal	107
Quadro 4- Comparação entre os itens da escala PESNWI e as práticas de liderança exemplar de Kouzes & Posner (2009)	109
Quadro 5 - Construto gestão e liderança do enfermeiro chefe.....	150

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos enfermeiros.....	66
Tabela 2 - Características dos clientes.....	68
Tabela 3 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (PESNWI)..	71
Tabela 4 - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Escala PESNWI.....	72
Tabela 5 - Estatística descritiva das dimensões do ambiente de trabalho da prática de enfermagem por contexto hospitalar.....	73
Tabela 6 - Estatística descritiva das dimensões do ambiente de trabalho da prática de enfermagem.....	73
Tabela 7 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (PCC).....	77
Tabela 8 - Relação entre os itens por dimensão da centralidade dos cuidados.....	78
Tabela 9 - Estatística descritiva das dimensões da centralidade dos cuidados.....	79
Tabela 10 - Relação entre as dimensões da centralidade dos cuidados e variáveis sociodemográficas e socioprofissionais – enfermeiros.....	80
Tabela 11 - Relação entre as dimensões da centralidade dos cuidados e variáveis sociodemográficas – clientes.....	81
Tabela 12 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (TSC).....	84
Tabela 13 - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da escala TSC.....	85
Tabela 14 - Estatística descritiva das dimensões do autocuidado terapêutico.....	85
Tabela 15 - Relação entre as dimensões TSC e variáveis sociodemográficas.....	86
Tabela 16 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (PJHQ)....	87
Tabela 17 - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da escala de satisfação.....	88
Tabela 18 - Estatística descritiva da dimensão da satisfação.....	88
Tabela 19 - Relações entre as dimensões e os itens SF-36.....	90
Tabela 20 - Fiabilidade das dimensões SF-36.....	91
Tabela 21 - Estatística descritiva das componentes do estado funcional.....	91
Tabela 22 - Relação entre as dimensões do estado funcional e variáveis estruturais.....	92

Tabela 23 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros face às dimensões de ambiente de trabalho da prática de enfermagem.....	97
Tabela 24 - Resultados da variância multivariada face aos construtos gestor e líder, participação nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados.....	99
Tabela 25 - Resultados da análise descritiva dos construtos gestor e líder, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, segundo a idade e formação PG dos enfermeiros.....	102
Tabela 26 - Resultados da variância multivariada face aos construtos gestor e líder, adequados recursos humanos, relação enfermeiro-médico e participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital.....	103
Tabela 27 - Resultados da análise descritiva dos construtos gestor e líder, relação enfermeiro médico e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados, segundo a categoria profissional e formação PG dos enfº.....	106
Tabela 28 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros face às dimensões da centralidade dos cuidados.....	113
Tabela 29 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face às dimensões da centralidade dos cuidados.....	115
Tabela 30- Estatística descritiva das dimensões da centralidade dos cuidados segundo os enfermeiros e os clientes.....	116
Tabela 31 - Resultados da variância multivariada face às dimensões responder às necessidades, atender às preferências e educação para a saúde – enfermeiro.....	118
Tabela 32 - Efeitos significativos das variáveis sociodemográficas sobre as dimensões da centralidade dos cuidados – enfermeiros.....	119
Tabela 33 - Resultados da análise descritiva das dimensões da centralidade dos cuidados, segundo a idade, formação e género dos enfermeiros.....	120
Tabela 34 - Resultados dos coeficientes de correlação entre os construtos do ambiente de trabalho da prática de enfermagem e as dimensões da centralidade dos cuidados.....	122
Tabela 35 - Resultados da variância multivariada face às dimensões responder às necessidades, atender às preferências e educação para a saúde- clientes.....	123
Tabela 36 - Efeitos significativos das variáveis sociodemográficas sobre as dimensões da centralidade dos cuidados.....	124
Tabela 37 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face às dimensões do autocuidado terapêutico.....	129

Tabela 38 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face à satisfação com os cuidados de enfermagem.....	131
Tabela 39 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face à componente física.....	134
Tabela 40 - Resultados de análise de variância das componentes da dimensão física.....	135
Tabela 41 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face à componente mental.....	137
Tabela 42 - Resultados de análise de variância das componentes da dimensão mental.....	138
Tabela 43 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados no autocuidado terapêutico.....	139
Tabela 44 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e variáveis sociodemográficas no autocuidado terapêutico.....	140
Tabela 45 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e variáveis estruturais na dimensão gerir medicamentos e sintomas.....	141
Tabela 46 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e variáveis estruturais na dimensão realizar atividades diárias.....	141
Tabela 47 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados na satisfação...	142
Tabela 48 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e das variáveis estruturais na satisfação.....	143
Tabela 49 - Resultados da análise de regressão das variáveis estruturais no estado funcional.....	144
Tabela 50 - Resultados da análise de regressão das variáveis estruturais na componente física.....	145
Tabela 51 - Resultados da análise de regressão das variáveis estruturais na componente mental.....	145

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Efeito principal dos serviços de internamento no construto gestor e líder.....	100
Gráfico 2 - Efeito principal da formação PG no construto gestor e líder.....	100
Gráfico 3 - Efeito de interação entre idade e formação PG com o construto gestor e líder.....	101
Gráfico 4 - Efeito de interação entre idade e formação PG com o construto fundamentos de qualidade.....	101
Gráfico 5 - Efeito de interação entre formação PG do enf ^o e os serviços de internamento com o construto participa nos assuntos do hospital.....	
Gráfico 6 - Efeito principal da área de ação do enfermeiro no construto adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados.....	104
Gráfico 7 - Efeito principal da área de ação dos enfermeiros no construto relação enfermeiro médico.....	104
Gáfico 8 - Efeito de interação entre categoria profissional e formação PG do enf ^o no construto gestor e líder.....	105
Gráfico 9 - Efeito de interação entre categoria profissional e formação PG do enf ^o no construto relação enfermeiro médico.....	105
Gráfico 10 - Efeito de interação entre categoria profissional e formação PG do enf ^o no construto fundamentos de enfermagem para a qualidade cuidados.....	105
Gráfico 11 - Efeito principal da idade dos clientes na dimensão atender às preferências..	124
Gráfico 12 - Efeito principal da idade dos clientes na dimensão educação para a saúde...	124
Gráfico 13 - Efeito principal da escolaridade dos clientes na dimensão educação para a saúde.....	125
Gráfico 14 - Efeito de interação entre a idade dos clientes e HCNDti na dimensão educação para a saúde.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig.1 - Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem.....	12
Fig.2 - Modelo “Person-Centred Nursing”	15
Fig.3 - Dimensões da qualidade.....	24
Fig.4 - Modelo de Pesquisa do Estudo.....	40
Fig.5 - Preparação do acesso ao campo de dados.....	46
Fig.6 - Fluxograma do processo de recolha de dados com identificação das escalas que integram os questionários.....	57
Fig.7 - Modelo Teórico da Pesquisa – Uma explicação para a realidade encontrada.....	148

0 – INTRODUÇÃO

A limitação de recursos em saúde e a exigência de qualidade na prestação de cuidados são duas faces da mesma moeda que importa conhecer e analisar.

O Departamento da Qualidade na Saúde, da Direção Geral da Saúde, definiu uma estratégia nacional para a qualidade na saúde, cuja missão consiste em “promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade, ressaltando que hoje os cuidados de saúde são prestados num palco diversificado de interesses em conflito, onde os clientes são cada vez mais exigentes” (DGS, 2014, <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>). Esta estratégia decorre da Organização Mundial da Saúde que entende que se deve estabelecer e implementar, em cada Estado-Membro, uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde (DGS, 2014).

“A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje formalmente assumida, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade” (OE, 2001, p.5).

No Sistema de Saúde tem surgido a preocupação em compreender a contribuição dos enfermeiros no processo de trabalho que é esperado para melhorar o desempenho, reduzir os custos e otimizar os resultados do atendimento ao cliente, face à atual situação financeira, económica e demográfica, como o envelhecimento da população com doenças mais onerosas e incapacitantes (Ferreira & Amendoeira, 2014).

Assim, parece-nos ser particularmente relevante analisar os resultados obtidos face à prestação de cuidados de enfermagem, pois os enfermeiros são considerados o principal “componente” de prestação de cuidados de saúde onde o cliente é o elemento central. Para isso consideramos que é inerente a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Pouco se conhece sobre a relação entre cuidados de enfermagem e os seus resultados (Doran *et al.*, 2006; Doran, 2011; Lucero, Lake & Aiken 2010), nomeadamente em Portugal. Nos últimos três anos tem havido um incremento na análise entre fatores do contexto de cuidados, como os

relativos a “atributos” dos enfermeiros (rácio enfermeiro/cliente, formação/experiência dos enfermeiros) e/ou dos clientes (tempo de internamento, taxa de mortalidade/morbilidade, diagnóstico de saúde) e os resultados observados no cliente, comparando Países da Europa, EUA e Canadá.

A avaliação da qualidade dos cuidados e, concretamente, dos cuidados de enfermagem teve início com Florence Nightingale, no século XIX. Ela usou métodos estatísticos para gerar relatórios e correlacionar os resultados da pessoa às condições ambientais (Gantz, Sorenson & Howard, 2003). Atualmente, no século XXI, mantém-se atual esta preocupação da avaliação da qualidade dos cuidados, sendo esta considerada a “causa” do sucesso ou falência das organizações de saúde (Gantz, Sorenson & Howard, 2003).

Como quadro de referência da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem mobilizamos o quadro concetual de Irvine *et al.* (1998) -“Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem” que por sua vez tem por base o modelo de Donabedian (1966, 1980).

Irvine *et al.* (1998) desenvolveram um modelo específico para a enfermagem, “Nursing Role Effectiveness Model”, que permite identificar a contribuição dos cuidados de enfermagem mediante as intervenções do enfermeiro, propondo uma relação entre variáveis de estrutura, processo e sistema de resultados, onde inclui também a satisfação da pessoa. Este modelo foi posteriormente testado por Doran *et al.* (2002). O modelo segue a estrutura de Donabedian (1966,1980), cujos componentes da estrutura são os fatores da pessoa, do enfermeiro e da organização que influenciam o processo e os resultados dos cuidados. Neste modelo, as intervenções de enfermagem são as variáveis de processo e, como resultados da produção de cuidados de enfermagem, o modelo contempla a gestão de sintomas, estado funcional, autocuidado, segurança/acontecimentos adversos e satisfação da pessoa (Doran, 2003).

Acreditamos que a excelência dos cuidados só é possível, apostando na qualidade destes sendo, para isso, necessário proceder à respetiva avaliação. A avaliação da qualidade dos cuidados permite conhecer as relações subjacentes aos resultados sensíveis em enfermagem, face ao contexto de cuidados (fatores da estrutura) e aos cuidados de enfermagem (fatores do processo). A análise dos resultados sensíveis em enfermagem vai contribuir para uma tomada de decisão mais segura e fundamentada, reforçando a enfermagem, enquanto papel social (contribui para o bem-estar da pessoa e da sociedade) e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível das dimensões que nos propomos estudar; já que se pretende que o seu estudo concorra, não apenas para um desempenho de qualidade dos prestadores, mas também das organizações de saúde e,

sobretudo, para a satisfação da pessoa sujeito dos cuidados, o elemento central do processo de cuidados.

Definido este enquadramento, e pretendendo dar resposta às nossas inquietações atrás referidas, definimos as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais os resultados sensíveis em enfermagem face aos cuidados de enfermagem centrados na pessoa?
- ✓ Quais as dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros e percecionadas pela pessoa, sujeito dos cuidados.
- ✓ Quais as práticas de gestão/liderança do enfermeiro chefe ou líder formal do serviço/organização, percecionadas pelos enfermeiros e que contribuem para a obtenção dos resultados sensíveis em enfermagem?

Para dar resposta a estas questões de investigação concetualizamos um modelo de pesquisa que permite analisar as relações entre as variáveis em estudo e cujos objetivos são os seguintes:

- ✓ Analisar os resultados sensíveis em enfermagem face às dimensões de estrutura e processo que englobam os cuidados de enfermagem;
- ✓ Avaliar os fatores da estrutura que influenciam o ambiente de trabalho da prática de enfermagem;
- ✓ Caracterizar as dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros e clientes;
- ✓ Avaliar as práticas de gestão/liderança que melhor contribuem para a centralidade dos cuidados.

A investigação em estudo assenta, do ponto de vista metodológico, num paradigma quantitativo, do tipo correlacional e/ou diferencial (Almeida e Freire, 2008) e transversal.

A população é constituída pelos seguintes elementos:

- Os enfermeiros e os enfermeiros chefes de serviços de “cuidados agudos” de dois Centros Hospitalares da mesma Região de saúde (NUTs III);
- A pessoa, sujeito dos cuidados de enfermagem, que recebeu cuidados nesses serviços.

Recorreu-se a uma amostra aleatória simples e como método de colheita de dados aplicaram-se questionários (auto-preenchimento), junto dos enfermeiros, incluindo os enfermeiros chefes e da pessoa sujeito dos cuidados. Os registos do Sistema de Classificação de Doentes (SCD) foi outra fonte de informação utilizada.

O presente estudo está estruturado em duas partes. A primeira, respeitante ao enquadramento teórico e concetual do objeto do estudo, constituída por quatro capítulos. O primeiro dos quais contextualiza e justifica a problemática do estudo e de onde emergem as questões de investigação. O segundo capítulo desenvolve os fundamentos para a tomada de decisão teórica que sustenta o conhecimento em enfermagem, o modelo concetual que suporta o estudo e a importância da focalização dos cuidados de enfermagem junto da pessoa, sujeito dos cuidados. O terceiro capítulo, versa os resultados sensíveis em enfermagem, componente que permite a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. E, por fim, o quarto capítulo, caracteriza as dimensões inerentes à qualidade dos cuidados, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, numa perspetiva de modelos de gestão e de liderança em enfermagem.

A segunda parte do estudo desenvolve a investigação empírica e é constituída por quatro capítulos. No capítulo do desenho do estudo será dada ênfase aos procedimentos metodológicos, ao protocolo de pesquisa, no sentido de se “obter a verdade objetiva dos factos” e à identificação das escalas que integram os questionários. No capítulo da apresentação de resultados, caracteriza-se o contexto de acesso aos dados, os enfermeiros, os clientes e as propriedades psicométricas das escalas utilizadas. Os capítulos subsequentes contemplam a análise e discussão dos resultados, onde se testam as hipóteses e, as conclusões com destaque para as evidências, contributos e limitações do estudo.

Apresentamos, por fim, as referências bibliográficas utilizadas ao longo do estudo, assim como os anexos necessários à justificação dos procedimentos metodológicos referenciados ao longo deste trabalho, bem como os resultados do estudo preliminar.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Capítulo 1. A problemática do estudo

Nas últimas décadas, têm surgido, nos países desenvolvidos, reestruturações nos diversos setores públicos, desde a área da saúde, a outras áreas, como a social, a educação e outras, que assumem um carácter semelhante e decorrem em grande parte das alterações nas conceções tradicionalmente dominantes acerca do papel do Estado, das formas de organização e gestão, que caracterizam as suas instituições e, ainda dos profissionais e da organização do trabalho. As políticas e as medidas concretas propostas neste âmbito direcionam-se no sentido do aumento da competição, da preferência por mecanismos de mercado, do primado da orientação do serviço para o cliente e, ainda, da apologia do espírito empreendedor, tendências bem evidentes na área da saúde, com a Nova Gestão Pública.

Paralelamente, e após ter-se assistido a um crescente aumento dos custos associados à prestação de cuidados de saúde às populações, atualmente com o “memorando de entendimento” o SNS recebeu menos 19.5% do que em 2012 para efeitos da despesa em saúde (OPSS, 2013).

Na saúde, os gastos totais - Públicos e Privados - em 24 anos (1980 a 2004) foram, na maioria dos Países da EU (15), crescentes, sendo que em Portugal quase duplicaram: 5.6% do PIB em 1980 e 10.0% do PIB em 2004. Em 2010, todos os países apresentaram um valor superior ao de Portugal (10.15% do PIB para despesas em cuidados de saúde), com a exceção da Finlândia e os restantes Países que aderiram à União Europeia depois de 2004 (EU-27) (observatório-das-desigualdades.cies.iscte). Em 2011 e 2012, os valores desceram respetivamente para 9.7 e 9.5% do PIB (PORDATA,2014). Estes dados revelam a política de contenção de custos que tem vindo a acontecer nestes últimos anos em Portugal.

Externamente, as transições demográficas verificadas nas sociedades desenvolvidas têm surgido, nomeadamente devido ao aumento da esperança média de vida. O relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007) refere, também, que as necessidades de cuidados de saúde da população vão exigir do Sistema de Saúde respostas cada vez mais complexas, devido à progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e onerosas. Este aumento substancial da população idosa traduz-se, por isso, em custos mais elevados para o

Sistema de Saúde, em função da emergência e diferentes necessidades em cuidados de saúde. Assim, as crescentes necessidades de cuidados de saúde e as pressões financeiras podem limitar o potencial das estruturas e recursos dos serviços de saúde.

Perante a instabilidade financeira, as organizações de cuidados de saúde, nomeadamente os hospitais, têm sofrido várias alterações: reajustes organizacionais, diminuição de valências (aglomeração), aumento do número de camas, entre outros.

As propostas de mudança ao nível da organização com a Nova Gestão Pública e a introdução de novos modelos de financiamento, em particular das instituições hospitalares, assim como, a satisfação das necessidades de cuidados de saúde da população, e a exigência de cuidados de saúde de qualidade assumem, como um dos seus principais objetivos, mudar as tradicionais formas de gestão, regulação e prestação dos profissionais que aí exercem a sua atividade.

Deste modo, se por um lado há indicações de mudança quanto aos recursos e seus limites por outro valoriza-se uma política de qualidade, que é de relevar já que a efetividade dos cuidados de saúde também se obtém pela produção de cuidados de saúde de elevada qualidade (Phillips, 2005).

O atual Plano Nacional de Saúde, 2012/2016, no seu modelo concetual, assume garantir o melhor desempenho e adequação de cuidados que maximizem a utilização de recursos, a qualidade, a equidade e o acesso (DGS, 2013).

Nesta sequência, a qualidade dos cuidados de saúde tornou-se, igualmente, uma prioridade nos programas e políticas de saúde. “A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde, Conselho Europeu e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade” (OE, 2001) bem como, o Departamento da Qualidade no âmbito da Direção Geral da Saúde.

Sabemos que a avaliação da qualidade é considerada um primeiro passo na garantia da qualidade, que é um esforço para mudar ou melhorar o nível de cuidados de saúde com base em medidas de qualidade pelo que, hospitais e/ou serviços têm implementado sistemas de avaliação da qualidade de forma a dar cumprimento aos requisitos e regulamentação para a acreditação, tal como tem vindo a acontecer com a acreditação de hospitais (Portal da Saúde, 2014).

A prestação de cuidados de saúde surge em contexto multiprofissional, na medida em que resulta da colaboração de diferentes profissionais. De entre os referidos cuidados destacam-se os de enfermagem, os quais contribuem para o sucesso ou insucesso na recuperação da saúde dos

clientes e que “são a principal razão pela qual as pessoas são internadas, nomeadamente em situação de doença aguda” (Joseph, 2007, p. 30). Cerca de 80% dos serviços de saúde são prestados por enfermeiros (ICN, 2007, in Joseph, 2007).

Segundo Joseph (2007), o conceito de cuidados de enfermagem deve ser central em qualquer estrutura para se compreender o seu impacto nos resultados dos cuidados à pessoa e à organização.

A medição de resultados na pessoa, sujeito dos cuidados, é uma importante fonte de evidências sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem (Doran *et al.*, 2006).

Também Gudmundsdottir *et al.* (2004) referem que, para avaliar o efeito dos cuidados de enfermagem, a identificação dos resultados na pessoa é um elemento chave sendo que essa identificação vai permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Então, se os resultados da prestação de cuidados de enfermagem são um componente essencial da avaliação da qualidade e eficácia desses cuidados (Behrenbeck *et al.*, 2005) e dado os constrangimentos a nível dos recursos, torna-se fundamental compreender até que ponto os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos, para assim poderem ser valorizados e considerados essenciais, não apenas para dar resposta à qualidade dos cuidados prestados, mas também para reconhecer a sua eficácia e efetividade.

Spilsbury & Meyer (2001) consideram que os enfermeiros estão a ser desafiados para demonstrar a sua contribuição para o Sistema de Saúde através de provas de que os cuidados que fornecem é de alta qualidade, tornando-se necessário comprovar os contributos de enfermagem para a pessoa e valorizar a emergência das práticas como campo de aplicação do conhecimento científico, considerando a pessoa o centro do processo de cuidados (Amendoeira *et al.*, 2003).

Surge-nos, então, a primeira questão de investigação:

- Quais os resultados sensíveis em enfermagem face aos cuidados de enfermagem centrados na pessoa?

Pelo exposto, torna-se fundamental analisar os resultados obtidos, em termos de prestação de cuidados de enfermagem, a fim de compreendermos, nomeadamente, a sua eficácia e efetividade. Claramente, o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2001).

Apesar das pressões financeiras sentidas e da exigência da qualidade de cuidados prestados pouco se conhece sobre a relação entre cuidados de enfermagem e resultados desses cuidados

(Doran, 2003;Doran *et al.*, 2006; Doran, 2011; Lucero, Lake & Aiken 2010). Tendo em conta que achamos próprio da qualidade dos cuidados considerar a pessoa o centro do processo de cuidados, surge a segunda questão:

- Quais as dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros e percecionadas pela pessoa, sujeito dos cuidados.

Por outro lado, e tal como já referimos, salienta-se também a necessidade do desenvolvimento de estratégias de contenção de custos, otimização de recursos e obtenção de eficiência, pelo que é importante o desenvolvimento e a aplicação da ciência da gestão em todas as suas vertentes. Herman & Reichelt (1998) reforçam esta ideia referindo que há uma necessidade do desenvolvimento da gestão em contraste com as habilidades clínicas. Porter-O'Grady (2003a,b) acrescenta que, para o novo milénio, pretende-se um conjunto de competências diferentes para o Sistema de Saúde, apontando o conhecimento económico como um novo fator externo a atender e onde o poder se encontra no indivíduo e não na organização (Davidson *et al.*, 2006).

Novas estratégias são, então, necessárias aos gestores para proporcionar uma elevada qualidade dos cuidados em tempos de restrições financeiras.

A importância do papel do líder formal, enfermeiro chefe, junto dos enfermeiros prestadores de cuidados parece ser fulcral, para o incentivo do alcance dos melhores resultados obtidos na pessoa, como resultado dos cuidados de enfermagem.

Nesta sequência, e por considerarmos que os cuidados prestados pelos enfermeiros estão, de alguma forma, relacionados com o desempenho dos enfermeiros chefes ou líderes do serviço/organização, surge a terceira questão:

- Quais as práticas de gestão/liderança do enfermeiro chefe ou líder formal do serviço/organização, percecionadas pelos enfermeiros e que contribuem para a obtenção dos resultados sensíveis em enfermagem?

Capítulo 2. Os Fundamentos para as decisões teóricas

Em enfermagem são várias as teorias que podem fundamentar a prática. Contudo, dificilmente alguma consegue descrever o que é a enfermagem no seu todo. Duf (2011) diz-nos que podemos considerar as teorias de enfermagem num contínuo, do geral para o específico e que todas representam aspetos da realidade da prática de enfermagem.

Acreditamos que a teoria pode guiar a prática, tal como McCubin & Patterson (1982, citado por McCurry, Revell & Roy, 2009) e que a integração da teoria na prática serve como um guia para atingir os objetivos da disciplina de enfermagem no sentido, nomeadamente de promover a saúde e prevenir a doença, bem como identificar causas evitáveis de doença e necessidades de saúde não satisfeitas (McCurry, Revell & Roy, 2009). A teoria é “um instrumento” útil para o desenvolvimento do conhecimento (Reed & Lawrence, 2008).

Por outro lado, estamos convictos que a prática influencia a teoria, identifica prioridades, adaptando-se à realidade, torna-se pertinente e sustenta a teoria, tal como diz Amendoeira (2006b) a teoria vem da prática para a prática. Ou seja, a teoria e a prática têm que caminhar lado a lado. São sistemas sinérgicos.

O que está em causa, pensamos nós, é o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem no sentido de obtermos os melhores resultados em saúde através de uma prestação de cuidados ao nível da excelência.

Quando falamos de conhecimento, reportamo-nos ao conhecimento científico, tradicional e pessoal (Moule & Goodman, 2008).

Concordamos com Johnson e Weber (2010) quando referem que o conhecimento fornece um corpo cumulativo, organizado e dinâmico de informação corrente que pode ser usado para responder a perguntas, resolver problemas, explorar fenómenos e gerar nova teoria.

O desenvolvimento do conhecimento surge também da investigação e processa-se de forma cognitiva através da interação de informação de forma “holárquica”, ou seja, um processo dinâmico (não apenas hierárquico), onde a informação integrada é multidirecional (Mella, 2009, citado por

Butts, 2011) contribuindo para um todo. Fawcett (2011a, 2011b) adotou este conceito para explicar que a aquisição do conhecimento surge através de diferentes níveis de abstração, do mais abstrato para o mais concreto e vice-versa, que nos permite melhor compreender a importância do desenvolvimento do conhecimento na teoria, na prática, bem como, na investigação.

2.1. Modelo conceitual do estudo – A efetividade do papel de enfermagem

Acreditamos que a enfermagem deve ter a sua própria identidade e, conseqüentemente, os seus próprios modelos conceituais ou teorias.

O modelo por nós adotado para este estudo, e já referido anteriormente, é o modelo da efetividade do papel de enfermagem (Irvine *et al.*, 1998). Este modelo tem por base o modelo conceitual da qualidade dos cuidados de Donabedian (1966, 1980). Para este autor a qualidade é função dos elementos da estrutura do contexto onde são prestados os cuidados, do processo utilizado pelos prestadores de cuidados e das mudanças que ocorrem fruto da interação entre o sujeito dos cuidados e os outros elementos, ou seja, os resultados (Donabedian, 1966, 1980) .

O modelo de Donabedian (1966, 1980) fornece um quadro de referência que permite a avaliação sistemática dos cuidados nos serviços de saúde e concebe que cada componente (estrutura, processo e resultados) é influenciada pela anterior, sendo por isso interdependentes. Permite analisar a globalidade dos fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados prestados, considerando as três componentes que o constituem. O seu principal interesse consiste em identificar fatores da organização e do sistema de cuidados que afetem a qualidade desses cuidados. Segundo Gardner, Gardner & O'Connell (2013) é um modelo útil para guiar o planejamento, preparação e avaliação, suportando a implementação de inovação nos serviços de saúde.

Irvine *et al.* (1998), tendo por base o modelo de Donabedian (1966, 1980), tal como acima referimos, desenvolveram o “Nursing Role Effectiveness Model” que identifica a contribuição dos cuidados de enfermagem, tendo por base os fatores do contexto onde são prestados os cuidados, face aos resultados obtidos na pessoa. São três as componentes inerentes ao modelo: a estrutura contempla as variáveis inerentes ao “sistema de atendimento”, o processo diz respeito ao comportamento ou ação dos enfermeiros e os resultados, o efeito dos cuidados (Irvine *et al.*, 1998).

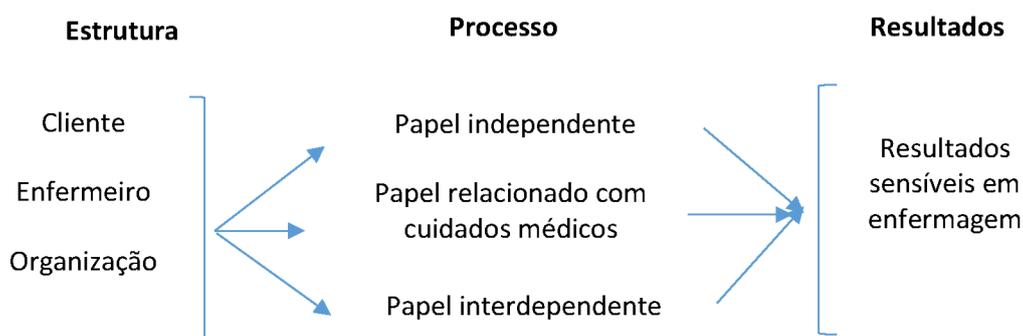
A primeira componente refere-se aos fatores da pessoa, do enfermeiro e da organização (Irvine *et al.*, 1998). As variáveis da pessoa incluem características pessoais e relacionadas com o estado de saúde/doença, como a idade, tipo e severidade da doença e morbilidades que afetam a prestação de cuidados ou a obtenção de resultados. As variáveis relativas aos enfermeiros compreendem as características profissionais, como a experiência, o conhecimento e níveis de competência que podem influenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem (formação e categorias profissionais). As variáveis organizacionais focalizam-se no “staff” e padrões de atribuição de atividades que afetam diretamente a prestação de cuidados de enfermagem (Irvine *et al.*, 1998).

A dimensão Processo é constituída pelos diferentes papéis que o enfermeiro desempenha no âmbito das suas competências: “Intervenções autónomas” – ações iniciadas pelos enfermeiros em resposta a problemas da pessoa; “Interdependentes” – ações partilhadas com outros membros da equipa de saúde, como comunicação na equipa, coordenação dos cuidados, coordenação do planeamento da alta e “intervenções relacionadas com o papel do médico” - ações de enfermagem em resposta a prescrições médicas e avaliação da resposta da pessoa aos cuidados.

Os resultados no modelo são os efeitos dos cuidados prestados, sendo que os autores identificam seis categorias de resultados: prevenção de complicações, gestão de sintomas, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, estado funcional e autocuidado, satisfação com os cuidados e custo (Irvine *et al.*, 1998).

Irvine *et al.* (1998) propõe que as variáveis da estrutura influenciam as variáveis de processo e de resultados e o processo afeta as variáveis de resultado, tal como se pode observar na fig. 1. Assim, estas componentes permitem-nos compreender não apenas os resultados do fenómeno em estudo, mas também os fatores associados aos resultados e suas relações (Doran, 2003; 2011).

Fig.1 - Modelo da Efetividade do Papel da Enfermagem



Adaptado de Doran, 2003, 2011

Em 2002, Doran *et al.* testaram o modelo, referindo que foi observada evidência empírica das proposições concebidas no modelo da efetividade do papel da enfermagem, fornecendo este um quadro conceitual bem definido, o qual permite avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem em contextos de internamento de cuidados agudos e analisar a contribuição dos cuidados prestados pelos enfermeiros nesses contextos.

2.2. O centro dos cuidados de enfermagem - A pessoa/cliente

Partilhamos do enquadramento conceitual definido pela OE, relativamente aos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem (OE, 2001). Consideramos que a relação interpessoal que emerge dos cuidados de enfermagem deve valorizar o cliente enquanto pessoa com as suas próprias características, valores e crenças, com “dignidade própria, e direito a autodeterminar-se ... como ser uno e indivisível” (OE, 2001, p. 8,9) e também como o centro do processo de cuidados.

Biron *et al.* (2007) considera o processo de cuidados como as atividades que envolvem a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família, na satisfação das suas necessidades. Amendoeira (2006b) enfatiza que o processo de cuidados desenvolve-se no âmbito das competências e autonomia dos enfermeiros considerando a pessoa na centralidade do processo.

Por sua vez, a centralidade dos cuidados no cliente é considerada um primado à qualidade dos cuidados, surgindo na literatura como filosofia, teoria, princípio, valor, objetivo, entre outros termos.

Várias têm sido as dimensões da centralidade dos cuidados identificados na literatura: respeito pelos valores e necessidades dos clientes (Gerteis *et al.*, 1993), entender o cliente como uma pessoa única, criando alianças terapêuticas, dando-lhe poder e responsabilidade na gestão da doença (Mead & Bower, 2000); “responsiveness” que envolve individualização, coordenação dos cuidados e “proficiência” (Radwin, 2003); autonomia, valorizando a participação nos cuidados e a partilha de tomada de decisão (Schoot *et al.*, 2005).

Pelzang (2010) fala-nos da centralidade dos cuidados no cliente como uma filosofia e um modelo que é amplamente utilizado, mas considera que a sua aplicação é difícil pela falta de uma definição clara e método de medição. Este autor, numa revisão da literatura, publicada em 2010, apresenta o conceito de centralidade dos cuidados, seus benefícios e fatores inerentes, bem como

as suas barreiras. No conceito fala-nos de individualidade e respeito pelo cliente, referindo que não é apenas definir objetivos com o cliente, é adotar o seu ponto de vista e as circunstâncias inerentes à tomada de decisão. Refere-se a um estilo de interação, onde o enfermeiro é responsivo às necessidades e preferências do cliente, empoderando-o para uma tomada de decisão partilhada. Como funções, refere: informar o cliente; educar sobre conselhos apropriados à sua condição de saúde para uma adequada tomada de decisão; promover a sua reafirmação, transmitindo segurança; proporcionar suporte, conforto, aceitação, legitimidade e confiança, promovendo a cura, reduzindo os danos e o sofrimento. Enquanto filosofia, permite entender o cliente como uma pessoa qualificada para decidir sobre as suas próprias necessidades e expectativas e escolher, sobre o que precisa e quer. Como principais características menciona a individualização e o envolvimento do cliente nos cuidados, através da informação e tomada de decisão partilhada.

2.2.1. A centralidade dos cuidados

Em 2009, Hobbs, definiu centralidade dos cuidados como um fenómeno complexo que envolve várias interações entre cliente, enfermeiro e o ambiente, cujo objetivo final consiste em aliviar as vulnerabilidades do cliente

Lusk e Fater (2013) analisaram o conceito de centralidade dos cuidados, não apenas na área de enfermagem, mas em literatura “interprofissional” e propõem uma definição operacional do conceito que, segundo eles, contribui, igualmente, para a prática da “teoria de cuidar” de Watson. A análise foi realizada através de uma revisão da literatura dos vários conceitos paralelamente aos pressupostos da teoria de Watson. Assim, apresentam uma definição do conceito: a provisão de cuidados que incorpora elementos do contexto e inclui atributos de encorajamento da autonomia no cliente, uma atitude de cuidar do enfermeiro, bem como a individualização dos cuidados no cliente. Relevam que o comportamento fundamental do enfermeiro inclui: comunicar, ouvir, considerar o cliente como único, respeitando os seus valores e respondendo às suas necessidades.

Já em 2003, McCance propôs um quadro concetual com ênfase na centralidade dos cuidados no cliente, tendo por base a teoria de cuidar de Watson associada a outras teorias, como: o humanismo, o cuidado cultural de Leininger e o interacionismo. Para McCance cuidar implica ver a pessoa no centro do processo e do contexto de cuidados, resultando uma relação sinérgica entre o enfermeiro e o cliente (McCance, 2003; Dewing, 2004).

McCormack e McCance, em 2006, desenvolveram uma teoria de médio-alcance que designaram de “person-centred nursing”, tendo por base, tanto o quadro concetual referido

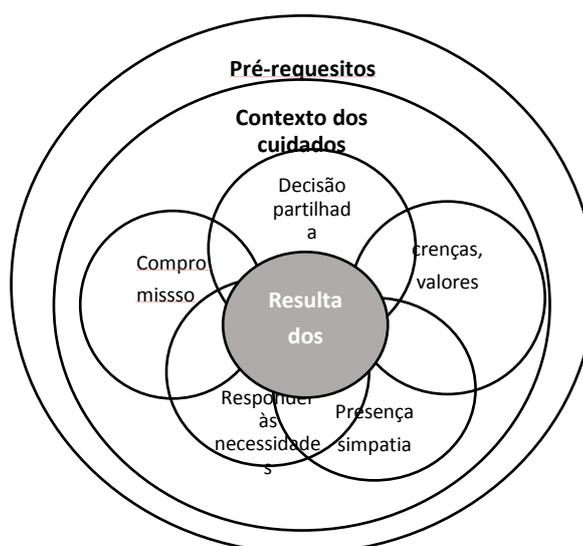
anteriormente como o modelo de Donabedian (1966,1980). A teoria apresenta 4 construtos: os pré-requisitos, cujo foco são os atributos dos enfermeiros (competências, formação, vínculo com o local de trabalho e características pessoais); o contexto de cuidados, local onde são prestados os cuidados (designado por “care environment”); o processo da centralidade da pessoa, com foco na prestação de cuidados e os resultados esperados. A relação entre os construtos é concêntrica e implica que os pré-requisitos sejam os primeiros a ser considerados, bem como o contexto de cuidados.

Segundo os autores anteriormente referidos, o contexto de cuidados deve contemplar um adequado conjunto de competências profissionais e um efetivo relacionamento intra e interprofissionais, suporte organizacional, partilha de poder, e outros atributos inerentes a uma cultura de qualidade.

Quanto ao construto da centralidade da pessoa, os autores referem-se a um conjunto de atividades de enfermagem, nomeadamente prestar cuidados de enfermagem com o cliente, segundo as suas crenças, valores, compromisso assumido, ter uma presença simpática, partilhar a tomada de decisão e responder às necessidades físicas e psíquicas (Fig. 2). Estes autores destacam o processo de negociação com o cliente, no sentido de o informar e de o integrar nas atividades e o compromisso que consideram poder ser de três níveis: total, parcial ou não compromisso (McCormack & McCance, 2006).

Os resultados são os decorrentes do processo de cuidados e inclui sentimento de bem-estar (físico e psicológico) e satisfação do cliente.

Fig. 2 – Modelo “Person-Centred Nursing”



Fonte: McCormack & McCance, 2006

Segundo McCormack e McCance (2006), existe evidência de que, tendo por base estes construtos, a relação entre profissionais, clientes e outros significativos é construída numa base de mútua confiança, entendimento e partilha de conhecimentos.

Recentemente, Lusk e Fater (2013) apresentaram a definição do conceito, centralidade dos cuidados no cliente, no sentido de o operacionalizar e facilitar a sua implementação. Assim, para além de o foco principal ser no cliente, evidenciam a individualização dos cuidados, a atitude de cuidar pelo enfermeiro e o encorajamento para a autonomia do cliente. No contexto da interação entre o cliente e o enfermeiro, destacam o respeito pelos valores e necessidades do cliente, bem como, a comunicação, saber ouvir e ensinar, enquanto competências a desenvolver pelo enfermeiro. Sistematizam que a decisão partilhada, a individualização dos cuidados, tendo por base os valores e as necessidades do cliente, bem como a sua autonomia, são características da centralidade dos cuidados.

Para Sidani (2008) parece ser claro o que constitui a centralidade dos cuidados de enfermagem no cliente. A forma como os enfermeiros selecionam e desenvolvem intervenções em resposta às necessidades individuais dos clientes é fundamental para que este seja considerado o centro do processo de cuidados (Lauer *et al.*, 2002; McLaughlin & Kaluzny, 2000; Sidani, 2008; Sarkissian & Sidani, 2010). A autora propõe as seguintes dimensões/premissas como as inerentes à centralidade dos cuidados: envolver o cliente nos cuidados, atender às suas necessidades (físicas, psicossociais e espirituais); resolver problemas de saúde do cliente de modo atempado e tendo em vista a alta; prestar cuidados de enfermagem de acordo com as suas preferências; educar e aconselhar. A dimensão educar está associada à situação de saúde/doença atual, enquanto aconselhar é mais abrangente e engloba aspetos relacionados com estilos de vida saudáveis.

Perante esta diversidade e complexidade do conceito de centralidade dos cuidados de enfermagem no cliente, verifica-se que muitas das características apontadas, são comuns tendo por base a interação entre o cliente, o enfermeiro e o contexto de cuidados, numa perspetiva de respeito e valorização da pessoa enquanto ser único e individual. Verifica-se, também, concordância de que prestar cuidados de acordo com as características apontadas pelos vários autores é um contributo fundamental para a qualidade dos cuidados. Enquanto filosofia, a centralidade dos cuidados é benéfica não apenas para os clientes, mas também para os enfermeiros (Drach-Zahavy, 2009; Pelzang, 2010) e, pensamos nós, também para a organização, nomeadamente do ponto de vista da satisfação dos clientes, da segurança dos cuidados e consequente credibilidade da organização e dos seus prestadores.

Efetivamente, a dimensão da centralidade dos cuidados também tem sido valorizada pelas organizações, associações ou comissões de saúde.

O IOM (2001) caracteriza o conceito de centralidade dos cuidados e refere que é um dos seis objetivos de melhoria da qualidade a atingir, definido para o novo sistema de saúde do século XXI. Considerar o cliente como centro dos cuidados permite identificar, respeitar os seus valores, preferências e necessidades, aliviar a dor e o sofrimento; coordenar a continuidade de cuidados, ouvir e continuamente advogar a prevenção da doença, saúde, bem-estar e promoção de estilos de vida saudáveis (IOM, 2003).

O relatório do Crossing The Quality Chasm refere que os enfermeiros devem liderar e difundir modelos de cuidados centrados no cliente junto de equipas interprofissionais e com o apoio da organização, já que os enfermeiros consideram que o foco no cliente é central à enfermagem. O mesmo organismo refere que é a resposta possível para evitar a fragmentação e os pobres resultados nos cuidados de saúde (Lusk & Fater, 2013).

A centralidade dos cuidados no cliente é também valorizada por organismos europeus e nacionais. Surge como um dos valores e princípios do Sistema de Saúde Europeu (Conselho EU, 2006) e do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2013).

Capítulo 3. Resultados sensíveis em enfermagem

A necessidade cada vez maior de prestação de contas do sistema de saúde, as frequentes mudanças na organização de saúde, a produção, criação de valor e o financiamento do sistema de saúde são variáveis que alertam para a necessidade de avaliação precisa dos cuidados de enfermagem. Esta constatação requer a avaliação de estruturas, processos e resultados associados à prática de enfermagem (Hamric, Spross & Hanson, 2009) e consubstancia o já referido a propósito de outros autores, como Donabedian (1966, 1980), Mitchell & Lang (2004), Irvine, Sidani e McGillis Hall (1998), Sidani, Doran & Mitchell (2004).

Para Doran (2003), a questão dos resultados tem vindo a ser o centro de atenções sobre custos, qualidade, eficácia e eficiência do desempenho assistencial e organizacional, devido, nomeadamente, às expectativas de uma maior responsabilização da gestão e decisões políticas.

A avaliação de resultados é essencial ao sucesso da prática de enfermagem (ANA, 2010). É fundamental demonstrar as mais-valias dos cuidados de enfermagem, ou seja, identificar os resultados que evidenciam que os enfermeiros fazem a diferença junto da pessoa, sujeito dos cuidados.

Tradicionalmente, o conceito de resultados é definido como o produto final de um processo, tratamento ou intervenção. Em cuidados de saúde, os resultados descrevem a resposta, comportamento, sentimentos dos cuidados providenciados (Edwardson, 1985).

Para Donabedian, (1966, 1980) resultado (outcome) é uma mudança que ocorre relativamente ao estado de saúde atual e futuro da pessoa podendo ser atribuído à prestação de cuidados de saúde. Esta definição focaliza-se, exclusivamente, na pessoa e incorpora o estado psicológico, atitudinal (satisfação da pessoa), aquisição de conhecimentos relacionados com a saúde e mudança de comportamentos de saúde (Hamric *et al.*, 2009). Também Hegyvary (1991, citado por Finkelman, 2006) salienta que o termo “resultados” deve refletir a resposta da pessoa aos cuidados.

Segundo Hamric *et al.* (2009), os resultados devem avaliar a evolução da qualidade dos cuidados obtendo-se uma indicação de mudança na pessoa, sujeito dos cuidados.

Para avaliar os resultados encontramos diferentes indicadores na literatura. Uma medida ou indicador de resultado é um parâmetro que pode ser avaliado e reflete a mudança, resultado ou impacto do tratamento, procedimento ou intervenção (Edwardson, 1985). Tradicionalmente, mortalidade ou morbidade são utilizados para avaliar os efeitos da intervenção médica, sendo uma medida grosseira da qualidade dos cuidados produzidos e cujo foco primário é a fisiologia, não descrevendo outras áreas de impacto (Edwardson, 1985).

Apenas nos últimos vinte anos têm surgido diferentes tipologias de resultados. Lohr (1985) propôs seis categorias tendo por base o contínuo dos cuidados: mortalidade, eventos adversos, complicações durante a hospitalização, inadequada recuperação, prolongamento do problema médico, declínio do estado de saúde e da qualidade de vida.

Outras medidas de resultados têm sido analisadas, incluindo a fisiológica (ritmo cardíaco, peso), psicológica (atitude, humor), funcional (atividades de vida diárias), qualidade de vida (bem-estar, controlo de sintomas), conhecimento (medicação, dieta), financeira (custos dos cuidados) e satisfação (utentes e prestadores) (Edwardson, 1985).

Hegivary (1991, citado por Finkelman, 2006) sugeriu quatro categorias de avaliação de resultados na pessoa: resultados clínicos (resposta da pessoa às intervenções), funcionais (melhoria ou declínio da função física), financeiros (custos e duração do internamento) e percetuais (satisfação pelos cuidados recebidos e prestador de cuidados).

Jennings, *et al.* (1999) através de revisão sistemática da literatura (desde 1974), identificaram todos os indicadores de resultados, a nível de enfermagem, medicina e sistema de saúde, identificando, igualmente, vários enfoques: *pessoa* (ênfase no diagnóstico – valores laboratoriais, sinais vitais, e resultados holísticos – estado de saúde, relação saúde qualidade de vida, satisfação da pessoa, avaliação de conhecimentos da pessoa e gestão de sintomas), *prestador de cuidados* (complicações da medicação, perfil do prestador) e *organizacionais* (eventos adversos como falhas, mortes e readmissões).

Finkelman (2006) identificou categorias de indicadores que têm sido alvo de análise: “indicadores de resultados” (taxa de mortalidade, tempo de internamento, acontecimentos adversos, complicações, satisfação da pessoa/família face aos cuidados de enfermagem prestados, adesão da pessoa ao plano de alta); “indicadores de processo” (satisfação dos enfermeiros, gestão da dor, manutenção da integridade cutânea, educação da pessoa, planeamento da alta, promoção da segurança da pessoa, capacidade de resposta (responsiveness) às necessidades da pessoa) e “indicadores de estrutura” (rácio enfermeiro/pessoa, formação dos enfermeiros, horas totais de cuidados por pessoa, continuidade dos cuidados, taxa de absentismo).

Doran (2003) propôs três classes de sistemas de resultados:

- Eventos adversos – infecções nosocomiais, complicações medicamentosas (gastrointestinais), trombose venosa, shock, feridas e morte antecipada;
- Bem-estar da pessoa – estado funcional, habilidade de autocuidado, controlo de sintomas, comportamento demonstrado de atividades de promoção de saúde e relação saúde qualidade de vida;
- Satisfação da pessoa – estado subjetivo da receção dos cuidados, podendo incluir avaliação dos prestadores dos cuidados de enfermagem, a forma como os sintomas foram geridos e formação/educação recebida.

Atendendo a estes vários sistemas de resultados Biron *et al.* (2007) construíram um quadro concetual cujo foco são os indicadores finais do impacto da tomada de decisões dos gestores, tendo como objetivo influenciar positivamente os resultados, os cuidados prestados e o próprio sistema/organização. Biron *et al.* (2007) considera a gestão em enfermagem como um sistema aberto constituído por quatro componentes: as necessidades de cuidados de saúde da pessoa, recursos de enfermagem e processo de cuidados de enfermagem, tendo cada um destes componentes influencia direta na pessoa, prestador e sistema de resultados (o quarto componente). Estes componentes são mutuamente dependentes e influenciados pelos cuidados de saúde específicos da organização, decisões políticas, fatores sociais, culturais e económicos.

Como já referimos, e concordando com Finkelman (2006), a qualidade dos cuidados deve ser definida na perspetiva dos resultados. Assim, surgiram quadros de referência que permitem avaliar a qualidade dos cuidados segundo os resultados obtidos na pessoa sujeito dos cuidados.

O ponto de partida destes quadros de referência tem sido o Modelo de Donabedian (1966, 1980) cuja valorização se deve à sua abrangência, visto contemplar as várias componentes do processo de cuidados, as quais, no entender dos teóricos, estão inter-relacionadas. O autor refere que a qualidade é função dos elementos da estrutura do contexto da prestação de cuidados e das mudanças que ocorrem para os beneficiários dessa assistência (resultados).

Byers & Brunell (1998) desenvolveram um modelo que designaram de “Modelo Assistencial”, constituído pelas três componentes do modelo de Donabedian (1966,1980). As variáveis da estrutura referem-se às características da prática de enfermagem e ao contexto da prática. Quanto melhor os elementos estruturais do contexto ou do prestador, maior a probabilidade de uma prática de qualidade de cuidados, permitindo alcançar os resultados desejados. Os elementos do processo incluem não apenas o que os enfermeiros fazem, mas também as ações apropriadas e

indicadas, segundo as circunstâncias. Idealmente, as atividades de processo são guiadas pela melhor prática evidenciada. Os resultados no modelo são definidos como standard de normas evidenciadas e comparadas com valores de referência (benchmarks) para a determinação do impacto (Hamric *et al.*, 2009).

Um segundo modelo, que também utilizou o quadro de referência de Donabedian, foi o de Holzemer (1994, citado por Hamric *et al.*, 2009), mais tarde adaptado por outros (Choen, Saylor, Holzemer & Gorenberg, 2000; Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998; Radwin, 2002; Wong, Stewart & Gilliss, 2000, citado por Hamric *et al.*, 2009). Este modelo destaca o programa de planeamento dos fatores da estrutura, o que ajuda a identificar os componentes essenciais do plano de resultados a avaliar. Deste modo, os componentes de resultados essenciais a avaliar são definidos num quadro constituído por inputs/contexto (estrutura), processo e resultados/outputs (Hamric *et al.*, 2009).

Mitchell *et al.*, (1998) tendo por base o modelo de Holzemer (1994, citado por Hamric *et al.*, 2009) desenvolveram o modelo de resultados de qualidade em saúde (The quality health outcomes model -QHOM) que prevê a estrutura como uma relação complexa entre a pessoa, prestador e contexto. Define a pessoa como o indivíduo, família ou comunidade que recebe os serviços do prestador de cuidados. Mitchell e colegas (1998) referem que a relação entre as componentes do modelo é recíproca e as intervenções não afetam diretamente os resultados, podendo estes, no entanto, virem a ser afetados indiretamente por influência do processo de interação entre o sistema e a pessoa. Assim, o modelo contempla para cada uma das componentes – estrutura, processo, resultados - variáveis relacionadas com a pessoa, o prestador e o contexto (Hamric *et al.*, 2009). Este modelo, tendo por base os fatores psicológicos, funcionais, sociais e físicos/fisiológicos identifica e avalia resultados sensíveis em enfermagem como o autocuidado, demonstração de comportamentos de promoção de saúde, relação saúde-qualidade de vida, percepção da pessoa sobre os cuidados prestados e gestão de sintomas (Doran, 2003).

Radwin (2002, citado por Hamric *et al.*, 2009) criticou o Modelo de Mitchell *et al.*, porque considera que as características da pessoa podem ser melhor compreendidas em termos de “estado” e “traço”, argumentando que as intervenções de enfermagem não podem influenciar as variáveis “traço”, tais como a idade e sexo (que podem exercer influência na saúde). Radwin (2002), no seu modelo, faz a distinção entre estas características (de estado e de traço) considerando apenas as primeiras como recíprocas das outras variáveis: sistema, intervenções e resultados (Hamric *et al.*, 2009).

Na sequência destes quadros de referência surge também o modelo da efetividade do papel de enfermagem, já anteriormente apresentado. De referir que em relação à componente estrutura, as características da pessoa, concretamente, o género, a idade, tipo de doença já mostraram que afetam as respostas às intervenções de enfermagem, particularmente na área psicoeducacional (Brown, 1992; Hentinen, 1986; Sidani, 1994, citado por Doran, 2003; Sidani & Braden, 1998). O staff, enquanto característica organizacional, pode afetar a qualidade da comunicação com a pessoa (Doran *et al.*, 2001), os acontecimentos adversos (Needleman *et al.*, 2002) e a segurança (Lengatcher *et al.*, 1996, citado por Doran, 2003).

Também se tem evidenciado que o ambiente de trabalho influencia a qualidade da prática e a realização de resultados na pessoa (Aiken *et al.*, 1994; McGillis Hall *et al.*, 2002, citado por Doran, 2003).

Capítulo 4. A qualidade dos cuidados

Todas as pessoas, de uma forma geral, estão familiarizadas com o conceito de qualidade e são especialmente sensíveis à qualidade dos bens e serviços que consomem.

Segundo Martin & Henderson (2004), a qualidade é importante para os clientes e prestadores e permite a redução dos custos. Estes autores acrescentam, ainda, que a qualidade é importante para os prestadores porque permite maior satisfação e realização profissional, menor frustração e melhor feedback dos clientes.

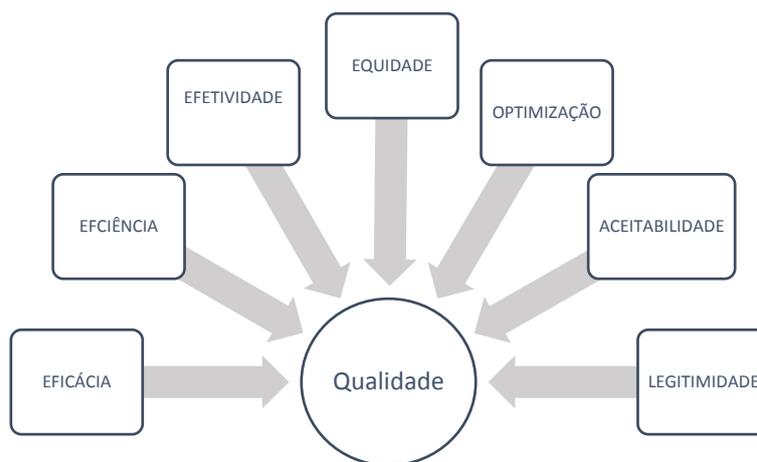
A qualidade pode, e deve, ser definida apesar da diversidade e subjetividade do conceito.

São várias as definições que surgem na literatura: conformidade com os requisitos (Crosby, 1984), adequação aos objetivos (Juran, 1986), totalidade dos aspetos e características de um produto ou serviço capazes de satisfazer necessidades explícitas ou implícitas (International Standards Organization, 1986, citados por Martin & Henderson, 2004). Qualquer dos conceitos pressupõe que a qualidade se verifica sempre que se vai ao encontro das necessidades (implícitas ou explícitas) da pessoa/família. Estes conceitos de qualidade são igualmente válidos relativamente a qualidade dos cuidados de saúde, bem como aos cuidados de enfermagem.

Partilhamos do conceito definido por Chassin & Galvin (1998): grau em que os serviços de saúde proporcionam à pessoa/família maior probabilidade de resultados de saúde desejados e consistentes com o conhecimento científico atual.

Ao definirem qualidade Lee & Jones (1933, citado por Donabedian, 2003) falam em critérios de qualidade, como propriedades, componentes ou dimensões de um processo, referindo que é difícil existir um único critério para medir a qualidade dos cuidados aos clientes, pois existe uma multiplicidade de dimensões e critérios que definem qualidade. Para Donabedian (2003) a qualidade é o produto de dois fatores: a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e a aplicação da ciência e da tecnologia na prática dos cuidados de saúde. O produto final é caracterizado por vários atributos (Fig. 3): eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 2003).

Fig. 3 Dimensões da qualidade



Fonte: (Donabedian, 2003)

Partilhamos da definição de conceitos apresentada por Donabedian (2003) e que sintetizamos:

Eficácia – Resultados ou benefícios realmente obtidos decorrentes da utilização dos serviços e dos cuidados prestados, nas condições mais favoráveis.

Eficiência - Resultados ou benefícios decorrentes da utilização de serviços e da prestação de cuidados relativamente aos recursos consumidos.

Efetividade - Resultados ou benefícios realmente obtidos decorrentes da utilização dos serviços e dos cuidados prestados, em condições normais de desempenho (Melhoria gerada pelo sistema oferecido/melhoria esperada pelo sistema ideal).

Equidade - Conformidade com o princípio da justiça na distribuição dos cuidados de saúde e seus benefícios para a população.

Otimização - Equilíbrio entre a melhoria da saúde e o custo dessa melhoria.

Aceitabilidade -adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos clientes.

Legitimidade - Conformidade dos serviços e dos cuidados prestados com os princípios éticos, morais, valores, normas, leis e regulamentos.

4.1. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Associado ao conceito de qualidade surge o conceito de melhoria contínua.

Enquanto teoria de gestão, a melhoria contínua surgiu inicialmente com uma abordagem à melhoria da produtividade (Santos, 2008). Esta teoria tem por base o pensamento sistémico e apresenta uma abordagem ampla dos problemas e não uma visão limitada e restritiva. Incide, essencialmente, nos processos e nos resultados, assenta no princípio do respeito pelas pessoas, refuta a análise centrada no juízo e na culpa e valoriza todos os atores da organização, independente do nível hierárquico (Santos, 2008). O principal foco desta teoria é a análise de resultados e introdução de ajustamentos, que rapidamente podem ser implementados e ajustados e por isso é entendida numa ótica de abordagem incremental e participativa, tendente à obtenção da excelência de bens e serviços (Santos, 2008). Destacam-se de entre os princípios base desta teoria os seguintes: a focalização no cliente, o incentivo à discussão aberta e franca dos problemas, a promoção do contínuo aprimoramento do trabalho, a gestão de projetos através de recursos a equipas pluridisciplinares, o desenvolvimento da autodisciplina, a promoção de formação e treino adequado das pessoas, a comunicação e informação às pessoas e o incentivo ao bom relacionamento entre as pessoas (Lopes & Capricho, 2007). A metodologia de trabalho subjacente a esta teoria de melhoria contínua da qualidade é o ciclo de Deming. Trata-se de uma metodologia que permite assegurar os processos organizacionais, indispensáveis à garantia da qualidade dos bens e serviços oferecidos aos clientes (Santos, 2008).

Para além de definir conceitos de qualidade e melhoria contínua da qualidade, importa também compreender a importância da sua melhoria e como poderemos fazê-lo enquanto enfermeiros.

Concordamos com Izumi (2012) que entende a melhoria da qualidade como uma responsabilidade ética e social. Este autor chama a atenção para o facto da melhoria da qualidade não poder ser apenas um aspeto administrativo, cujas atividades estão “altamente centralizadas e controladas por standards e regulamentos” (p. 261) e identifica três causas de problemas associados à não melhoria da qualidade dos cuidados: “ineficiência” do sistema de saúde (adoção dos princípios do Taylorismo), falta de avaliação sistemática (através de indicadores sensíveis em enfermagem, como úlceras de pressão, quedas e infeções nosocomiais) e insuficiente “nurse staffing” (relação entre o número de enfermeiros e os resultados no cliente). Similarmente Holland e McIntosh (2014) revelam a sua inquietação relativamente à produtividade, que não pode ser sinónimo de mais trabalho e menos staff, apontando os resultados obtidos por Aiken *et al.* (2012)

como preocupantes, dado os resultados negativos, insatisfação e exaustão dos enfermeiros em serviços de cuidados agudos.

Um dos pressupostos da qualidade e da sua melhoria contínua que surge em primeiro lugar e como já o referimos é a focalização no cliente, dimensão anteriormente desenvolvida. Existem outros pressupostos, difíceis de priorizar, igualmente importantes para a melhoria da qualidade do serviço prestado, como a liderança, a abordagem por sistemas, onde se destaca a organização enquanto contexto de trabalho e o envolvimento de “todos”.

Começando pelo mais abrangente, a organização, e interligando com o modelo da efetividade do papel de enfermagem verificamos que é um dos elementos importantes a atender na qualidade dos cuidados e integra a estrutura. A organização não é uma entidade abstrata e, no caso dos serviços de saúde, podemos dizer que é o contexto onde se cruzam diferentes intervenientes, todos com o objetivo de contribuir para os melhores resultados em saúde.

A abordagem por sistemas valoriza as relações entre os diferentes intervenientes/atores e tem implícito o ciclo de Deming, que, como já referimos é um método de avaliação contínua, que integra diferentes etapas: planejar a mudança (“plan”), efetuar a mudança (“do”), avaliar os resultados e verificar se o processo realmente melhorou (“check”) e agir no sentido de adotar, ajustar ou abandonar a mudança (“act”). É neste ciclo contínuo que se atinge a melhoria da qualidade e o aperfeiçoamento, no sentido da excelência.

O envolvimento de todos não pode ser visto como um objetivo a atingir, mas sim a cultura da organização, onde todos valorizam a qualidade, partilhando ideias, decisões, limitações, descentralização do poder e “governança partilhada”.

4.2. Gestão em enfermagem

O realce na literatura de que no século XXI é necessária uma nova e emergente prática de enfermagem pela contextualização económica, financeira, demográfica, tecnológica, política, entre outras, leva-nos a considerar essencial aprofundar duas dimensões inter-relacionadas, e ao nível dos atores, que no nosso entender se refletem nos resultados obtidos junto da pessoa centro dos cuidados. As dimensões surgem pelas diferentes competências desempenhadas pelos enfermeiros, como sejam as atividades dos enfermeiros chefes (categoria a extinguir, mas que atualmente mantêm o conteúdo profissional previsto no Dec. Lei 437/91 de 8 de novembro) e dos enfermeiros

da prestação de cuidados. Consideramos que estas duas dimensões são partes integrantes de um quadro interativo com repercussões ao nível da prestação de cuidados de enfermagem.

Para Halsey (1978) e Roberts (1997), o enfermeiro chefe é percebido pelos outros enfermeiros como um agente da organização com pouca ou nenhuma relevância na resolução dos problemas de enfermagem (citado por Fedoruk & Pincombe 2000). Estes autores reconhecem que o enfermeiro chefe deve assumir um papel não apenas na liderança em enfermagem, mas também no sistema de cuidados de saúde o que exigiria uma mudança de cultura. Consideram que o enfermeiro chefe é um bom gestor, socializado para aceitar a direção e dar direção. Segundo os mesmos autores, será difícil para o enfermeiro chefe adotar a liderança quando foi preparado numa estrutura de *managerialismo*.

No século XIX, o enfermeiro chefe mantinha a ordem social pelo controlo do comportamento dos enfermeiros e agia como transmissor da informação entre os dirigentes e os enfermeiros prestadores (Fedoruk & Pincombe 2000).

Esta abordagem de gestão do enfermeiro chefe foi estruturada em consonância com os princípios da gestão científica que, claramente, separa o papel do supervisor do de trabalhador. Este estilo de gestão foi reforçado ainda com o estilo burocrático de Weber que persistiu por todo o século XX, continuando ainda evidente na estrutura hierárquica que descreve a organização de enfermagem (Fedoruk & Pincombe, 2000).

A estrutura das organizações de saúde é caracterizada por ser uma “burocracia profissional”. Esta configuração surgiu pela necessidade de especialização e de qualificação, cada vez mais elevada dos profissionais de saúde (Mintzberg, 2010). A componente chave deste tipo de configuração é o centro operacional e os principais parâmetros de conceção são a formação, a especialização horizontal do trabalho e descentralização. É uma “organização burocrática”, mas não centralizada. Burocrática porque pressupõe uma formalização resultante de normas adquiridas no sistema de ensino (ética profissional) e descentralizada porque os profissionais têm um amplo poder de controlo sobre o trabalho que realizam. Assim a burocracia profissional realça o poder da competência, que é de natureza profissional (Bilhim, 2005).

Para o século XXI, e dado as mudanças observadas, quer ao nível das políticas de saúde, quer ao nível das reestruturações das organizações, dos atores que nelas participam, bem como o surgimento de novas teorias e conceitos, o que implica outras exigências e desafios em relação ao papel do enfermeiro chefe.

As competências terão de ser diferentes para um ambiente em constante transformação já que o enfermeiro chefe tem que conjugar as competências técnicas de gestão com a dimensão “visionária” da enfermagem (Fedoruk & Pincombe 2000).

Gantz e Sorenson (2003) referem que o enfermeiro chefe tem um papel fundamental, dada a responsabilidade de “guiar” não apenas o staff de enfermagem, mas também equipas de trabalho multidisciplinares. É um decisor de elevado nível que deve garantir a realização e aplicação das deliberações tomadas, demonstrar uma ação consistente e garantir a obtenção de resultados de qualidade em cuidados de enfermagem.

Para Porter-O’Grady (2003a) o enfermeiro chefe, enquanto líder, deve ser capaz de ajudar os outros a sentir a necessidade de mudança, criar uma visão de futuro e desafiar novas práticas. É importante criar um ambiente de trabalho da prática de enfermagem que promova resultados positivos (Aiken *et al.*, 2013).

Biron *et al.* (2007) identificam quatro dimensões a atender num sistema de gestão em enfermagem: as necessidades de cuidados de saúde da pessoa; recursos de enfermagem e processo de cuidados de enfermagem; prestadores de cuidados e resultados. Estas dimensões são mutuamente dependentes e influenciadas pelos cuidados específicos da organização de saúde e fatores ambientais, como políticos, sociais, culturais e económicos. O processo de cuidados representa como esses recursos são usados para a satisfação das necessidades da pessoa/família. E permite compreender como as intervenções são utilizadas na organização dos cuidados de saúde e como estão associadas aos resultados.

Segundo Schultz (2004), os enfermeiros enquanto maior grupo de prestadores de cuidados, detêm uma posição única para estabelecer uma base científica para a melhoria dos cuidados à pessoa/família no século XXI. Biron *et al.* (2007) entendem que é necessária uma clara compreensão das componentes/dimensões que influenciam os resultados dos cuidados prestados, nomeadamente a gestão dos serviços/organizações, uma vez que é indispensável construir evidências para a tomada de decisão dos gestores. Embora o objetivo da gestão de serviços de enfermagem, segundo Amendoeira (2000a) e Beyers, (2004, citado por Biron *et al.*, 2007) seja conceber, gerir e facilitar a coordenação e prestação dos cuidados à pessoa a tomada de decisão, deve ter por base evidência científica para ser eficaz e eficiente.

Biron *et al.* (2007) consideram que numa época onde se pretende que gestores tomem decisões baseadas na melhor avaliação da evidência, o desenvolvimento de conhecimentos específicos na área da gestão em enfermagem é essencial para a melhoria dos resultados na pessoa, para a prestação de cuidados e funcionamento eficaz do sistema de cuidados de saúde.

O modelo de gestão “Shared Governance” tem sido referenciado por vários autores como um modelo de auto regulação de profissionais capazes de assumir a responsabilidade (accountability) das práticas realizadas (Crocker, Kirckpatrick & Lentenbrink,1992, citado por Finkelman, 2006); abrange a efetividade, supervisão, governação clínica, gestão de risco, satisfação da pessoa e desenvolvimento de competências profissionais (Porter-O’Grady, 2003a). Enquanto enfermeiro chefe o modelo legitima a tomada de decisão em enfermagem e o controlo da prática profissional (Finkelman, 2006).

O modelo identifica seis dimensões de governação:

- Controlo da prática profissional;
- Influência dos recursos organizacionais que suportam a prática;
- Autoridade formal garantida pela organização;
- Comissões que permitem a participação na tomada de decisão;
- Acesso à informação sobre a organização;
- Habilidade de definir objetivos e negociar conflitos.

A governação clínica permite a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, garantindo altos padrões da qualidade através da criação de um ambiente onde a excelência prospere (Campos, 2008).

"Governação clínica é um sistema através do qual as organizações do Serviço Nacional de Saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e garantia de elevados padrões de cuidado, criando um ambiente em que a excelência no atendimento clínico irá prosperar" (Sally e Donaldson 1998, p.61).

Envolve todos os elementos da equipa pelo reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados (Campos, 2008).

As dimensões chave da governação são: prática, qualidade, formação e “peer process/Governance”. A governação está associada a processos colaborativos, relações horizontais, investimento e visibilidade. As organizações que partilham este modelo têm uma estrutura de partilha de resultados e responsabilidades, distribuídas por gabinetes, comissões, conselhos (Finkelman, 2006).

Os princípios da governação clínica são: clara definição da responsabilidade pela qualidade dos cuidados; existência de um programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, normas de orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); planos de educação

e treino, gestão do risco e programas integrados de identificação e correção do mau desempenho (ARSLVT, 2009).

Contudo, alguns autores consideram que o conceito de governação clínica aqui apresentado é redutor, dado os recursos financeiros, físicos e humanos (Chandra, 2004, citado por ARSLVT, 2009), pelo que propõem uma definição mais abrangente “um sistema através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão dos inputs, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica” (p. 3).

Os estudos realizados, com ênfase neste modelo, têm salientado resultados muito positivos: a satisfação no trabalho, requisitos das atividades e autonomia; relação positiva entre a satisfação e o “empoderamento”, controlo sobre a prática e oportunidades de tomada de decisão; “turnover” e trabalho em equipa (Finkelman, 2006). O elemento chave da governação clínica é a articulação entre estas vertentes, sob liderança efetiva no seio da equipa multidisciplinar (Campos, 2008).

Pelo exposto, podemos afirmar que a governação clínica tem implícito a auto responsabilização e o “empoderamento” dos vários intervenientes, relevando, no entanto, o papel do gestor, enquanto líder do seu “staff”.

A natureza dinâmica do sistema de saúde, o contexto atual de mudança para um novo paradigma de gestão pública e os atuais desafios para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade requerem um papel de liderança do enfermeiro chefe, no sentido da tomada de decisão de políticas de saúde. Este desafio do enfermeiro chefe implica uma mudança de um estilo diretivo e controlador para criar um ambiente organizacional transparente onde se valorize e envolvam todos os intervenientes (Fedoruk & Pincombe 2000).

Nesta sequência constata-se que a liderança é uma das funções da gestão e que, na opinião de alguns autores, é o motivo pelo qual o enfermeiro chefe não tem sabido utilizar (Fedoruk & Pincombe 2000).

4.3. Liderança em enfermagem

Consideramos que é de realçar o tema da liderança atendendo ao referido anteriormente, enquanto pressuposto da qualidade e contributo importante para a obtenção dos melhores

resultados em saúde, aspeto que tem vindo a ser comprovado na literatura em enfermagem e será objeto de análise neste capítulo.

Contudo, vamos situar-nos sobretudo nas teorias ou características inerentes à liderança que, de alguma forma, têm evidenciado o papel do líder de enfermagem nos serviços de saúde.

Sabemos que o termo é controverso e surge na literatura muitas vezes como sinónimo de gestão. Rego e Cunha (2007, p.176) dizem-nos que “a liderança é um processo mais emocional do que a gestão, sendo esta mais racional e fria”. Segundo os mesmos autores, os líderes são carismáticos, inspiradores, dinâmicos, criativos, visionários, e assumem riscos com os quais sabem lidar, enquanto os gestores são mais racionais, procuram a eficiência através de planeamento, procedimentos, controlo e regulamentos. Do ponto de vista dos resultados também surgem diferenças nos conceitos: a gestão produz ordem e previsibilidade a curto prazo; a liderança produz mudanças (Rego & Cunha, 2007).

Para Perra (2000), o gestor e o líder distinguem-se pela maneira como respondem à mudança. Segundo o mesmo autor, o estilo de liderança do “Enfermeiro Administrador” contribui para o sucesso da organização e o uso efetivo de liderança deve ser assumido enquanto compromisso importante dos “enfermeiros administradores” para uma prática efetiva de enfermagem. Dowding e Barr (2007) identificam liderança como um processo que consiste em mover um grupo no sentido de atingir um conjunto de objetivos ou resultados. Finkelman (2006) reforça esta ideia ao considerar que é necessário “liderança ativa” para o sucesso da prestação de cuidados. Também Davidson *et al.* (2006) corroboram o mesmo conceito de liderança, considerando-o um processo multifacetado de identificação e de negociação de objetivos e de motivar os outros a agir. Consideram que a liderança em enfermagem é um fenómeno ainda pouco investigado, talvez pelo facto de este tipo de liderança ser singular, pela responsabilidade dos cuidados, segurança da pessoa e necessidade de monitorizar ambos os serviços, o desempenho dos enfermeiros e os resultados obtidos junto da pessoa, centro dos cuidados.

Perra (2000) não tem dúvidas ao afirmar que o estilo de liderança do enfermeiro chefe contribui para o sucesso da organização, é a chave para a qualidade dos resultados a atingir. Também McNeese-Smith (1992) considera a liderança a chave da produtividade no sentido em que maximiza a efetividade do trabalho.

A liderança é o aspeto mais importante da atividade do enfermeiro chefe (Fox *et al.*, 1999; Manfredi, 1996, citado por Loke, 2001; Mintzberg, 1994; Schanchez *et al.*, 1995) sendo que, num estudo realizado por Fox *et al.*, (1999) a liderança é definida como a atividade onde o enfermeiro chefe ocupa mais o seu tempo (10%). Contudo, num outro estudo realizado por Drach-Zahavy &

Dagan (2002) estes concluem que os enfermeiros chefes despendem uma larga porção do seu tempo na prática dos cuidados, seguido da coordenação dos cuidados e, por fim, a dirigir a equipa, focalizado mais no fazer no imediato do que no dirigir, planear e ser proactivo na resolução de problemas. Segundo os autores anteriormente referidos, estes resultados permitem verificar que os enfermeiros chefes têm um estilo de liderança orientado, predominantemente, para a manutenção em vez da inovação. McNeese-Smith (1992) chamava a atenção para este aspeto referindo que o novo paradigma na gestão de cuidados deve ser implementado com ênfase na liderança e envolvimento dos trabalhadores, considerando as organizações de saúde locais onde se desenvolvem e produzem em conjunto, administradores e trabalhadores, a qualidade dos cuidados a prestar e, em simultâneo, a satisfação de trabalharem em conjunto.

Perra (2000) desenvolveu um modelo integrado de prática de liderança (“integrate leadership practice model”) tendo por base o sucesso da “prática de liderança dos cuidados”. O modelo foi desenvolvido no sentido de definir as qualidades fundamentais do líder para a produção de resultados positivos e desejáveis, ao nível da satisfação do trabalho de equipa, com realce na qualidade dos cuidados. Propõe nove qualidades que, segundo Perra (2000), contribuem para o sucesso da liderança: auto conhecimento, respeito, confiança, integridade, visão partilhada, aprendizagem, participação, comunicação e facilitador de mudança.

Dierckx de Casterle’ *et al.* (2008) estudaram o impacto de um programa de desenvolvimento de liderança sobre o enfermeiro chefe, a equipa de enfermagem e processo de cuidados. Verificaram que o desenvolvimento da liderança é um processo interativo entre o enfermeiro chefe e os colegas de trabalho. O líder, enfermeiro chefe, tornou-se mais eficaz em algumas dimensões como o autoconhecimento, comunicação, desempenho e visão. A equipa de enfermagem, beneficiando de melhor comunicação, clarificou as funções a desempenhar, nomeadamente, comunicação centrada na pessoa, continuidade de cuidados e colaboração interdisciplinar. Os autores concluíram que o desenvolvimento do programa foi positivo, pese embora o facto da liderança ser um processo contínuo.

Associadas às teorias de liderança surgem as teorias de estilos de liderança, sendo o estilo de liderança a habilidade fundamental para influenciar um grupo e alcançar os objetivos e a visão da organização/serviço (Bass, 1985 citado por Sellgren *et al.*, 2006; Yukl, 2006). A pesquisa nos estilos de liderança baseia-se na teoria de que existem comportamentos específicos que, em conjunto, constroem dimensões de estilos de liderança (Ekvall, 1992 citado por Sellgren *et al.*, 2006). Vários foram os estudos em relação aos estilos de liderança, desde a tradicional classificação como o estilo autocrático, permissivo ou *laisser faire* e democrático aos estilos centrados numa

orientação mais nas pessoas (trabalhadores) versus produção/tarefa. As teorias situacionais de liderança, como a de Hersey e Blanchard (1984) e Fiedler (1978) baseiam-se no pressuposto de que o estilo de liderança não é único, depende de vários fatores, desde as características da atividade dos colaboradores às características dos liderados ou dos líderes. Atualmente valoriza-se um paradigma “post industrial” (Johns, 2003) que defende um estilo de liderança envolvendo três dimensões: mudança, produtividade e interação entre os colaboradores da organização.

O conceito atual de liderança eficaz é comumente retratado como um paradigma transformador ou de “empowerment” (dar apoio com responsabilidades acrescidas, dar poder – Dierckx de Casterle’, 2008; Sellgren *et al.* 2006). Há evidências de que os líderes transformacionais são mais eficazes e estão mais satisfeitos do que os líderes transacionais.

A liderança transacional focaliza-se na transação ou mudanças entre o líder e os outros colaboradores com auto interesse em estabelecer alianças. Pelo contrário, os líderes transformacionais criam uma cultura de liderança para todos desenvolvendo o empowerment, promovendo o individualismo, uma comunicação aberta e tomada de decisão (Davidson *et al.*, 2006).

Este estilo de liderança, segundo Johns (2003), permite que todas as experiências sejam consideradas como formas de aprendizagem – organização aprendente: “mais holística, flexível, responsiva, proactiva e que cuida” (p.26).

Num estudo publicado em 2003, Scoble e Russel perguntaram aos enfermeiros chefes quais as competências necessárias para a gestão de enfermagem em 2020. Visão e perseverança foram as competências identificadas, as quais se enquadram no estilo de liderança transformacional (Sellgren *et al.*, 2006).

Kouzes & Posner (1988, 2009) consideram que são cinco os comportamentos correlacionados com a excelência da liderança e essenciais para o aumento da produtividade dos cuidados de saúde. Os referidos autores designam estes comportamentos como as cinco práticas de liderança exemplar: “mostrar o caminho” (clarificando valores e servindo de modelo); “inspirar uma visão conjunta” (conceber o futuro envolvendo os outros); “desafiar o processo” (aproveitar as oportunidades e correr riscos), permitir que os outros ajam (fomentar a colaboração, criar confiança e dar força aos outros aumentando-lhes a determinação e desenvolvendo competências); “encorajar a vontade” (reconhecer os contributos e celebrar as vitórias).

Loke, em 2001, tendo por base os estudos realizados por Kouzes & Posner (1988) e Morana (1987, citado por Loke, 2001), considera o comportamento de liderança um contributo importante,

mas indireto para a produção de cuidados, enquanto que Wong e Cummings (2007), por meio de uma revisão sistemática, afirmam que a liderança em enfermagem tem um impacto direto nos resultados dos cuidados prestados à pessoa, bem como dos custos associados à prestação de cuidados.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

A evidência consequente da investigação científica diferencia-se de outras formas de conhecimento pelo seu percurso metodológico, um processo sistemático que determina a colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do “mundo” empírico, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar os fenómenos (Polit & Beck, 2011). Este processo visa, para além de confirmar conhecimentos já adquiridos, produzir novos que, de forma direta ou indireta, integram as práticas (Burns, & Grove, 2011). O estudo empírico está ligado à testabilidade e à utilização de uma teoria ou teorias que permite formular hipóteses. Depois de formuladas, as hipóteses são submetidas ao escrutínio empírico para determinar se são sustentadas ou refutadas, por meio do teste de hipóteses.

O percurso que realizamos neste estudo teve como base o paradigma positivista, com a adoção de uma metodologia quantitativa.

Capítulo 5. Desenho do estudo

O desenho do estudo refere-se à estrutura geral, ou plano de investigação do estudo, após o qual será necessário especificar o método de estudo e de recolha de dados (Ribeiro, 2010).

Em qualquer pesquisa o desenho e o método são cruciais para que o investigador atinja os objetivos propostos.

Existem vários tipos de pesquisa, possíveis de adequar consoante os diferentes tipos de problemas. Contudo, e concordando com Kerlinger (2002, citado por Sampieri, Collado & Lúcio, 2006), a pesquisa deve ser sistemática (inventariar, descrever e compreender os factos), empírica (os dados são colhidos e analisados) e crítica (avalia e aperfeiçoa).

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional, pois pretende estudar as relações entre variáveis, permitindo a recolha simultânea de um conjunto de informações com consequente análise estatística.

É quantitativo, dado que se utiliza uma lógica dedutiva em que se pretende testar teorias e hipóteses numa ordem de causa e efeito. Tem como intenção desenvolver, sempre que possível, generalizações que contribuam para um aprofundamento da teoria e que permitam predizer, explicar e compreender melhor um dado fenómeno.

Enquanto estudo correlacional, pretende avaliar a relação entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, saber como se comporta um conceito ou uma variável conhecendo o comportamento de outras variáveis relacionadas (Sampieri *et al.*, 2006). De acordo com Almeida e Freire (2008), o método correlacional de investigação, situado entre os métodos descritivos e o experimental, permite o estudo das relações entre variáveis, através dos coeficientes de correlação. Estes autores consideram que, associado à investigação correlacional, está o método diferencial,

dado que ao analisar as relações entre as variáveis se encontram diferenças de resultados entre grupos ou entre condições.

É, ainda, um estudo transversal, realiza-se num determinado momento, apesar da recolha de dados ocorrer em “mais de um ponto no tempo”, mas com diferentes instrumentos e diferentes sujeitos.

5.2. Caracterização das variáveis

Uma variável é uma propriedade que pode variar e cuja variação é suscetível de ser medida e observável (Sampieri *et al.*, 2006).

As variáveis adquirem valor para a pesquisa científica quando se relacionam com outras e formam parte de uma hipótese ou de uma teoria.

Englobamos as variáveis do estudo numa estrutura de modelo semelhante ao Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem (“Nursing Role Effectiveness Model”) de Irvine *et al.* (1998b) testado por Doran *et al.* (2002), constituído por três componentes: estrutura, processo e resultados. Assim, classificamos as variáveis de acordo com estas componentes e que podemos visualizar na fig. 4.

Variáveis estruturais

Nesta componente surgem as variáveis relativas à pessoa ou cliente, enfermeiro e organização.

Variáveis relativas à pessoa: género, idade, nível de escolaridade, situação profissional (ativo, aposentado), nº de dias de internamento e n.º horas de cuidados de enfermagem necessários por dia e por cliente (HCNDI).

Variáveis relativas aos enfermeiros: género, idade, formação pós-graduada (formação PG, categorizada - com e sem formação PG), anos de experiência profissional, categoria profissional, “área de ação” (posto de trabalho: enfermeiro da prestação de cuidados, coordenador, chefe de equipa e chefe de serviço), vínculo à organização (% de enfermeiros com contrato de trabalho em funções públicas e % de enfermeiros com contrato individual de trabalho) e método de organização de trabalho de enfermagem (funcional, individual, referência e equipa).

Variáveis organizacionais: CHU, CHSU e serviços de internamento de cuidados agudos.

Outras variáveis, também, a considerar são as do Sistema de Classificação de Doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem hospitalar e que são considerados indicadores de qualidade e produtividade segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007):

Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento (HCNDI);

Horas de Cuidados Prestadas por Dia de Internamento (HCPDI);

As Horas de Cuidados de Enfermagem Prestadas por dia correspondem ao número de horas de cuidados de enfermagem que efetivamente foram prestados em cada dia. Excluem-se as horas prestadas pelo enfermeiro chefe e o tempo regulamentar para almoço, jantar, amamentação/aleitação, formação em serviço e outras situações legalmente estipuladas.

As Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento e por Doente são uma variável que integra o conjunto de variáveis relativas à pessoa por ser a única que é específica da pessoa durante o internamento;

O SCD/E implementado em Portugal desde 1984 está atualmente integrado na Unidade Funcional de Estudos e Planeamento de Recursos Humanos, que tem como atribuições, entre outras, desenvolver sistemas sobre recursos humanos para suporte à decisão e ao planeamento e recolher, tratar, analisar e divulgar a informação sobre os recursos humanos na saúde (ACSS, 2010). Este sistema consiste na categorização dos clientes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e promove a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, bem como, otimiza a gestão de recursos de enfermagem, produzindo indicadores de gestão de qualidade, de eficácia e de eficiência. (ACSS, 2011).

Variáveis de Processo

A componente do processo é constituída pelas diferentes intervenções que o enfermeiro desempenha no âmbito das suas funções. Consideramos que a formulação das intervenções do Modelo de Irvine *et al.* (1998a) são sobreponíveis com a expressa no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (aprovado pelo Dec.Lei nº 161/96 de 4 Setembro, posteriormente alterado pelo Dec.Lei nº104/98 de 21 de Abril), tendo-se optado pela classificação constante no referido Dec.Lei. Ou seja, as “intervenções independentes” são designadas aqui por intervenções autónomas e as “intervenções relacionadas com o papel médico” são incluídas na categoria “intervenções interdependentes”. Para este estudo, e dado que pretendemos analisar os

resultados sensíveis em enfermagem, optámos pelas intervenções autónomas. Assim, nesta dimensão, temos como variáveis:

Intervenções autónomas – ações iniciadas pelos enfermeiros e executadas sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais. São operacionalizadas através da escala PCC (Patient Centered Care - Sidani *et al.*, 2006)

Práticas de Gestão/liderança – atividades de gestão desempenhadas pelos enfermeiros com funções de gestão no serviço/hospital (enfermeiro chefe/principal; enfermeiro diretor ou substitutos no desempenho das suas funções), operacionalizadas por meio da escala PESNWI (Practice Environment Scale of Nursing Work Index - Lake, 2002).

Variáveis de Resultado

A componente resultados é constituída pelos resultados sensíveis em enfermagem, consequência final das intervenções de enfermagem. Sensíveis porque é a resposta específica às intervenções de enfermagem (“By sensitive we mean responsive to nursing intervention” (Doran & Sidani, 2007, p.5).

São as seguintes:

Satisfação dos clientes - operacionalizada pela subescala PJHQ (Patient Judgment of Hospital Quality Questionnaire - Rubin *et al.*, 1990)

Autocuidado terapêutico – operacionalizado pela escala TSC (Therapêutic Self-Care – Doran, *et al.*, 2002)

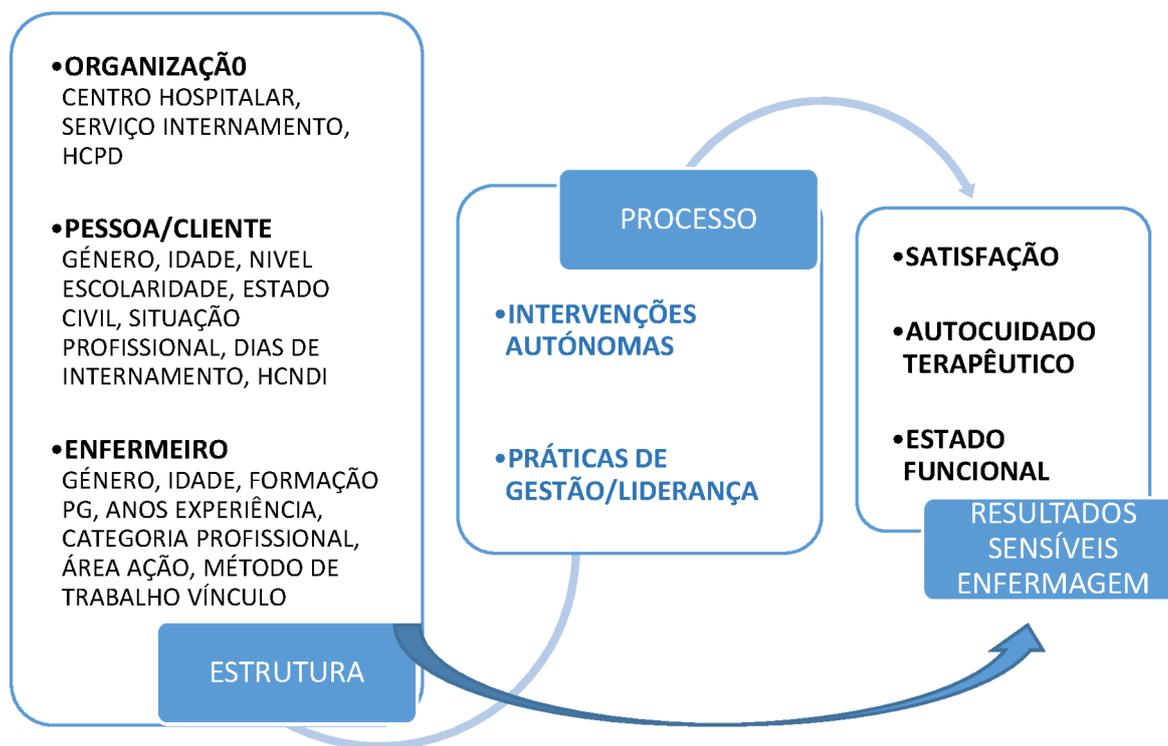
Estado funcional – operacionalizado pela escala SF-36, (Functional Status – Ware *et al.*, 1993)

5.3. Modelo de pesquisa

Depois de selecionar o enfoque a ser adotado para a pesquisa e definido o tipo de estudo importa desenvolver um modelo de pesquisa que permita responder às questões de investigação e atender aos objetivos definidos (Sampieri *et al.*, 2006).

O modelo de pesquisa proposto pretende definir e compreender as relações que se estabelecem entre as variáveis, realçando os cuidados de enfermagem como moderadores dos resultados a atingir na pessoa, tal como se pode observar na fig. 4.

Fig. 4 – Modelo de Pesquisa do Estudo



O modelo de pesquisa proposto (Fig. 4) é uma abordagem inovadora, quando se compara com o modelo original (Fig. 1) e que dá sustentabilidade a este estudo.

Esta proposta de pesquisa integra algumas variáveis diferentes do modelo original, quer ao nível da estrutura (estado civil e situação profissional do cliente, dias de internamento, horas de cuidados de enfermagem, área de ação, método de trabalho do enfermeiro e vínculo à organização), quer ao nível do processo. Em relação a esta última componente, processo, relevamos as intervenções autónomas de enfermagem, identificadas e analisadas através da percepção dos enfermeiros e clientes sobre a prestação de cuidados de enfermagem em relação à centralidade dos cuidados, e as atividades de gestão/liderança praticadas no âmbito do serviço/hospital e desempenhadas pelos enfermeiros com funções de gestão. Variáveis que propomos estudar e compreender a sua importância face aos resultados sensíveis em enfermagem.

É nossa pretensão, também, compreender os contributos das variáveis estruturais na obtenção dos resultados sensíveis em enfermagem, aspeto igualmente inovador na proposta de pesquisa.

Trata-se de um MRLM, do ponto de vista da análise estatística dos dados, pois estamos perante um modelo com várias variáveis exógenas (independentes), as quais permitem explicar e

prever o comportamento das variáveis endógenas (dependentes). Neste caso, pretende-se explicar os resultados sensíveis em enfermagem face às variáveis estruturais e às variáveis de processo, bem como, explicar as variáveis de processo face às variáveis estruturais.

Perspetivamos que as variáveis estruturais determinam os resultados obtidos na pessoa centro dos cuidados, face às intervenções de enfermagem.

5.3.1. Hipóteses

As hipóteses são afirmações que tentam explicar o fenómeno estudado, formuladas como proposições (Sampieri *et al.*, 2006). Depois de um problema inventariado e descrito nos seus contornos definem-se as relações que parecem ser mais admissíveis à comprovação empírica e à verificação (Almeida e Freire, 2008).

As hipóteses podem surgir de uma teoria, da análise de uma teoria, de generalizações empíricas pertinentes ao problema de pesquisa e da revisão de estudos (Sampieri *et al.*, 2006).

Num estudo quantitativo e correlacional, como é o caso, as hipóteses devem ser formuladas. A formulação de hipóteses deve atender a vários princípios: os termos da hipótese devem ser compreensivos, precisos e concretos, a relação entre as variáveis propostas deve ser clara e verossímil, a relação proposta deve ser observável e mensurável (Sampieri *et al.*, 2006).

Perante as variáveis que constituem o modelo e o tipo de modelo a testar definimos várias hipóteses.

Relativamente às relações entre as variáveis estruturais relativas aos enfermeiros e o ambiente de trabalho da prática de enfermagem:

Hipótese 1 - As perceções dos enfermeiros sobre o ambiente de trabalho da prática de enfermagem são diferentes segundo o contexto de trabalho.

Hipótese 2 - Os serviços de internamento, a idade dos enfermeiros e a sua formação influenciam a perceção do ambiente de trabalho da prática profissional, nomeadamente em relação aos construtos gestor e líder, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados.

Hipótese 3 - A formação, a categoria profissional e a área de ação dos enfermeiros influenciam a percepção de ambientes de trabalho de prática de enfermagem.

Relativamente às relações entre as variáveis estruturais relativas aos enfermeiros e a centralidade dos cuidados:

Hipótese 4 – O género, a idade e a formação dos enfermeiros comprometem a percepção das necessidades e preferências dos clientes, bem como a educação para a saúde.

Relativamente à relação entre o ambiente de trabalho da prática de enfermagem e a centralidade dos cuidados:

Hipótese 5 - A centralidade dos cuidados está relacionada com o ambiente de trabalho da prática de enfermagem.

Relativamente às relações entre as variáveis estruturais relativas aos clientes e a centralidade dos cuidados:

Hipótese 6 - A idade, o nível de escolaridade dos clientes e o número de horas de cuidados de enfermagem necessários para o cliente durante o internamento influenciam a percepção do cliente sobre a centralidade dos cuidados.

Relativamente à relação entre a centralidade dos cuidados e os resultados

Hipótese 7 – A centralidade dos cuidados é preditora do autocuidado terapêutico, enquanto resultado sensível em enfermagem.

Hipótese 8 – A centralidade dos cuidados é preditora da satisfação dos clientes, enquanto resultado sensível em enfermagem.

Relativamente à relação entre as variáveis estruturais e os resultados:

Hipótese 9 – As variáveis estruturais, como o género, idade, escolaridade, situação profissional, estado civil, dias de internamento e HCNDI são preditoras do estado funcional/qualidade de vida dos clientes

5.4. Universo

A unidade de análise do estudo é formada pela pessoa centro dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro. Como o Universo ou população é um conjunto de todos os casos que concordam com determinadas especificações, definimos para este estudo como população os clientes internados em “serviços de agudos”¹, independentemente do motivo de internamento e maiores de 18 anos e os enfermeiros dos respetivos serviços. Optamos pelos cuidados agudos porque tem sido o contexto mais utilizado pelos autores para compreender as relações entre as variáveis que integram as componentes (Doran *et al.*, 2002; Irvine *et al.*, 1998a, 1998b; Sidani & Irvine, 1998).

5.4.1. Amostra

Como não é possível avaliar toda a população, e dado o tipo de estudo, correlacional, optamos por uma amostra probabilística, onde a probabilidade relativa de um qualquer elemento da população ser incluído na amostra é conhecida, “logo que o procedimento de amostragem esteja definido a seleção de unidades específicas a ser incluídas na amostra será feita de modo aleatório” (Ribeiro, 2010, p. 42). Podemos, também dizer que é uma amostra aleatória simples, pois permite que qualquer sujeito tenha igual probabilidade de integrar a amostra (cumpridos os requisitos definidos de amostragem) e a seleção de um não interfere com a seleção de outro (Almeida e Freire, 2008).

Na definição da amostra, e como se pretende aplicar técnicas estatísticas multivariadas, é fundamental atender ao tamanho da amostra.

De acordo com Hill & Hill (2012), existem três possíveis formas de calcular o tamanho da amostra. O “caminho do esforço mínimo”, decisão que é tomada de acordo com os recursos (tempo, motivação, dinheiro, material), a “estimação por meio das regras do polegar (Rules of Thumb), que tem como objetivo efetuar uma análise estatística adequada aos dados e depende do tipo de análise que se pretende desenvolver e a “estimação por meio da análise de potência”, baseia-se na teoria estatística e na decisão da aceitação da hipótese nula, sendo que a potência aumenta quando o tamanho da amostra aumenta.

¹ Consideramos os “serviços de agudos”, aqueles onde se desenvolvem ações promotoras, preventivas, curativas, de reabilitação ou paliativas, orientadas para indivíduos ou populações, cujo objetivo principal é melhorar a saúde e cuja eficácia é sensível ao tempo e a uma intervenção rápida (WHO, 2013).

Assim, e de acordo com os autores referidos, optámos por seguir “as regras do polegar” que nos diz que no caso dos estudos correlacionais a amostra deve ter um tamanho mínimo de 40 casos e nas análises multivariadas, como é o caso, um mínimo de 30 por variável independente. Definimos, então, uma amostra de 300 elementos para os clientes e 240 para os enfermeiros.

Também Ribeiro (2010) nos diz que, se por um lado é verdade que quanto maior o número de elementos da amostra, menor é o erro de amostragem, por outro, para reduzir o erro de amostragem pouco se ganha com o aumento de amostras acima de 250 elementos. O autor dá o exemplo, comparando amostras de 250 elementos com o dobro, referindo que com a primeira o erro de amostragem é de .063 e a segunda o erro será de .044; ou seja, há um ganho muito reduzido face ao “custo”. Argumento que reforça a nossa opção pela aplicação das “regras do polegar” (Hill & Hill, 2012).

5.4.2. Sujeitos do Estudo

Atendendo ao modelo do estudo que pretendemos desenvolver, definimos dois “tipos” de sujeitos a integrar o estudo, os quais expressaram o seu consentimento informado e livre:

- A pessoa, sujeito dos cuidados: os clientes internados nos “serviços de agudos”, maiores de 18 anos, independentemente do diagnóstico de internamento e em estado de consciência vígil. Maiores de 18 anos porque queremos excluir crianças e jovens formando um grupo etário mais homogéneo.
- Enfermeiros dos respetivos “serviços de agudos”.

5.4.3. Contexto do Estudo

Definimos para este estudo o contexto de “cuidados agudos” de 2 Centros Hospitalares.

Com o início do século XXI e dados, nomeadamente, os constrangimentos económicos, financeiros, demográficos, sociais e tecnológicos têm surgido novas “estruturas” de cuidados de saúde, através de fusão de hospitais criando os Centros Hospitalares - “Na sequência dessa política e com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração, o Ministério da Saúde cria..., com a natureza de entidades públicas empresariais, os seguintes Centros

Hospitales...” (Dec. Lei n.º233/05 de 29 de dezembro) e de onde emergem os Centros Hospitalares que integram o estudo.

Atendendo ao modelo proposto e às variáveis definidas, torna-se imprescindível que os locais de acesso ao campo de dados utilizem como recurso o Sistema de Classificação de Doentes (SCD). Assim, acedemos ao relatório da ACSS de 2010 (última versão disponível aquando da seleção dos contextos – outubro/2011) que permitiu a seleção dos Centros Hospitalares. A ACSS administra os recursos humanos do SNS e promove a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde. Um dos seus objetivos consiste em garantir o aumento da eficácia e eficiência quanto aos mecanismos de gestão e acompanhamento. O referido relatório contempla os indicadores de produtividade em enfermagem em Portugal relativos à utilização do SCD, que no ano 2010 integrou 49 unidades hospitalares com 373 serviços de internamento. Consultando a “listagem das organizações utilizadoras do SCD/E segundo ordem decrescente do número de classificações efetuadas em 2010” surgem os dois primeiros Centros Hospitalares, respetivamente em 2º - Centro Hospitalar Urbano², E.P.E. (CHU) e 7.º lugar - Centro Hospitalar Semi-Urbano, E.P.E. (CHSU). Ambos os Centros Hospitalares estão inseridos na mesma Região de Saúde e integram, cada um, 3 unidades orgânicas. Para obtermos uma amostra relativamente homogénea de pessoas internadas em serviços de cuidados agudos e facilidade no acesso à informação, não incluímos no estudo duas unidades orgânicas de um dos Centros por incluírem serviços muito especializados, como a neurotraumatologia, neurologia, doenças infecciosas, neurocirurgia, cirurgia cardiorácica, cirurgia plástica e outros. Assim, os contextos por nós utilizados para a realização do estudo foram: CHU- Unidade hospitalar A - medicina (2 serviços), cirurgia geral e ortopedia e do CHSU – Unidade hospitalar B - cirurgia e ortopedia; Unidade Hospitalar C – cirurgia e urologia; Unidade Hospitalar D - medicina, especialidades médicas, nefrologia, cardiologia e cirurgia.

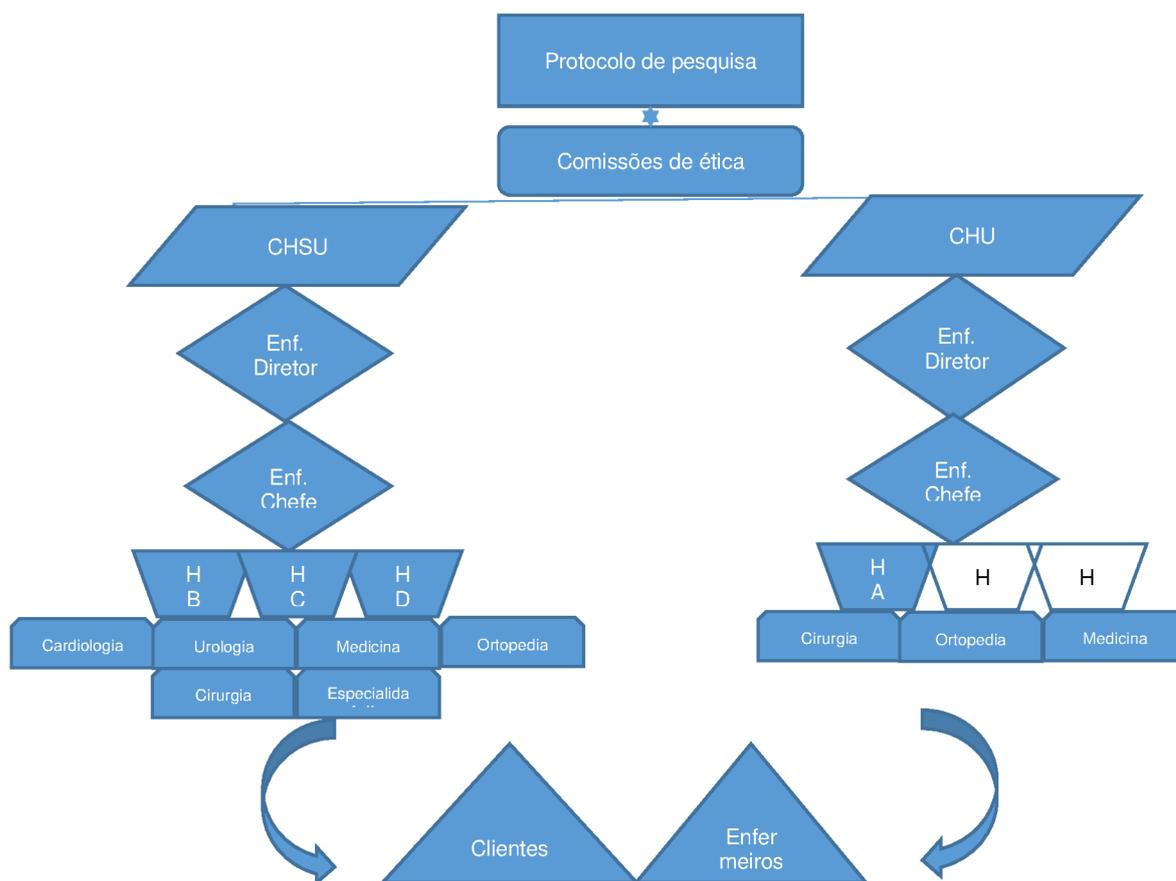
Em simultâneo, constatamos que os 2 Centros Hospitalares se situam na mesma Região de Saúde, contudo, o contexto de inserção é diferente: exossistema urbano e litoral versus exossistema rural e interior.

² Em 2009 o Instituto Nacional de Estatística (INE) divulgou uma nova versão da Tipologia de Área Urbanas (TIPAU) classificando todas as subsecções estatísticas em “espaço urbano”, “espaço semi-urbano” ou “espaço de ocupação predominantemente rural” de acordo com a conjugação de diferentes critérios.

5.5. Procedimentos

Foi solicitada autorização às Comissões de ética da Instituição universitária de origem do investigador (Anexo I), bem como, das Instituições onde se desenvolveu o estudo (Anexo II). Após a autorização para a realização do estudo reunimos com os enfermeiros diretores dos Centros Hospitalares e/ou enfermeiros de referência com quem pudéssemos contactar diretamente no âmbito do acesso ao campo de investigação e esclarecimento de dúvidas. Optou-se por realizar uma reunião também com os enfermeiros chefes e/ou enfermeiros a quem os chefes delegaram, de cada um dos serviços onde decorreu a colheita de dados para se efetuar a introdução ao estudo com a apresentação dos objetivos e do protocolo de pesquisa, bem como a garantia da confidencialidade dos dados (Fig. 5).

Fig. 5 - Preparação do acesso ao campo de dados



A aplicação dos questionários decorreu em simultâneo para os clientes e enfermeiros, tendo sido definido um prazo de um mês para a devolução das respostas dos enfermeiros. Foi o enfermeiro chefe que procedeu à distribuição dos questionários pelos enfermeiros do serviço.

Depois de preenchidos e após o consentimento informado e livre (Anexo III), os questionários foram colocados pelos próprios enfermeiros numa pasta previamente identificada para o efeito e de fácil acesso.

O acesso às respostas dos clientes aconteceu após o consentimento informado e livre (Anexo IV) e foi solicitado pelos enfermeiros chefes ou enfermeiros a quem foi delegada essa função. Os questionários eram entregues aos clientes, sempre que se previa que o regresso a casa pudesse ocorrer em breve (48-72h.). Só aos clientes com mais de dois dias de internamento era solicitado o preenchimento dos questionários. Ao saírem do serviço os clientes entregavam os questionários à secretária da unidade.

O período de colheita de dados iniciou-se em novembro de 2012 e necessitou de ser alargado até maio de 2013, no sentido de se obter uma amostra em sintonia com os objetivos do estudo.

5.6. Instrumentos

Atendendo ao tipo de estudo e aos objetivos propostos entendemos que o questionário é o instrumento de investigação mais adequado.

Da pesquisa por nós realizada, confrontamo-nos com várias escalas que permitem avaliar as variáveis já referidas, constatando-se que existem umas que avaliam múltiplas dimensões ou então avaliam variáveis que podem ser comuns a mais do que um resultado (Estado Funcional e Autocuidado).

Pelo exposto, optámos por realizar uma revisão sistemática da literatura (RSL) com a finalidade de identificar e analisar as escalas que têm sido utilizadas para avaliar os resultados sensíveis em enfermagem, tendo por base a qualidade dos cuidados de enfermagem. Também, Doran (2003) diz-nos que é difícil identificar os resultados sensíveis em enfermagem, especialmente se não utilizarmos os instrumentos adequados. Por outro lado, a mesma autora considera uma virtude utilizar instrumentos previamente aplicados e testados, reforçando que é uma prática recomendada a todos os investigadores, dado que permite analisar e comparar os resultados entre semelhantes e diferentes populações (Doran, 2003, 2011).

A RSL foi realizada num friso cronológico a 12 anos (2001 a 2012) através das seguintes bases de dados: CINAHL; EBSCOhost; Nursing & Allied Health Collection; ERIC; MEDLINE; British Nursing Index; Cochrane Collection; Academic Search Complete; NHS Economic Evaluation Database;

MedicLatina; Business Source Complete; and, Library, Information Science & Technology Abstracts. Utilizamos diferentes combinações de palavras-chave consideradas relevantes para o estudo (revisão de literatura): “management”, “leadership”, “nurse satisfaction”, “functional status”, “pain”, “náusea”, “fatigue”, “self care”, “patient satisfaction”, “outcomes” e “nursing-sensitive”.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes: “bolean”, “reference available”, “full text”, “abstrat” e “age≥19 years”. Os critérios de exclusão relacionam-se com o contexto de cuidados: comunidade, ambulatório, saúde mental/psiquiatria e saúde infantil/pediatria.

Obtivemos 25 artigos, depois de selecionar aqueles cuja pesquisa tinha sido realizada por questionário, resultando um total de 31 escalas diferentes (Anexo V). Alguns dos artigos apresentavam mais do que uma escala, bem como, a mesma escala repetiu-se em diferentes artigos (Ferreira e Amendoeira, 2011). Das escalas obtidas identificámos 3 grupos diferentes consoante os destinatários: os enfermeiros (8 escalas); os clientes (5 escalas) e ambos, os enfermeiros e os clientes (3 escalas). O 1.º grupo de escalas relaciona-se com os fatores da organização e do ambiente de trabalho dos enfermeiros que possam afetar a qualidade dos cuidados de enfermagem. O 2.º grupo, relativo a intervenções de enfermagem, nomeadamente intervenções autónomas, avaliando a perceção dos clientes e/ou a perceção dos enfermeiros. E o 3.º grupo dirigido aos clientes, permite a análise dos resultados sensíveis em enfermagem.

Para a seleção dos instrumentos para o estudo, consideramos a RSL, as indicações de cada um dos instrumentos, a obtenção de resultados sensíveis face às intervenções de enfermagem, bem como, aqueles com consistência interna (α) $\geq .70$ e tal como podemos observar no quadro 1.

Quadro 1 – Escalas de resultados sensíveis em enfermagem

Escalas	nº	α	Propriedades psicométricas
Practice Environment Scale of Nursing Work Index, “PES-NWI” (Lake, 2002)	7	.94; .82 .78 - .85 .71 - .84 .82 - .87	x
Patient-Centered Care, “PCC” (Sidani <i>et al.</i> , 2006)	3	.88;.80;.89	x
Patient Judgment of Hospital Quality Questionnaire, “PJHQQ” (Rubin <i>et al.</i> , 1990)	3	.83	x
Therapeutic self-care Scale, “TSC” (Doran <i>et al.</i> , 2002)	3	.85	x
36-Item Short-Form Health Survey, “SF-36” (Ware <i>et al.</i> , 1993)	3	.70 - .90	x

Fonte: Ferreira e Amendoeira, 2014b

Passamos de seguida a caracterizar cada um dos instrumentos por nós selecionados e que integram o estudo.

De referir que designamos por escala um instrumento que inclui várias questões ou itens que se destina a medir uma determinada variável ou característica (Moreira, 2009).

“Escala do ambiente de trabalho da prática de enfermagem (PESNWI, Lake, 2002)

Esta escala (Anexo VI) surgiu em 7 dos artigos por nós identificados e é reservada aos enfermeiros.

É composta por 31 itens de 4 categorias, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”, distribuídos por cinco dimensões, incluindo: (i) Participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares; (ii) Fundamentos de Enfermagem de Qualidade dos Cuidados; (iii) Gestão e liderança do enfermeiro chefe/executivos; (iv) Adequação de recursos humanos para a qualidade dos cuidados; e (v) Relações colegiais entre enfermeiro-médico (Lake, 2002). As duas primeiras dimensões refletem o ambiente de todo o hospital e as restantes três referem-se a aspetos mais específicos.

A escala do ambiente de trabalho da prática de enfermagem foi construída tendo por base as características dos “Hospitais Íman”, o índice de trabalho de Enfermagem e os resultados da utilização deste índice para medir os atributos organizacionais dos hospitais (Aiken & Patrician, 2000). O índice de trabalho em enfermagem (NWI) era constituído, inicialmente, por 49 itens com o propósito de medir a presença de atributos organizacionais no ambiente de trabalho do enfermeiro (Aiken & Patrician, 2000).

Em 1981, a Academia Americana de Enfermagem tinha desenvolvido um estudo de âmbito nacional para identificar e avaliar os “Magnet Hospital”, assim designados por “atraírem” e “reterem” enfermeiros (McClure *et al.*, 1983). Estes hospitais apresentavam um conjunto de características organizacionais, tais como: tomada de decisão descentralizada, gestão e liderança efetiva, participativa e visível, reconhecimento e autonomia profissional, “prestação de contas”, responsabilidade pela qualidade dos cuidados aos clientes, adequado *staff* e horários flexíveis. Os resultados mostraram que estas características estavam associadas à satisfação no trabalho e à qualidade dos cuidados.

É o instrumento preferido para medir as características organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro (Bonnetterre *et al.*, 2008) e o mais utilizado internacionalmente (Warshawsky & Havens, 2011).

O conceito de ambiente de trabalho da prática de enfermagem é complexo e é definido como as características do contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002). O autor, com esta escala, pretendia obter medidas adequadas para modelos de pesquisa de resultados que associassem o ambiente da prática de enfermagem ao enfermeiro e aos resultados no cliente.

O guia “National Quality Forum Endorsed Nursing-Sensitive Care Performance Measures” de 2009 implementado pela “Joint Commission”, contempla a escala do ambiente de trabalho da prática dos cuidados de enfermagem como uma das 12 medidas de avaliação de desempenho de cuidados de enfermagem. Considera que os enfermeiros prestam um papel crítico no cuidado de doentes hospitalizados, com base nos resultados obtidos. Consequentemente, a recolha de dados para estas medidas irá reforçar as evidências disponíveis e a compreensão da relação entre os fatores da estrutura, características e processos de atendimento ao cliente e os resultados de sua organização. A utilização de especificações padronizadas para essas medidas irá, ao longo do tempo, proporcionar a base para futuras comparações inter e intra-organizacionais (NQF, 2009).

No caso do nosso estudo, consideramos que as dimensões inerentes a esta escala possibilitam identificar e analisar fatores da estrutura e/ou do processo que permitem a avaliação da qualidade dos cuidados.

A investigação tem demonstrado que os fatores do ambiente de trabalho na prática da prestação dos cuidados de enfermagem influenciam a evolução da situação de saúde do cliente, particularmente em serviços do foro médico e cirúrgico (Aiken *et al.*, 2008). Um ambiente de trabalho favorável aumenta a intercetação de erro de medicação em cuidados intensivos (Flynn, Carryer & Budge, 2005). Foi, também, evidenciada a relação entre um ambiente de trabalho positivo e a satisfação dos enfermeiros e sua retenção (Cohen, Stuenkel & Nguyen, 2009; Ishihara, Ishibashi, Takahashi & Nakashima, 2013), bem como, com a segurança dos clientes (Alenius, Tishelman, Runesdotter & Lindqvist, 2014; Kirwan, Matthews & Scott, 2013). Pelo contrário, quando o ambiente de trabalho não é favorável, verifica-se a não satisfação dos enfermeiros, o “burnout”, a exaustão emocional e a intenção de abandonar o local de trabalho/serviço (Aiken *et al.*, 2012; Hayes, Douglas, Bonner, 2013; Patrician, Shang & Lake, 2010; van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans & van de Heyning, 2010; van Bogaert, Kowalski & Weeks, 2013; Wang, Liu, 2013). Também tem sido demonstrada a relação entre o ambiente de trabalho e os resultados observados

no cliente, tais como, mortalidade (van Bogaert *et al.*, 2010), quedas, erros de medicação, e outros eventos adversos (Aiken *et al.*, 2008). Há evidência convincente de que um adequado ambiente da prática é preditor de cuidados de qualidade (Aiken *et al.*, 2012; Anzai, Douglas & Bonner, 2013; Choi & Boyle, 2014; van Bogaert *et al.*, 2010; van Bogaert *et al.*, 2013).

Escala da centralidade dos cuidados no cliente (PCC, Sidani *et al.*, 2006)

A escala (Anexo VII) foi adaptada do “Patient-Centered Comprehensive Care”, subescala do “Individualized Care Index” desenvolvido por van Servellen (1988).

Inclui 21 itens distribuídos por 6 categorias, através das âncoras “não reflete de todo” a “reflete muitíssimo”. Integra 5 dimensões: (i) atender às necessidades do cliente (4 itens); (ii) resolução de problemas de saúde do cliente (3 itens); (iii) responder às necessidades do cliente de acordo com as suas preferências (5 itens); (iv) educação do cliente (4 itens) e (V) aconselhamento ao cliente (5 itens).

Permite identificar até que ponto os enfermeiros selecionam e desenvolvem intervenções em resposta às necessidades individuais dos clientes (Lauver *et al.*, 2002; McLaughlin & Kaluzny, 2000; Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare, & Doran, 2010; Sidani, 2008) como as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais; como atendem às suas preferências e desejos e de que forma resolvem os problemas de saúde dos clientes, tendo em vista o regresso a casa (Sidani, 2008).

Verificaram-se relações entre as dimensões que a escala permite identificar e os resultados sensíveis em enfermagem, nomeadamente, maior satisfação com os cuidados, melhor desenvolvimento de atividades de vida diária e gestão de sintomas por parte dos clientes (Sidani, 2008), bem como, a capacidade de autocontrolo e independência (Ponte *et al.*, 2003; Sidani, 2008). Para os enfermeiros também se verificaram correlações positivas, fortalecendo o seu sentimento de bem-estar e motivação no desempenho dos cuidados de enfermagem (Sidani, 2008).

De acordo com o modelo a testar esta escala, é aplicada quer aos enfermeiros, quer aos clientes. A identificação das dimensões inerentes ao PCC permite avaliar a centralidade dos cuidados de enfermagem prestados e, conseqüentemente, inferir da qualidade dos mesmos.

Como preconizámos estudar as relações entre as componentes do modelo por nós definido, estrutura, processo e resultados, consideramos importante perceber como os enfermeiros se percecionam face aos cuidados prestados e qual a perceção que os clientes fazem desses cuidados.

Escala do Autocuidado terapêutico (TSC, Doran et al., 2002)

Composta por 12 itens, numa escala de 6 pontos, entre 0 (nada) e 5 (sempre) que permite avaliar a capacidade de autocuidado do cliente relativamente a: (i) “tomar a medicação tal como prescrito”, (ii) “reconhecer e gerir sintomas”, (iii) “desempenhar e ajustar as atividades de vida diárias” e (iv) “gerir alterações resultantes da condição de saúde”. Possibilita medir o desempenho dos enfermeiros relativamente a intervenções autónomas, como sejam as relacionadas com as dimensões anteriormente referidas no sentido de capacitar a pessoa para o desempenho do autocuidado, enquanto resultado sensível em enfermagem.

Esta escala (Anexo VIII) tem mostrado ser sensível à qualidade dos cuidados de enfermagem produzidos, bem como, uma elevada consistência interna e fidelidade em contextos de cuidados agudos (Sidani, 2003; Doran et al., 2006).

Um score elevado significa elevados níveis de autocuidado (Sidani, 2008).

Sidani (2003) define o autocuidado terapêutico como a capacidade e o conhecimento da pessoa para iniciar ou desempenhar atividades com o objetivo de manter a saúde, gerir problemas de saúde e restaurar a função. A autora refere, ainda, que o autocuidado tem como foco a gestão do problema de saúde atual, que envolve auto-observação e monitorização, perceção e identificação de alterações/sintomas das funções vitais que possam surgir, e mediante as quais a pessoa desenvolve ações ou estratégias no sentido de manter ou melhorar o seu funcionamento nas atividades de vida diária com a devida adequação e implementar o regime terapêutico (Sidani, 2003).

No modelo de Orem (2001), o autocuidado é representado por dois conceitos distintos e interrelacionados: o agente de autocuidado e comportamento de autocuidado. Esta escala enquadra-se no segundo conceito (Doran, 2003, 2011).

O agente de autocuidado é definido como a capacidade percebida da pessoa se envolver no autocuidado e o comportamento de autocuidado refere-se ao desempenho de atividades relacionadas com a situação de saúde/doença.

O comportamento de autocuidado requer a prática de ações individuais iniciadas e desempenhadas pela pessoa, no tempo certo e no interesse de manutenção da vida, otimizando o seu funcionamento e desenvolvimento saudável, assim como o bem-estar (Jenerette & Murdaugh, 2008; Orem, 2001).

Os domínios que compõem o comportamento de autocuidado são definidos em relação aos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Orem (2001) caracteriza comportamentos de autocuidado como as atividades deliberadas, intencionais que podem ser aprendidas e realizadas voluntariamente pela pessoa e nela própria. Os comportamentos de autocuidado no contexto de doença são definidos como a realização de atividades específicas destinadas à gestão de um problema de saúde resultante de doença ou seu tratamento, prevenção de complicações, e manter e / ou melhorar a saúde e funcionamento ao longo da experiência aguda e / ou crónica da doença (Jenerette & Murdaugh, 2008; Doran, 2003, 2011).

O autocuidado é, também, entendido como o foco e o resultado da promoção da saúde e da gestão da doença com o objetivo de melhorar a resolução de problemas de saúde físicos, psicológicos e sociais (Sidani, 2003). A promoção do autocuidado representa o fundamento teórico psicoeducacional, cognitivo, e comportamental dos enfermeiros. As intervenções realizadas pelos enfermeiros, cujo resultado é o desenvolvimento do autocuidado da pessoa, no sentido anteriormente referido, desenvolvem, simultaneamente, na pessoa a capacidade de se envolver no processo de cuidados e tomar decisões com o objetivo de melhorar a condição de saúde atual (Sidani, 2003).

A aprendizagem destas atividades envolve a pessoa e esta toma conhecimento da sua condição de saúde e dos cuidados que deve realizar no sentido de se autocuidar, identificando possíveis alterações que possam surgir no seu funcionamento, interpretando-as e julgando-as de forma a melhor gerir essas alterações. É este o propósito da promoção do autocuidado dos enfermeiros junto da pessoa, sujeito dos cuidados. Neste sentido o autocuidado é um resultado sensível em enfermagem (Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998; Sidani, 2003).

Escala de satisfação dos cuidados de enfermagem no hospital (PJHQ, Rubin et al., 1990)

Inclui 106 itens, distribuídos por 8 subescalas. Para o nosso estudo recorreremos à subescala específica dos cuidados de enfermagem (Anexo IX), composta por 6 itens, cada um, dividido com as categorias de “pobre” a “excelente”, para além do “não sabe” (6 categorias).

Permite aos clientes avaliarem a satisfação dos cuidados de enfermagem prestados no hospital.

Um score elevado indica um elevado nível de satisfação dos clientes (Sidani, 2008).

A satisfação do cliente com os cuidados é considerado um indicador chave da qualidade em configurações atuais de saúde (Pires, 2004). É um determinante importante da acreditação de instituições de saúde. A OE (2005) considera a satisfação do cliente como um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados. Da mesma forma André e Rosa (1997) entendem por cuidados de qualidade aqueles que maximizam a satisfação dos intervenientes no processo de cuidados.

A ANA identifica a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem como um dos principais resultados sensíveis em enfermagem (Doran, 2011).

De acordo com Donabedian (1988), a satisfação da pessoa é considerado um elemento do estado de saúde e, portanto, um aspeto fundamental de qualquer medida de qualidade. Em resposta aos pedidos de prestação de contas que hoje se exige para a contenção dos custos em saúde, a satisfação do cliente é um resultado valioso da qualidade da assistência que lhe é prestada.

Contudo, existem incertezas sobre como medir a satisfação dos clientes. Chang (1997) argumenta que a medição da satisfação não consegue captar ações fundamentais de enfermagem, pelo que, são pobres os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Sabe-se que um componente-chave para a avaliação da qualidade está relacionado com as expectativas de cuidados dos clientes e o que estes efetivamente “recebem” durante a experiência de cuidados. Encontramos, nesta linha, outros conceitos de satisfação de cuidados. Eriksen (1995) diz-nos que é uma resposta cognitiva-emocional que resulta da interação das expectativas sobre cuidados de enfermagem e a sua perceção das características/comportamentos do enfermeiro "(p. 71). Uma definição mais recente por Mrayyan (2006) dá uma visão mais holística do conceito, definindo a satisfação do cliente como "o grau em que os cuidados de enfermagem atendem às expectativas dos clientes em termos de arte de cuidar, qualidade técnica, ambiente físico, disponibilidade, continuidade dos cuidados e a eficácia/resultados do cuidado "(p. 226). Wagner e Bear (2009) identificaram, enquanto atributos de satisfação do cliente, o "suporte afetivo, informações de saúde, controlo da decisão e competências profissionais/técnicas "(p. 695).

Laschinger *et al.* (2006) referem que os níveis mais altos de satisfação do cliente estão positivamente relacionados com a satisfação geral relativamente à qualidade dos cuidados prestados durante o período de internamento e suas intenções para recomendar o hospital à família e amigos. Wagner e Bear (2009) encontraram resultados semelhantes e constataram que os clientes mais satisfeitos aderem melhor aos cuidados pós alta.

Com a aplicação desta escala, Doran *et al.* (2002) verificaram que os clientes relataram níveis mais elevados de satisfação com os cuidados de enfermagem em unidades onde as enfermeiras referiram ter boa comunicação entre os membros da equipe de saúde. Também a satisfação se relacionou de forma positiva com o estado funcional e a capacidade de autocuidado. Mais recentemente, Meterko, Mohr, e Young (2004) verificaram que maior satisfação do cliente está relacionada com uma cultura de trabalho em equipa.

Segundo Doran (2011), o resultado substantivo mais consistente na literatura continua a ser a satisfação com os cuidados de enfermagem como o mais forte preditor de satisfação geral com a experiência de saúde. Para a autora, a qualidade das relações interpessoais entre enfermeiros e clientes tem sido mostrada como um dos aspetos mais importantes do comportamento dos enfermeiros que influenciam a satisfação do cliente.

Escala de avaliação do estado funcional (SF-36, Ware *et al.*, 1993 – versão 2.0)

É uma subescala (Anexo X) do questionário “Medical Outcomes Study - acute version”.

A versão 1 foi traduzida para português por Ferreira (2000) que testou as suas propriedades psicométricas. A opção pela versão 2 deve-se a que nesta versão o nível de medida das escalas não é dicotómico (a versão 1 tem 7 itens dicotómicos), mantendo-se a estrutura do questionário que aplicamos aos clientes relativamente semelhante aos outros níveis de medida.

A escala foi desenvolvida por Ware & Serbourne (1992), a fim de avaliar a qualidade de vida e tem sido utilizada em muitas aplicações clínicas. A qualidade de vida pode ser entendida como a percepção que a pessoa tem sobre a sua própria vida, papéis que desempenha, de acordo com a sua cultura e o seu sistema de valores em função das suas metas, expectativas, padrões e interesses (OMS, 1996).

Ferreira (2000) designa a escala SF-36, “inventário de qualidade de vida”, mas também surge na literatura como uma ferramenta que permite avaliar resultados sensíveis em enfermagem, concretamente o estado funcional, dor e gestão de sintomas (Laschinger & Almost, 2003).

Doran (2003, 2011) refere que o estado funcional é um resultado sensível em enfermagem, passível de ser medido por esta escala (SF-36). A autora considera que o estado funcional é um conceito multidimensional, que engloba várias componentes desde a comportamental (desempenho de atividades de vida diárias), psicológica (humor), cognitiva (atenção, concentração) e social (papéis desempenhados). Knight (2000) também refere que a avaliação do estado funcional

indica o nível no qual a pessoa funciona no desempenho de várias áreas, como a saúde física, qualidade do desempenho de atividades diárias, estado intelectual, atividades sociais, atitudes e estado emocional.

Para os enfermeiros, a avaliação do estado funcional reporta o modo de funcionamento do dia-a-dia da pessoa, dado que traduz a capacidade individual de como a pessoa funciona de modo independente: cuidados pessoais, mobilização, atividades sociais (Doran, 2003, 2011; Wang, 2004).

Wang (2004) identificou três aspetos do estado funcional que, sistematicamente, surgem na literatura: atividades que a pessoa desenvolve a fim de satisfazer as suas necessidades básicas, cumprimento de regras usuais, e manter a sua saúde e bem-estar.

Cooley (1998, citado por Doran, 2003) definiu estado funcional como o estado de desempenho atual das atividades diárias, como sejam tomar banho, vestir-se, comer, andar, assumir responsabilidades (limpar, cozinhar, ir às compras e trabalhar). Doran (2011) refere ainda que o estado funcional indica a forma como as pessoas desempenham as atividades que são relevantes para elas próprias e que este pode ser influenciado por vários fatores, desde logo a doença, mas também as atitudes, o trabalho, a família, desde fatores internos, externos e culturais.

São vários os estudos que recorrem à escala sf-36 para avaliar relações entre as suas dimensões e as intervenções de enfermagem. Alguns têm mostrado relações positivas e significativas (Doran *et al.*, 2002; Irvine *et al.*, 2000), mas outros não têm encontrado relações significativas (Gagnon *et al.*, 1999; Shibayama, Kobayashi, Takano, Kadowaki, & Kazuma, 2007).

A escala Sf-36 integra 36 itens (como o próprio nome indica), divididos na sua maioria por 5 categorias, de (0) nunca a (5) sempre.

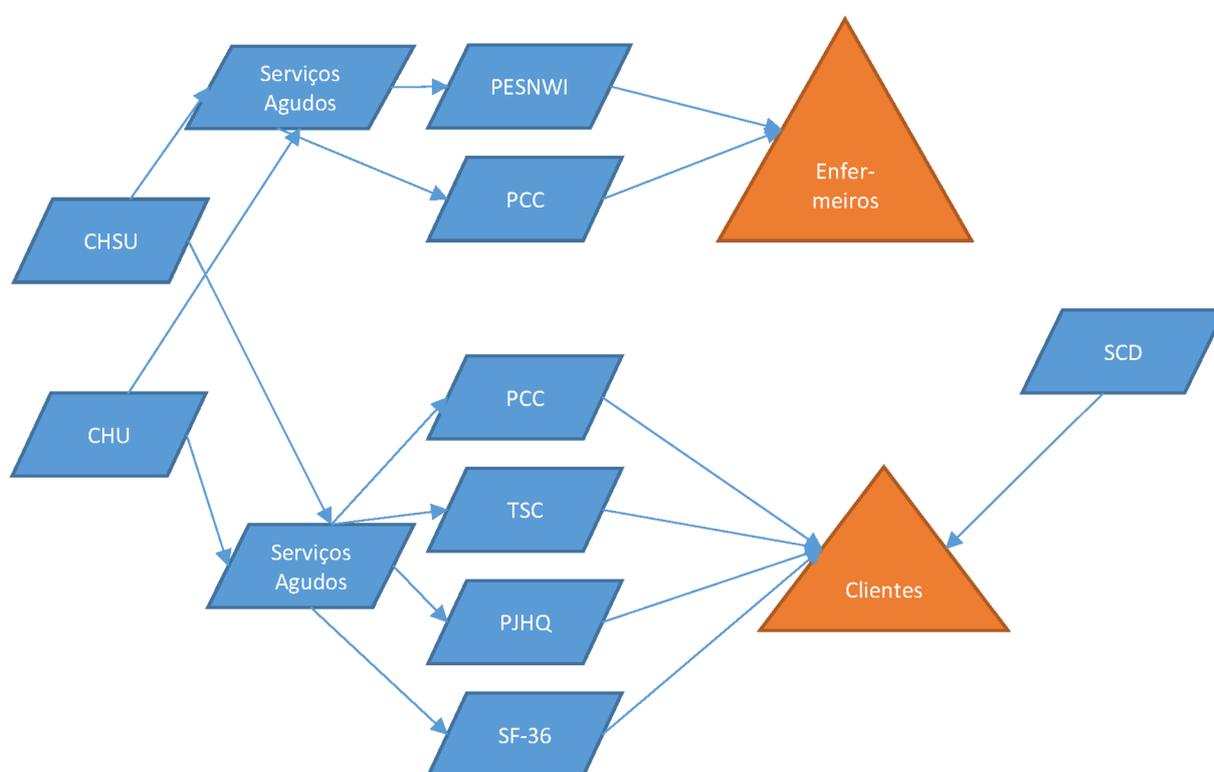
Tem sido o instrumento mais utilizado na avaliação geral da saúde do cliente e, segundo Kim (2011), o apropriado para demonstrar a efetividade dos cuidados de enfermagem. Representa 8 dos conceitos mais importantes em saúde (Ferreira, 2000): (i) função física, (ii) desempenho físico, (iii) dor corporal, (iv) saúde em geral, (v) saúde mental, (vi) desempenho emocional, (vii) função social e (viii) vitalidade.

Um score elevado significa um bom “funcionamento” da pessoa (Sidani, 2008), ou seja, um bom estado de saúde, por outro lado um score baixo pode significar um nível elevado de cuidados (Ko, Wu & Lin, 2013).

Depois da apresentação de cada uma das escalas, podemos observar no fluxograma seguinte (Fig. 6) como ficaram constituídos os questionários que foram aplicados aos clientes e aos enfermeiros.

De referir ainda que consultámos o SCD em todos os serviços a fim de colher os dados relativos a HCNDI por dia e por internamento e HCPDI por serviço.

Fig 6 - Fluxograma do processo de recolha de dados com identificação das escalas que integram os questionários



5.6.1. Validade e fiabilidade das escalas

Após a seleção dos instrumentos importa avaliar a sua validade, fiabilidade e sensibilidade (Almeida & Freire, 2008).

Na etapa anterior, aquando da identificação dos instrumentos, considerou-se alguns aspetos a atender relacionados com tais requisitos, pois pretendem-se instrumentos de medição que

registem dados observáveis que representem verdadeiramente as variáveis que se pretendem medir.

A validade permite obter diferentes tipos de evidência, a evidência relacionada com o conteúdo, critério e construto.

A validade de conteúdo permite verificar até que ponto o instrumento reflete um domínio específico e completo de conteúdo que se pretende medir. A validade de critério é obtida comparando os resultados da aplicação do instrumento de medição com os resultados de um critério externo. Pode-se obter através de um coeficiente de correlação (≥ 0.50) (Doran, 2003, 2011). A evidência sobre a validade de constructo surge quando as medidas estão relacionadas com outras variáveis consistentes com a teoria, validade preditiva. Pode ser avaliada de duas formas: a diferença da média do score entre dois grupos de indivíduos ("teste *t* ou análise de variância univariada – estatística *F*) e o coeficiente de correlação entre o conceito de interesse e a medida do conceito relacionado. A medida de direção da hipótese e da magnitude fornece evidência de validade de constructo (Waltz *et al.*, 1991 citado por Doran, 2003).

A fiabilidade assegura-nos que produzimos resultados iguais quando se aplica o mesmo instrumento de medição ao mesmo indivíduo. A medição da fiabilidade é obtida através de coeficientes, nomeadamente, medida de estabilidade (teste-reteste) e o coeficiente de alfa de Cronbach (α) ou de consistência interna (baseia-se na média da correlação entre itens). Para Nunnally (1978, citado por Doran, 2003) $\alpha \geq 0.70$ é o mínimo aceite num instrumento desenvolvido recentemente e $\alpha \geq 0.80$ é o mínimo num instrumento já estabelecido (Doran, 2003).

Por último a sensibilidade dos resultados verifica-se, sempre que se permite diferenciar sujeitos entre si nos seus níveis de realização (Almeida & Freire, 2008).

Face ao referido, a validação das escalas terá, então, que dar resposta à validade de conteúdo, construto e critério e também será avaliada a fiabilidade e sensibilidade das mesmas.

De um modo geral, recorreremos à análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método varimax (validade de construto), a análise da consistência interna e da homogeneidade das subescalas, da correlação intraclasses, bem como a análise de variância. De salientar que dado o formato tipo *likert* dos itens das escalas, assumimos os somatórios dos referidos itens de cada dimensão (score).

5.6.2. O estudo preliminar

A realização de um estudo preliminar é indicada, não só porque os dados são recolhidos num universo diferente onde foram aplicadas as escalas originais, mas também, por ser imperativo traduzir e testar a tradução das referidas escalas que integraram os questionários.

Trata-se de um estudo de pequena escala realizado para fornecer informação relevante para a investigação principal (Hill & Hill, 2012).

Existem vários aspetos a atender na tradução de um questionário: o significado pessoal e o significado comum de uma palavra, a polissemia (palavra que tem vários significados comuns), as versões diferentes de uma língua e o significado das frases ou linguagem idiomática (Hill & Hill, 2012). Foi utilizado o método de tradução-retroversão por dois peritos independentes. As versões originais foram traduzidas para português, por um perito em língua inglesa, tendo sido depois validado com o investigador a utilização da linguagem científica. Posteriormente, foram traduzidas, de novo, para inglês por um português que viveu alguns anos em Inglaterra (onde se licenciou). Seguiu-se uma reunião de confronto entre os vários intervenientes e o investigador para a redação final dos questionários. Finalmente, solicitámos a colaboração de duas pessoas para o autopreenchimento do questionário (o questionário dirigido aos enfermeiros, colaboraram dois enfermeiros). Após o preenchimento do questionário, foi solicitada informação no sentido de identificar dificuldades sentidas no seu preenchimento. Após esses pequenos ajustes, que tinham que ver sobretudo com o formato do questionário, passamos a etapa seguinte – aplicação dos questionários.

O procedimento para aplicação dos questionários foi, em tudo semelhante ao já descrito anteriormente, tendo sido apenas realizado numa das unidades hospitalares do CHSU. O estudo decorreu entre novembro/2011 e fevereiro/2012. Obtivemos uma amostra de 51 clientes e 51 enfermeiros³.

Posteriormente, reunimos com os enfermeiros chefes com o objetivo de identificar dificuldades sentidas por eles ou pelos clientes no preenchimento dos questionários. Foi verbalizado por dois enfermeiros a dificuldade de aplicação aos clientes no momento da alta pela indisponibilidade quer dos enfermeiros (burocracia inerente à alta), quer do cliente (despender tempo para o preenchimento do questionário após o conhecimento de que vai ter alta nesse dia). Um outro aspeto também referido por um enfermeiro, foi que nem todos os clientes conseguiam

³ Hill & Hill (2012) referem que no caso de um estudo preliminar para traduzir e testar a tradução de um questionário deve-se ter uma amostra de pelo menos 50 pessoas.

responder autonomamente, necessitando para isso da colaboração do enfermeiro ou de um familiar próximo. Este aspeto foi depois contemplado no protocolo de pesquisa, com a ressalva de que poderia colaborar no estudo, para além do cliente, um familiar ou outro significativo, se necessário. Em relação aos questionários dos enfermeiros, houve necessidade de melhorar o formato de apresentação das questões sociodemográficas, por ausência de respostas.

Da análise dos resultados, concluímos que os respondentes interpretaram os itens de forma adequada, formulando a sua resposta em termos de escolha de uma das alternativas propostas (Anexo XI).

De referir que os dados resultantes do estudo preliminar foram englobados no total da amostra.

5.6.3. Tratamento estatístico dos dados

Recolhidos os dados, foram lançados e, posteriormente processados, utilizando o programa de análise estatística de dados SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows, versão 20.0.

Para além das técnicas de estatística descritiva recorremos a técnicas inferenciais, como:

- ✓ Teste t, análise de variância univariada (OnewayAnova - estatística F) e análise de variância multivariada (Manova) para explicar diferenças entre grupos;
- ✓ Coeficiente de correlação de Pearson (r), que identifica o grau/força e a direção da associação entre duas variáveis;
- ✓ Coeficiente de determinação (R^2) pela análise de regressão múltipla, tratando-se, neste caso, de um modelo de regressão linear múltipla.

A análise de variância multivariada (Manova) é uma análise de dependência que considera o efeito das variáveis independentes no conjunto de variáveis dependentes (Pestana & Gageiro, 2008). Esta análise permite avaliar dois tipos de diferenças, os efeitos principais (diferenças entre os valores médios) e os efeitos de interação entre as variáveis independentes (influência conjunta dos níveis das variáveis independentes no valor médio da variável dependente). Na sequência da análise de variância, que permite identificar as diferenças significativas entre os valores médios da variável dependente, recorremos ao teste “Post-hoc” que identifica que amostras diferem entre si (Hill & Hill, 2012).

São vários os testes multivariados resultantes da Manova, como o traço de Pilai, lambda de Wilk, traço de Hotelling e a maior raiz de Roy. No geral, optámos pelo teste que apresenta maior valor de potência, sendo que .80 é um valor de potência aceitável (Maroco, 2003).

A análise de regressão múltipla define um conjunto de técnicas estatísticas utilizadas para modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma ou mais variáveis dependentes a partir de um conjunto de variáveis preditoras ou independentes. A regressão múltipla tem como principal objetivo prever valores de uma variável dependente a partir de uma combinação ponderada de duas ou mais variáveis independentes (Hill & Hill, 2012). Recorremos ao método stepwise para a seleção das variáveis a introduzir no modelo, dado que tem como vantagem a remoção de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis (Maroco, 2003).

A utilização do MRLM incluiu as seguintes etapas: exploração dos dados, verificação dos pressupostos, estimação dos parâmetros, deteção de *outliers* e de medidas de influência e previsão e permanência de estrutura (Pestana & Gageiro, 2005).

Efetuamos outros procedimentos para melhor se compreender a análise dos resultados. Realizamos a partição pela mediana da variável que se pretende agrupar. Agrupámos os dados das variáveis contínuas (idade, dias de internamento, HCNDI, HCPDI) em duas categorias segundo o valor da mediana. Este método é mais indicado do que a partição pela média porque pode ser utilizado quando a distribuição da variável é simétrica ou assimétrica (Hill & Hill, 2012).

Dado que se recorre a técnicas paramétricas, invocámos o teorema do limite central que permite assumir que a violação do pressuposto da normalidade da distribuição não coloca em causa o estudo, atendendo ao tamanho da amostra (>100) (Laureano, 2011; Sampieri *et al.*, 2006).

Considerou-se como nível de significância estatístico mínimo $p < .05$.

Para uma melhor interpretação e análise dos dados, recorreu-se ao uso de quadros e gráficos, que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

5.7. Considerações éticas

Em qualquer estudo de investigação é essencial dirigir atenção aos métodos de recolha de dados e informação que se irão aplicar.

Concordamos com Fortin (2003, p.128), quando refere que a “autodeterminação, a intimidade, o anonimato e a confidencialidade, assim como o tratamento justo e equitativo são direitos da pessoa que deverão ser absolutamente protegidos”.

No nosso estudo, centrado particularmente nos enfermeiros e na pessoa centro dos cuidados de enfermagem, pretendemos dar especial atenção a estes critérios. Deve ser garantida a privacidade ou a não participação, sendo que é opção consciente e informada das pessoas e instituições envolvidas a divulgação de dados identificativos sobre as mesmas. Garantir o anonimato e a confidencialidade através de códigos. Obter o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes, informando-os dos objetivos do estudo, dos métodos, dos riscos e benefícios (a participação no estudo contribui para o avanço dos conhecimentos nessa área) e da modalidade da participação (informação das técnicas utilizadas para recolha de dados), duração do estudo e da qualificação da autora da investigação.

As temáticas que nos propomos desenvolver recaem na avaliação da qualidade dos cuidados envolvendo Instituições e pessoas e, por isso, deve ter-se em linha de conta o critério do risco/benefício da sua exposição, a minimização de conflitos de interesses, e acima de tudo o rigor necessário a todas as etapas da investigação.

O desenho de estudo proposto leva-nos à consulta de informações pessoais e Institucionais as quais devem ser “protegidas”. Enquanto investigadores, e concordando com Streubert e Carpenter (2002), existe uma preocupação ética relativa à utilização de documentação, independentemente da sua origem, que passa pelo equilíbrio entre o direito à privacidade e o direito ao conhecimento, assim como pela confirmação da genuinidade e autenticidade da mesma.

Assim, foram efetuados os pedidos de autorização necessários aos responsáveis Institucionais envolvidos no estudo, bem como, o consentimento informado a todos os participantes do estudo, tal como já anteriormente referido.

Capítulo 6. Apresentação dos resultados

Para efeitos de descrição de resultados adotaremos a presente metodologia.

Como já referido, os enfermeiros e os clientes são as unidades de análise do estudo, contudo apresentamos uma breve caracterização dos contextos onde decorre a “ação”, os serviços de internamento dos Centros Hospitalares, que integram igualmente a dimensão da estrutura do modelo de pesquisa, tal como os enfermeiros e os clientes. Assim, depois de apresentarmos as características dos contextos, dos enfermeiros e dos clientes, expomos os resultados da análise das propriedades psicométricas das escalas por nós aplicadas e que integram os questionários.

6.1. Características dos contextos de cuidados

A colheita de dados, como já referido, realizou-se em dois Centros Hospitalares e em diferentes serviços de internamento, num total de 13, distribuídos por quatro unidades hospitalares.

Através do quadro 1 podemos verificar os diferentes serviços com dados de caracterização dos contextos, como o número de clientes e enfermeiros que participam no estudo, a média do número de dias de internamento dos clientes e a média de horas de cuidados de enfermagem necessárias e prestadas no total do internamento.

Verifica-se, então, que os participantes do estudo (clientes e enfermeiros) são provenientes de serviços de medicina (3), cirurgia (4), ortopedia (2) e cardiologia, especialidades médicas, nefrologia e urologia (1 serviço cada) e a maior percentagem de participantes por CH e por serviço são de serviços de medicina (28.8%) e cirurgia (24%).

Quanto à média de dias de internamento dos clientes observa-se que o valor mais elevado, bem como o mais baixo, correspondem aos serviços de ortopedia, sendo o mais elevado do CHU (15.93 dias) e o mais baixo do CHSU (6,59 dias). Analisando por CH a média de dias de internamento

do CHU é mais elevada (11.41 dias) que a do CHSU (8.9 dias). O mesmo acontece em relação às HCNDti e HCPDti: média de HCNDti do CHU é de 1244.34h. e a do CHSU é de 621.95h. Em relação às HCPDti para o CHU é de 1801.36h. e as do CHSU é de 986.87h. Constata-se, então, que, em média, os clientes do CHU estão mais dias internados bem como têm mais horas de cuidados de enfermagem atribuídas.

Analisando por serviço e tal como podemos ver no quadro 2, são os serviços de ortopedia que mais se destacam em termos de média de horas de cuidados, em consonância com os dias de internamento. De referir que os serviços que apresentam uma média de HCNDti superiores a 1500h. são os de ortopedia, medicina1 do CHU e medicina e cirurgia do Hospital B do CHSU.

Quadro 2. Características dos contextos de cuidados

C H Unidade orgânica	Serviços	Clientes		Enfermeiros		Dias interna- mento M	HCNDti M	HCPDti M
		N	%	N	%			
CHU A	medicina 1	48	16.7	42	17.8	11.52	1765.67	1115.17
	medicina 2	15	5.2	14	5.9	8.73	985.67	712.17
	cirurgia	27	9.4	20	8.5	8.04	1290.57	1193.17
	ortopedia	28	9.7	15	6.4	15.93	2792.04	1799.95
CHSU B	cardiologia	27	9.4	23	9.7	9.00	890.28	603.65
	esp. medicas	14	4.9	14	5.9	12.07	1398.82	855.32
	nefrologia	13	4.5	12	5.1	11.85	649.88	489.85
	medicina	20	6.9	15	6.4	10.05	1685.63	858.45
	cirurgia	12	4.2	13	5.5	12.08	1538.33	879.33
CHSU C	cirurgia	12	4.2	12	5.1	6.67	700.25	517.38
	ortopedia	17	5.9	15	6.4	6.59	701.26	440.74
CHSU D	urologia	25	8.7	15	6.4	6.88	577.50	441.11
	cirurgia	30	10.4	26	11	7.90	958.82	621.33

6.2. Características dos enfermeiros

Tal como podemos observar na tabela 1 participaram no estudo 236 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (84.3%), com uma média de idades de 34 (± 7.52) anos, variando entre 22 e 57 anos, sendo que mais de metade (52.4%) têm até 30 anos.

A grande maioria dos enfermeiros possui a licenciatura (75.4%), 11.9% o mestrado ou Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) e 12.7% concluiu uma pós graduação. Os CPLEE são, predominantemente, da área de enfermagem de reabilitação, médico-cirúrgica, adulto e idoso e saúde mental e psiquiatria e as pós graduações versam, na sua maioria, a área de enfermagem ou afins, como, supervisão clínica em enfermagem, urgência e emergência, qualidade na saúde, anestesiologia e controlo da dor, oncologia, geriatria, feridas e viabilidade tecidual, cuidados paliativos.

A atual carreira de enfermagem (Dec.Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro) estrutura-se nas categorias de enfermeiro e enfermeiro principal, porém nos termos do disposto do Dec.Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, referente a “reposicionamento remuneratório (artigo 5.º ponto 2) e categorias subsistentes (artigo 6.º) pode ler-se:

“...os enfermeiros posicionados nos escalões 1 e 2 da categoria de enfermeiro, bem como os posicionados no escalão 1 da categoria de enfermeiro graduado...”;

“Subsistem, nos termos do artigo 106 da lei n.º 12-A /2008, de 27 de fevereiro, as categorias de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor da carreira de enfermagem, previstas no Dec.Lei n.º 437/91, de 8 de novembro” e

“Os enfermeiros chefes e enfermeiros supervisores titulares das categorias referidas no n.º anterior mantém o conteúdo funcional previsto no Dec.Lei 437/91, de 8 de novembro.”

Face ao exposto e, porque estas são as categorias que encontramos na amostra, optámos por utilizar as categorias prevista no Dec.Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, mantendo assim a terminologia de enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe.

De acordo com os resultados obtidos que podemos observar na tabela 1 verifica-se que em média os enfermeiros têm 10.8 (± 6.81) anos de experiência profissional e mais de metade (54.7%) têm até 7 anos de experiência profissional.

Relativamente à categoria profissional, segundo o Dec.Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, e área de ação, verifica-se que a maioria são enfermeiros (68.6%) e enfermeiros graduados (25.4%); 86.9% trabalham na área da prestação de cuidados e 5.5% desempenham funções de chefe de equipa. Todos os chefes de serviço detêm a categoria de enfermeiro-chefe. Dos 3.9% de enfermeiros especialistas, 2.1% mantêm-se na prestação de cuidados.

A quase totalidade dos enfermeiros (92.8%) pratica um método de trabalho que tem como foco a centralidade dos cuidados na pessoa (método de referência, equipa e individual), constando-se que apenas 1.7% recorre ao método funcional.

Os enfermeiros que integram o estudo dispõem de uma relação jurídica de emprego diferente, sendo que 51.7% têm um contrato individual de trabalho e 47% um contrato de trabalho em funções públicas. O contrato de trabalho em funções públicas (Dec. Lei n.º59/2008 de 11 de setembro) pode ser por tempo indeterminado (40.2% dos enfermeiros) ou por termo resolutivo certo (6.8%) ou incerto (0%). O contrato individual de trabalho pode ser a termo resolutivo certo (3.8%), incerto ou sem termo (47.9%).

Quanto à distribuição dos enfermeiros pelo local de trabalho, verifica-se que 38.6% exercem funções no CHU e 61.4% no CHSU.

A maioria dos enfermeiros (60.2%) que participam no estudo prestam cuidados nos serviços de medicina (30.1%) e cirurgia (30.1%). Os restantes distribuem-se por serviços de ortopedia (12.7%), cardiologia (9.7%), urologia/otorrino (6.4%), especialidades médicas (5.9%) e nefrologia (5.1%).

Tabela 1. Características dos enfermeiros

Enfermeiros (N=236)	N	%
Género		
Feminino	199	84.3
Masculino	36	15.3
Não responde	1	.4
Idade		
[22-30]	133	56.4
[31-57]	103	43.6
Escolaridade		
Licenciatura	178	75.4
Pós-graduação	30	12.7
Mestrado/CPLÉE	28	11.9
Anos de experiência profissional		
[1-7]	129	54.7
>7	107	45.3
Categoria profissional		
Enfermeiro	162	68.6
Enfermeiro graduado	60	25.4
Enfermeiro especialista	9	3.9
Enfermeiro chefe	4	1.7
Não responde	1	.4
Área de ação/posto de trabalho		
Prestador de cuidados	205	86.9
Chefe de equipa	13	5.5
Coordenador da unidade	12	5.1
Chefe do serviço	4	1.7
Não responde	2	.8
Relação jurídica de emprego		
Contrato de trabalho em funções públicas	111	47.0
Contrato individual de trabalho	122	51.7
Não responde	3	1.3
Método de organização de trabalho		
Funcional	4	1.7
Individual	78	33.1
Equipa	25	10.6
Referência/Responsável	116	49.1
Não responde	12	5.1
Resposta paradoxal	1	.4
Local de trabalho – Centro Hospitalar		
CHSU	145	61.4
CHU	91	38.6
Local de trabalho - Serviços de internamento		
Medicina	71	30.1
Cirurgia	71	30.1
Ortopedia	30	12.7
Cardiologia	23	9.7
Urologia	15	6.4
Especialidades médicas	14	5.9
Nefrologia	12	5.1

6.3. Características dos clientes

Integram o estudo 288 clientes com diferente caracterização quanto ao género ($t=52.26$; $gl(286)$; $p\leq.000$), sendo 53.8% do género feminino e 45.8% do género masculino, tal como podemos ver na tabela 2. Têm idades compreendidas entre os 19 e 95 anos, com média de idade de 59.69 (± 17.80) anos, sendo que cerca de metade (50.7%) têm mais de 60 anos (tabela 2). A variável idade foi categorizada em 3 grupos etários, de acordo com os estádios de desenvolvimento psicossocial de Erikson (1998).

Os clientes têm uma escolaridade relativamente baixa, apenas 18,4% têm um curso superior ou licenciatura, enquanto que, 31.9% detêm a escolaridade básica e 4.5% sabe ler e escrever, facto que está associado à idade dos nossos clientes os mais jovens têm uma escolaridade mais elevada ($r=-.479$; $p\leq.000$). Constata-se também que são os homens que possuem uma escolaridade mais elevada ($\chi^2 = 11.940$; $gl(5)$; $p\leq 0.036$).

Outros dados que podemos observar, e que constam da referida tabela, são: 53.8% dos clientes são casados e 50% desempenham uma atividade profissional. Na classificação das profissões recorremos à classificação portuguesa das profissões (2010). Contudo, como 50% dos clientes não estão a desempenhar qualquer atividade profissional, dado que estão aposentados (36.8%), desempregados (3.8%) ou são estudantes (2.1%), optamos por categorizar a variável atividade profissional em ativo, aposentado, desempregado e estudante, sendo que relativamente a esta última categoria, consideramo-la como uma resposta omissa, nas análises posteriores, atendendo à sua frequência.

Quanto aos dados de internamento dos clientes, podemos observar, igualmente na tabela 2, que 59% estiveram internados no CHSU, maioritariamente em serviços de medicina (28.8%) e cirurgia (28.1%), durante oito dias (55.9% dos clientes) e, para cerca de metade dos clientes foram previstas em média por dia 4.17h. (50.3%) de cuidados de enfermagem (HCNDx)⁴ e 980.5h. (50%) para o total de internamento (HCNDti)⁵. Quanto ao número de HCPDI, que é sempre inferior ao planeado, verifica-se em 50% dos clientes 670.25 h. para o total de internamento (HCPDti)⁶.

⁴ A partir das HCNDI calculamos a média de horas de cuidados necessários por doente e por dia e efetuamos a partição pela mediana, transformando-a numa variável dicotómica.

⁵ A partir das HCNDI calculamos as horas por doente para o total de dias de internamento e efetuamos a partição pela mediana, transformando-a numa variável dicotómica.

⁶ A partir das HCPDI calculamos as horas por doente para o total de dias de internamento e efetuamos a partição pela mediana, transformando-a numa variável dicotómica.

Tabela 2 – Características dos clientes

Clientes (N=288)	N	%
Género		
Feminino	132	45.8
Masculino	155	53.8
Não responde	1	.4
Idade		
[19-30]	23	8.0
[31-60]	112	38.9
>60	146	50.7
Não responde	7	2.4
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	13	4.5
1.º Ciclo	105	36.5
2.º Ciclo	28	9.7
3.º Ciclo	42	14.6
Ensino secundário	39	13.5
Curso Superior/licenciatura	53	18.4
Não responde	8	2.8
Estado civil		
Solteiro/a	42	14.6
Casado/a	155	53.8
União de facto	17	5.9
Divorciado/a	23	8.0
Viúvo/a	46	16.0
Não responde	5	1.7
Atividade profissional		
Ativo	144	50.0
Aposentado	106	36.8
Desempregado	11	3.8
Estudante	6	2.1
Não responde	21	7.3
Centro Hospitalar		
CHSU	170	59.0
CHU	118	41.0
Serviços de internamento		
Medicina	83	28.8
Cirurgia	81	28.1
Ortopedia	45	15.6
Cardiologia	27	9.4
Urologia	25	8.7
Especialidades médicas	14	4.9
Nefrologia	13	4.5
Dias de internamento		
[1-8]	161	55.9
>8	127	44.1
HCNDx		
≤1-4.17	145	50.3
>4.17	143	49.7
HCNDti		
≤980.5	144	50
>980.5	144	50
HCPDti		
≤670.25	144	50.0
>670.25	144	50.0

6.4. Características métricas dos resultados das escalas

Atendendo ao número de escalas validadas, decidimos por um capítulo específico para uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Apresentamos primeiramente os resultados das escalas aplicadas aos enfermeiros, seguindo-se as escalas aplicadas aos clientes. Como uma das escalas foi aplicada a enfermeiros e clientes, “PCC”, optámos por apresentar esta escala com os resultados em simultâneo para uma melhor visualização.

A sequência da apresentação da validação das escalas segue a estrutura do modelo, sendo as últimas escalas as relativas aos resultados sensíveis em enfermagem: “TSC”, “PJHQ” e “SF-36”, referentes aos clientes.

Em cada um dos resultados das escalas procedemos a avaliação das suas características métricas, ou seja análise da validade, sensibilidade e fidelidade dos resultados (Almeida & Freire, 2008).

6.4.1. Escala do Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem (PESNWI)

Análise da fidelidade e validade de construto

Alguns passos precederam a análise fatorial dos itens. Especificamente, foi avaliada a multicolinearidade dos itens da escala, através do Teste de Esfericidade de Bartlett ($B= 3688.03$; $gl(465)$; $p \leq .000$) com comunalidades extraídas acima de .40. Também a adequação da estrutura fatorial à amostra foi testada através da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.89$), que indica que as componentes extraídas explicam uma quantidade importante de variância dos resultados. Procedeu-se, então, a uma análise fatorial com extração por componentes principais (ACP) com rotação *varimax*. Da análise surgiram 7 componentes que explicaram 63.83% da variância total obtida, com valores de explicação de cada componente entre 3.7% e 31.7%.

Uma vez que o resultado obtido pelos autores identificou 5 componentes na escala original, e sabendo que as soluções com valores próprios acima de 1 tendem a sobrestimar o número de fatores extraídos, e também, combinando o resultado da extração com o *screeplot* (outro critério a atender na ACP), optou-se por analisar a escala forçando a extração a 5 componentes.

Os resultados obtidos com rotação *varimax* indicaram que esta solução explica 56.1% da variância total obtida, com valores de explicação de cada componente entre 4.2% e 31.7%.

Com a extração a 5 fatores, verificou-se que 2 variáveis apresentaram comunalidades baixas (.28 e .32) sendo que uma saturava todos os fatores com valores muito próximos e fracos (.2 e .3), pelo que também foram retiradas. Submetemos, então, a nova ACP (28 itens), com os procedimentos já anteriormente referidos e obteve-se: KMO= .89; B= 3480.16; gl (378); ($p \leq .000$); comunalidades extraídas acima de .33. A rotação convergiu em 6 iterações (*varimax*).

Foi, igualmente, calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), que deve exceder .60 para justificar a agregação e que segundo Hill e Hill (2012) se deve situar entre .40 e .70. para ser considerado satisfatório ou excelente quando $\geq .75$. Os resultados obtidos variaram entre .67 e .87 entre os itens das 5 dimensões obtidas.

Na tabela 3 apresenta-se a solução fatorial final com a distribuição dos itens pelos 5 fatores, correspondendo a cada uma das dimensões, bem como, a percentagem de variância explicada.

Dimensão 1 - Gestão e liderança do enfermeiro chefe. Esta dimensão valoriza a gestão e liderança dos enfermeiros chefes e executivos.

Dimensão 2 - Adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados. Dimensão que providencia suporte para os enfermeiros no seu papel de capacitação e de partilha com os colegas, desenvolvendo as competências e promovendo a autonomia.

Dimensão 3 - Relação enfermeiro – médico. Esta relação é mais vulgarmente conhecida como "colegial" dado que reflete a natureza colaborativa da relação e implica a autonomia da enfermagem e de *status* na organização (Parker *et al.*, 2010).

Dimensão 4 - Participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital. Esta dimensão coincide com a escala original e valoriza a progressão na carreira, bem como, os aspetos pessoais e sociais dos enfermeiros enquanto trabalhadores da organização.

Dimensão 5 - Fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados. Dimensão que valoriza uma filosofia de qualidade de cuidados e uma expectativa de alto padrão de atendimento, tendo por base na prestação de cuidados, um Modelo de Enfermagem (Warshawsky & Havens, 2011).

A variância total desta solução fatorial explica 59.53 % e apresenta $\alpha = .92$.

Tabela 3 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (PESNWI)

Dimensões/itens	1	2	3	4	5
Gestão e liderança do Enf.º chefe					
Enf.º chefe apoia a equipa de enfermagem (.57) *	.85				
Enf.º chefe é bom gestor e líder (.67) *	.81				
Enf.º chefe apoia a equipa na tomada de decisões (61) *	.81				
Enf.ºs chefes/supervisores utilizam o erro como oportunidade de aprendizagem (.60) *	.69				
Enf.º chefe consulta Enf.ºs no que respeita a problemas e procedimentos diários (.47)	.64				
Tempo e oportunidades para discutir com outros Enf.ºs os cuidados ao cliente (.47)	.48				
Adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados					
Enf.ºs suficientes asseguram a qualidade dos cuidados (.71) *		.75			
Enf.ºs suficientes concretizam o trabalho (.73) *		.74			
Ativo desenvolvimento de pessoal (.40) *		.63			
Enf.ºs envolvidos na gestão interna do hospital (.55)		.62			
Mérito e reconhecimento para o trabalho bem realizado (.55)		.51			
Programa de garantia de qualidade (.48)		.47			
Relação Enf.º - médico					
Muito trabalho entre médicos e Enf.ºs (.65)*			.72		
Trabalho conjunto entre Enf.ºs e médicos (.53) *			.68		
Médicos e Enf.ºs têm boa relação de trabalho (.55) *			.66		
Enf.º diretor possui poder e autoridade enquanto executivo (.41)			.56		
Programa de acolhimento aos Enf.ºs recém-admitidos (.47)			.45		
Enf.º diretor acessível, "visível" para os colaboradores (.48)			.49		
Participação dos Enf.ºs nos assuntos do hospital					
Oportunidade de subida na carreira (.47) *				.87	
Oportunidade de progressão (.51) *				.83	
Oportunidade do Enf.º participar nas decisões políticas (.52) *				.78	
Administração houve e responde às preocupações dos trabalhadores (.51) *				.57	
Fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados					
Plano de cuidados escrito e atualizado para todos os clientes (.44) *					.79
Uso de diagnóstico de enfermagem (.49) *					.76
Gestão de cuidados promove continuidade dos cuidados (.45) *					.72
Trabalha com Enf.ºs competentes (.40) *					.44
Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem (.45) *					.48
Oportunidade do Enf.º participar em comissões e departamentos do hospital (.42) *					.40
% Variância explicada (total=59.53)	33.24	9.73	7.04	4.91	4.61
α (total = .92)	.89	.85	.78	.85	.71

* Itens coincidentes no fator, tal como na escala original. (Os valores entre parêntesis são da escala original).

Na tabela 4 apresentamos a análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Escala (PESNWI). Assim, a par das respetivas médias e desvios-padrão, descrevemos os coeficientes de correlação entre o item e o total da escala (r-ític) e, por último, o coeficiente alfa da subescala.

Tabela 4 - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Escala PESNWI

Itens	Média	DP	r itc	α *
Médicos e Enf.ºs têm boa relação de trabalho	3.0	.62	.53	.92
Enf.º chefe apoia a equipa de enfermagem	3.3	.73	.56	.92
Ativo desenvolvimento de pessoal	3.0	.69	.49	.92
Oportunidade de subida na carreira	1.7	.97	.46	.92
Oportunidade de Enf.º participar em decisões políticas	1.8	.92	.54	.92
Enf.ºs supervisores utilizam o erro como oportunidade de aprendizagem	2.8	.83	.68	.92
Tempo e oportunidades de discutir com outros Enf.ºs os cuidados ao cliente	2.7	.80	.70	.92
Enf.ºs suficientes asseguram a qualidade dos cuidados	2.2	.87	.61	.92
Enf.º chefe é bom gestor e líder	3.1	.77	.66	.92
Enf.º diretor acessível, “visível” para os colaboradores	2.5	.97	.59	.92
Enf.ºs suficientes concretizam o trabalho	2.2	.83	.59	.92
Mérito e reconhecimento para o trabalho bem realizado	2.4	.84	.75	.91
Enf.º diretor possui poder e autoridade enquanto executivo	2.6	.82	.47	.92
Muito trabalho entre médicos e Enf.ºs	2.6	.75	.58	.92
Oportunidade de progressão	1.7	.83	.53	.92
Trabalha com Enf.ºs competentes	3.4	.51	.27	.92
Enf.º chefe apoia a equipa na tomada de decisões	3.0	.79	.53	.92
Administração houve e responde às preocupações dos trabalhadores	2.0	.75	.50	.92
Programa de garantia de qualidade	2.5	.74	.59	.92
Enf.ºs envolvidos na gestão interna do hospital	2.0	.77	.55	.92
Trabalho conjunto entre Enf.ºs e médicos	2.7	.73	.58	.92
Programa de acolhimento aos Enf.ºs recém-admitidos	2.7	.82	.50	.92
Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem	3.2	.66	.45	.92
Oportunidade do Enf.º participar em comissões e departamentos	2.8	.76	.45	.92
Enf.º chefe consulta Enf.ºs sobre problemas e procedimentos diários	3.1	.65	.60	.92
Plano de cuidados escritos e atualizados para todos os clientes	3.4	.62	.28	.92
Gestão de cuidados promove continuidade dos cuidados	3.2	.72	.21	.92
Uso de diagnóstico de enfermagem	3.5	.57	.22	.92

Legenda: * “if item deleted”

Na sequência da análise da fidelidade e validade de construto foi calculado um índice para cada uma das componentes obtidas, onde 2.5 é considerado o ponto neutro (escala de 1 a 4), tal como realizado pelo autor da “Escala”. Foi, então, calculada a média para cada uma das dimensões por Centro Hospitalar, verificando-se médias mais elevadas para o CHU relativo à gestão e liderança do enfermeiro chefe, bem como na dimensão da relação enfermeiro médico e adequação de recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados. A dimensão fundamentos de

enfermagem de qualidade dos cuidados de enfermagem é mais elevada no CHSU, bem como a dimensão da participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital (Tabela 5).

Tabela 5 - Estatística descritiva das dimensões do ambiente de trabalho da prática de enfermagem por contexto hospitalar

Dimensões por CH	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Gestão e liderança CHSU	145	1.00	4.00	2.81	.63
Gestão e liderança CHU	91	2.00	4.00	3.30	.45
Relação enfermeiro CHSU	145	1.17	4.00	2.57	.54
Relação enfermeiro - médico CHU	91	1.67	4.00	2.89	.51
Participa nos assuntos hospital CHSU	145	1.00	4.00	1.82	.73
Participa nos assuntos hospital CHU	91	1.00	3.75	1.77	.73
Recursos humanos adequados CHSU	145	1.00	4.00	2.34	.62
Recursos humanos adequados CHU	91	1.33	3.83	2.41	.56
Fundamentos de Enfermagem de Qualidade CHSU	145	2.17	4.00	3.26	.41
Fundamentos de Enfermagem de Qualidade CHU	91	2.50	4.00	3.21	.42

Análise da Sensibilidade e validade convergente

Tal como se pode verificar na tabela 6, os dados indicam que, em média, os enfermeiros têm uma perceção claramente positiva do papel do enfermeiro chefe, enquanto gestor e líder, bem como dos fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados e uma perceção negativa da participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e da adequação dos recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Relativamente à dimensão relação enfermeiro médico o resultado revela uma perceção positiva, apesar de se situar no limiar do ponto neutro (tabela 6).

Tabela 6 – Estatística descritiva das dimensões do ambiente de trabalho da prática de enfermagem

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	DP
Gestão e liderança do enfermeiro chefe	1.00	4.00	3.00	.62
Adequados recursos humanos	1.00	4.00	2.37	.60
Relação enfermeiro – médico	1.17	4.00	2.69	.55
Participação dos enfermeiros nos assuntos do Hospital	1.00	4.00	1.80	.73
Fundamentos enfermagem baseados na qualidade dos cuidados	2.17	4.00	3.24	.41
Escala total	1.57	4.00	2.68	.43

Tendo em conta estas médias obtidas, bem como as médias das dimensões por contexto hospitalar, optámos por realizar um teste t de duas amostras independentes de forma a testar

eventuais diferenças estatísticas. Verificaram-se diferenças significativas entre grupos, para as dimensões gestão e liderança ($t = -3.49$; $p < .001$) e relação enfermeiro médico ($t = -5.95$; $p < .000$), reforçando, assim, o referido anteriormente em relação às diferenças observadas nos dois contextos.

Seguidamente, procurou-se analisar a relação entre as dimensões e a escala no total. Constatou-se que em cada uma das dimensões, os itens estão correlacionados significativamente e positivamente entre si e com a escala. Apenas um item mostrou uma relação significativa de .05, todos os restantes são significativas a .01. Os valores das correlações variaram entre .36 e .91, sendo que as mais fortes, em geral, coincidem com os pesos fatoriais obtidos pela ACP.

Em síntese, a versão adaptada para português do PESNWI é uma escala que permite a caracterização do ambiente de trabalho da prática de enfermagem e a identificação das dimensões valorizadas pelo autor (Lake, 2002), apesar da não coincidência de todos os itens nas várias dimensões. Consideramos que esta escala demonstrou ser um instrumento de medida fiável, válido e sensível.

6.4.2. Escala da centralidade dos cuidados no cliente (PCC)

Análise da fidelidade e validade de construto

Da análise fatorial em componentes principais verificou-se uma boa explicação da variância dos resultados, com um nível estatisticamente significativo, quer relativamente à amostra dos enfermeiros, quer dos clientes:

- Enfermeiros – KMO = .90; B= 2301.56; gl (210); $p \leq .000$;
- Clientes – KMO = .91; B=3333.31; gl (210); $p \leq .000$;

com comunalidades extraídas acima de .54 para enfermeiros e .42 para clientes.

Desta análise, seguindo o critério de Kaiser, com rotação *varimax* emergiram 5 e 4 fatores, respetivamente para enfermeiros e clientes. No caso dos enfermeiros o total de variância explicada pelos 5 fatores era de 64.59% e para os clientes 64.56%, com valores de explicação de cada fator entre 4.95% e 38.21%, convergindo em 9 iterações- enfermeiros e 5.11% e 41.86%, convergindo em 6 iterações - clientes.

A estrutura fatorial, obtida relativamente aos enfermeiros, identificou fatores e conjugou itens que em pelo menos 3 dimensões apresentavam pesos fatoriais fracos e semelhantes. Por

outro lado, consideramos que essa estrutura fatorial não suporta teoricamente os 5 fatores, sendo pouco consistente (sem validade de conteúdo), apesar de ser uma estrutura de 5 fatores, tal como a escala original. Assim, forçamos a extração a 4 fatores obtendo-se uma estrutura fatorial equivalente à dos clientes, cuja validade de conteúdo é coerente com a teoria, a qual convergiu em 8 iterações.

Esta segunda extração apresentou os seguintes resultados: KMO =.895; B =2301.56; gl (210); $p \leq .000$; comunalidades extraídas $>.43$, exceto um item (.29). A extração a 4 fatores explica 59.65% da variância total com valores de explicação de cada fator entre 5.36% e 38.21%.

Para além destes resultados, observa-se na tabela 7 que as soluções fatoriais obtidas apresentam cargas fatoriais relativamente elevadas ($>.60$) para cada item, sendo que a autora utilizou como critério de seleção peso fatorial $\geq .30$. Neste caso apenas em um item isso se verifica, para a 1.ª dimensão e relativamente aos enfermeiros.

Perante a solução obtida, e como podemos ver na tabela 7, identificamos 4 dimensões cujas características passamos a apresentar.

A 1.ª dimensão evidencia a prestação de cuidados por forma a dar resposta a todos os problemas e necessidades dos clientes, valorizando o cliente como um todo com diferentes necessidades: físicas, psicológicas, sociais e espirituais; deixando antever o desenvolvimento da capacidade de *responsiveness* do enfermeiro e uma visão holística da pessoa, centro do processo de cuidados. Comparativamente com a escala original, surge aqui mais um item “Os enf.^{os} auxiliaram-me em todos os problemas durante o internamento”, que consideramos reforçar as características referidas.

A 2.ª dimensão, prestar cuidados atendendo às preferências dos clientes, reflete a importância da capacidade de flexibilidade do enfermeiro e de este ir ao encontro dos desejos e gostos dos clientes, envolvendo-os nos cuidados e na tomada de decisão. Esta subescala mantém os itens tal como a original.

A 3.ª dimensão, educação para a saúde, releva os aspetos inerentes à preparação do cliente para o regresso a casa como o tipo de atividades que este pode desenvolver, a alimentação adequada, toma de medicação, gestão de problemas físicos e emocionais e outros decorrentes da condição de saúde e encaminhamento para outros serviços ou recursos. Em relação à escala original, mantêm-se os mesmos itens, acrescidos de dois da subescala original de resolução de problemas e que nos parece enquadrarem-se enquanto educação para a saúde, no sentido de diminuir possíveis constrangimentos quando o cliente regressa a casa (“Os enf.^{os} ajudaram-me a

encontrar soluções para problemas após a alta”; “Os enf.^{os} providenciaram serviços subsequentes de saúde”); e de um outro da subescala original “aconselhamento”, que generaliza a informação a dar ao cliente durante o internamento no sentido da preparação para o regresso a casa (“Os enf.^{os} informaram como posso melhorar a saúde em geral após a alta do hospital”).

A 4.^a e última dimensão, informação sobre a condição de saúde ao cliente e família, salienta o papel do enfermeiro na preservação dos direitos da pessoa/família quanto à informação sobre a sua situação clínica e o que esperar do seu plano de tratamento durante e após o internamento. Esta dimensão vai ao encontro da Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de agosto) que refere que os clientes têm direito a ser informados sobre a sua situação de saúde ou de doença. Similarmente a Lei da Informação Genética Pessoal e Informação de saúde (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro), diz que “A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação (...)”, e acrescenta ainda, que “O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial (...) (p.607)”

Perante esta dimensionalidade obtida parece-nos ser claro o que constitui a centralidade dos cuidados, quer para os enfermeiros, quer para os clientes, valorizando-se não apenas a satisfação de necessidades, mas também o respeito pelos valores e preferências dos clientes, bem como a comunicação, por via da educação e da informação de saúde ao cliente e família.

Na tabela 7 apresenta-se a estrutura fatorial final com a distribuição dos itens pelos 4 fatores, correspondendo a cada uma das dimensões obtidas, por enfermeiros (cor azul) e por clientes (cor preta). Apresentamos igualmente a percentagem total de variância explicada segundo os enfermeiros e segundo os clientes, bem como a consistência interna de cada dimensão.

Tabela 7 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (PCC)

Dimensões/itens	1 Enf	1 Cli	2 Enf	2 Cli	3 Enf	3 Cli	4 Enf	4 Cli
Responder às necessidades dos clientes ($\alpha=.79$) ($\alpha=.74$)								
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades físicas	.52	.73						
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades emocionais	.75	.75						
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades sociais	.77	.50						
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades espirituais	.71	.47						
Os enf. ^{os} auxiliaram-me em todos os problemas durante o internamento	.29	.72						
Atender às preferências dos clientes ($\alpha=.77$) ($\alpha=.81$)								
Os enf. ^{os} respeitaram a minha opinião e preferência sobre os cuidados			.83	.85				
Os enf. ^{os} optaram pelas minhas escolhas			.83	.81				
Os enf. ^{os} perguntaram a opinião sobre preferências e cuidados prestados			.56	.67				
Os enf. ^{os} foram flexíveis em relação aos meus desejos			.65	.31				
Os enf. ^{os} tiveram a decisão final sobre os cuidados			.48	.32				
Educação para a saúde ao cliente ($\alpha=.80$) ($\alpha=.92$)								
Os enf. ^{os} ensinaram como controlar problemas físicos					.80	.85		
Os enf. ^{os} ensinaram como controlar problemas emocionais					.64	.82		
Os enf. ^{os} ensinaram como tomar conta de si próprio					.72	.86		
Os enf. ^{os} ensinaram como tomar medicação após a alta					.63	.85		
Os enf. ^{os} informaram como posso melhorar a saúde em geral após a alta do hospital					.69	.86		
Os enf. ^{os} ajudaram-me a encontrar soluções para problemas após a alta					.41	.63		
Os enf. ^{os} providenciaram serviços subsequentes de saúde					.47	.56		
Informação de saúde ao cliente/família ($\alpha=.85$) ($\alpha=.82$)								
Os enf. ^{os} mantiveram a minha família informada							.70	.76
Os enf. ^{os} explicaram o que esperar do plano de tratamento durante o internamento							.73	.69
Os enf. ^{os} explicaram o que esperar do plano de tratamento após a alta							.56	.38
Os enf. ^{os} explicaram a minha condição de saúde							.73	.60
% Variância total explicada (59.65); (64.56).								

Foi igualmente calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), que é considerado satisfatório quando $\geq .40$ e excelente quando $\geq .75$, para justificar a agregação. Obteve-se para os enfermeiros um coeficiente entre .73 e .84 e para os clientes entre .69 e .90. Estes resultados, bem como os anteriores reforçam assim, as dimensões extraídas e sua constituição.

Na tabela 8 apresentam-se, também, as correlações dos itens em cada uma das dimensões e o respetivo alfa de Cronbach. Constata-se que os itens correlacionam de forma estatisticamente significativa, entre eles e com o total (α entre .90 e .91 em cada item em relação aos enfermeiros;

α entre .92 e .93 em cada item relativamente aos clientes), sendo o α total da escala de .91 para os enfermeiros e .93. para os clientes.

Tabela 8 – Relação entre os itens por dimensão da centralidade dos cuidados

Dimensões/ itens	Enf. ^{os}			Clientes		
	r	r-ític	α^*	r	r-ític	α^*
Responder às necessidades dos clientes ($\alpha=.79$) ($\alpha=.74$)						
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades físicas	.69	.56	.77	.53	.43	.74
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades emocionais	.80	.65	.73	.76	.57	.66
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades sociais	.77	.63	.74	.78	.64	.64
Os enf. ^{os} foram capazes de responder às minhas necessidades espirituais	.79	.60	.75	.83	.58	.70
Os enf. ^{os} auxiliaram-me em todos os problemas durante o internamento	.68	.48	.79	.66	.49	.70
Atender às preferências dos clientes ($\alpha=.77$) ($\alpha=.81$)						
Os enf. ^{os} respeitaram a minha opinião e preferência sobre os cuidados	.83	.71	.68	.87	.77	.72
Os enf. ^{os} optaram pelas minhas escolhas	.80	.68	.69	.87	.76	.72
Os enf. ^{os} perguntaram a opinião sobre preferências e cuidados prestados	.74	.50	.76	.77	.59	.79
Os enf. ^{os} foram flexíveis em relação aos meus desejos	.75	.62	.71	.65	.49	.81
Os enf. ^{os} tiveram a decisão final sobre os cuidados	.58	.32	.81	.61	.42	.82
Educação para a saúde ao cliente ($\alpha=.80$) ($\alpha=.92$)						
Os enf. ^{os} ensinaram como controlar problemas físicos	.77	.67	.76	.88	.83	.90
Os enf. ^{os} ensinaram como controlar problemas emocionais	.71	.58	.77	.87	.82	.90
Os enf. ^{os} ensinaram como tomar conta de si próprio	.70	.60	.78	.88	.83	.90
Os enf. ^{os} ensinaram como tomar medicação após a alta	.63	.51	.79	.86	.80	.90
Os enf. ^{os} informaram como posso melhorar a saúde em geral após a alta do hospital	.78	.70	.76	.88	.80	.90
Os enf. ^{os} ajudaram-me a encontrar soluções para problemas após a alta	.64	.49	.79	.72	.63	.92
Os enf. ^{os} providenciaram serviços subsequentes de saúde	.67	.44	.83	.68	.56	.93
Informação de saúde ao cliente/família ($\alpha=.85$) ($\alpha=.82$)						
Os enf. ^{os} mantiveram a minha família informada	.79	.64	.83	.71	.52	.83
Os enf. ^{os} explicaram o que esperar do plano de tratamento durante o internamento	.87	.75	.78	.87	.75	.72
Os enf. ^{os} explicaram o que esperar do plano de tratamento após a alta	.85	.70	.80	.84	.67	.77
Os enf. ^{os} explicaram a minha condição de saúde	.81	.67	.82	.81	.66	.77

Legenda: * "if item deleted"

Os resultados da aplicação da escala PCC pela autora (Sidani, 2006) revelaram uma estrutura em 5 fatores, como já referido, sendo um deles designado de resolução de problemas, constituído apenas por 3 itens, surgindo aqui distribuídos: um na dimensão responder às necessidades dos clientes e os outros dois na dimensão educação para a saúde. Por outro lado, as duas dimensões têm designações que para a nossa realidade são muito próximas em termos de significado: “educação” e “aconselhamento”. Orem (2001) integra-as em um dos seus sistemas de enfermagem: o de apoio e educação. Porém, Sidani (2006) distingue-as, estando a primeira mais vocacionada para aspetos relacionados com a preparação para o regresso a casa e a segunda mais

relacionada com formas de melhorar a saúde em geral e informações relativas à condição de saúde do cliente.

Análise da sensibilidade e da validade convergente

No geral, verifica-se que em média os enfermeiros avaliam a sua prestação, quanto à centralidade dos cuidados, a um nível relativamente elevado ($M=78.99\pm 11.40$; Mín.=.44; Máx.=105; $N=228$). Especificamente, e tal como pode verificar-se na tabela 9, os dados indicam que, em média os enfermeiros consideram que dão uma resposta relativamente boa, quanto à centralidade dos cuidados na pessoa (valores de média entre 3.63 e 3.91), salientando-se de forma positiva a prestação de cuidados de acordo com as preferências dos clientes.

Para os clientes, o nível de perceção da prestação de cuidados de enfermagem, tendo por base a centralidade dos mesmos é menos elevado ($M=76.64\pm 21.39$; Min.= 11; Máx.=105; $N=259$), nomeadamente na dimensão da educação para a saúde ($M=3.09$). Constata-se, também, que há uma maior divergência de perceção nos clientes, com dimensões ao nível de zero, ou seja, para alguns clientes os enfermeiros não dão resposta às dimensões da centralidade dos cuidados à exceção de dar resposta às necessidades, onde o mínimo é de 1.6.

Tabela 9 – Estatística descritiva das dimensões da centralidade dos cuidados

Dimensões PCC	Média (DP)		Mínimo		Máximo
	Enf ^o	Cliente	Enf ^o	Cliente	Enf ^o =Cliente
Responder às necessidades	3.63 (.63)	4.36 (.71)	1.80	1,60	5.00
Atender às preferências	3.91 (.64)	3.73 (1,22)	.60	.00	5.00
Educação para a saúde	3.71 (.67)	3.09 (1,55)	.43	.00	5.00
Informação de saúde	3.80 (.69)	3.69 (1,24)	1.50	.00	5.00
Escala total (score)	78.99 (11.40)	76.64 (21.39)	44.00	11.00	105.00

Analisando as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais relativas aos enfermeiros com as dimensões PCC verifica-se o constante da tabela 10 e que passamos a referir.

Constatam-se diferenças significativas em 3 dimensões, quanto ao género. As enfermeiras valorizam de forma mais significativa as dimensões: responder às necessidades dos clientes ($t=2.66$; $p\leq .008$), prestar cuidados de acordo com as preferências dos clientes ($t= 2.15$; $p\leq .04$) e realizar educação para a saúde ($t= 2.54$; $p\leq .01$).

A idade dos enfermeiros está relacionada significativamente com duas das dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem, verificando-se que são os enfermeiros mais jovens que entendem dar melhor resposta às preferências dos clientes ($r = -.15; p \leq .04$) e, pelo contrário, são os enfermeiros com mais idade que entendem melhor ensinar os clientes em ações de educação para a saúde ($r = .15; p \leq .03$).

O nível de escolaridade dos enfermeiros influencia a percepção da prestação de cuidados na resposta das necessidades dos clientes, observando-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais positiva é a percepção dos enfermeiros quanto à capacidade de resposta desta dimensão ($r = .16; p \leq .02$).

A experiência profissional dos enfermeiros está relacionada significativamente com as dimensões responder às necessidades dos clientes e educação para a saúde. De acordo com o resultado da correlação de Pearson identifica-se que quanto maior a experiência profissional dos enfermeiros melhor é a sua percepção da prestação de cuidados de enfermagem na resposta às necessidades dos clientes ($r = .16; p \leq .01$) e na realização de educação para a saúde ($r = .18; p \leq .007$).

Verifica-se, ainda, na tabela 10 que são os enfermeiros graduados que consideram dar melhor resposta às necessidades do cliente ($F = 2.60; p \leq .05$).

Quanto ao local de trabalho, são os enfermeiros do Centro Hospitalar, inserido num contexto semiurbano, que têm uma percepção mais positiva do desenvolvimento de ações de educação para a saúde ($t = 3.65; p \leq .000$).

O método de trabalho parece ser determinante para a percepção dos cuidados praticados pelos enfermeiros nas dimensões, responder às necessidades dos clientes ($F = 2.57; p \leq .05$), atender às suas preferências ($F = 3.40; p \leq .02$) e educação para a saúde ($F = 5.48; p \leq .001$). O método de enfermeiro de referência é o que apresenta valor de média mais elevada exceto na dimensão da prestação de cuidados segundo as preferências dos clientes, sendo aqui substituído pelo método individual. Também a área de ação dos enfermeiros é percebida de forma diferente pelos enfermeiros, na dimensão da educação para a saúde ($F = 2.97; p \leq .03$), identificando-se que são os enfermeiros chefes de equipa que menor percepção têm desta dimensão.

Quanto aos clientes e tal como se pode ver na tabela 11 são os mais jovens que têm uma percepção mais positiva da prestação de cuidados de enfermagem segundo as suas preferências ($r = -.12; p \leq .05$), bem como da informação de saúde prestada ($r = -.13; p \leq .03$). Verifica-se, ainda, na referida tabela que quanto menor a escolaridade dos clientes melhor avaliam os cuidados prestados em resposta às suas necessidades ($r = -.16; p \leq .008$) bem como, a ações de educação para

a saúde ($r=-.16$; $p\leq.05$) e informação da condição de saúde ($r= -.12$; $p\leq.05$) realizadas. Relativamente aos dias de internamento, observa-se que quando é menor o tempo de internamento melhor os clientes consideram que os enfermeiros atendem às suas preferências ($r=-.15$; $p\leq.01$). Verifica-se ainda como significativo, que um menor número de horas de cuidados de enfermagem necessários em média por dia e por cliente e no total do internamento, melhor é a perceção da resposta dos enfermeiros face às necessidades de saúde dos clientes ($r=-.17$; $p\leq.005$ e $r=-.14$; $p\leq.02$).

Tabela 10 – Relação entre as dimensões da centralidade dos cuidados e variáveis sociodemográficas e socioprofissionais – enfermeiros

Variáveis estruturais	Responder às necessidades	Atender às preferências	Educação para a saúde
Género	3.67-♀; 3.36-♂	3.95-♀; 3.62-♂	3.75-♀; 3.43-♂
Idade		$r = -.15$; $p\leq.04$	$r = .15$; $p\leq.03$
Escolaridade	$r = .16$; $p\leq.02$		
Experiência profissional	$r = .16$; $p\leq.01$		$r = .18$; $p\leq.007$
Categoria	3.57 – enf ^o 3.80–graduado 3.69-especialista 3.13-chefe		
Centro hospitalar			3.84 -CHSU 3.49-CHU
Área de atuação			3.72 (prestador) 3.23(chefe equipa) 3.99(coordenador) 3.81(chefe serviço)
Método de trabalho	3.00 (funcional) 3.61(individual) 3.71(referência) 3.48(equipa)	3.00 (funcional) 4.00(individual) 3.87(referência) 3.90(equipa)	3.25 (funcional) 3.61(individual) 3.86(referência) 3.38(equipa)

a) Os valores apresentados são resultantes de análise de correlação de Pearson (r) e de valores de média das análises OnewayAnova ou indepenete simple t test.

b)A dimensão “informação de saúde” não se encontra na tabela dado não apresentar resultados significativos.

Em relação aos contextos de internamento e tal como podemos observar na tabela 11, em média os clientes do CHSU têm uma perceção mais positiva da prestação de cuidados com ênfase na centralidade dos cuidados, nomeadamente na dimensão atender às preferências ($t=2.37$; $p\leq.02$), educação para a saúde ($t=6.66$; $p\leq.000$) e informação de saúde ($t=3.81$; $p\leq.000$).

A prestação de cuidados, segundo os serviços de internamento, são percecionadas de forma diferente nas várias dimensões PCC pelos clientes. Contudo, optámos por agrupá-los de acordo com a média de dias de internamento para facilitar a análise. Criámos, assim 2 grupos: os serviços onde,

em média, o internamento é superior ou igual a 10 dias (medicinas, especialidades médicas e nefrologia – grupo1) e os de menor dias de internamento (<10 dias - cirurgia, ortopedia, urologia/otorrino e cardiologia – grupo2). Comparando as diferenças entre grupos pelas dimensões PCC, verificamos que nos serviços, onde a média de internamento é superior, os clientes têm uma percepção menos positiva da prestação de cuidados, no que diz respeito à centralidade dos cuidados, nomeadamente no atendimento das suas preferências ($t=2.32; p\leq.02$), bem como em ações de educação para a saúde ($t=5.65; p\leq.000$) e informação de saúde ($t=2.04; p\leq.04$).

Tabela 11 – Relação entre as dimensões da centralidade dos cuidados e variáveis sociodemográficas - clientes

Variáveis estruturais	Responder às necessidades	Atender às preferências	Educação para a saúde	Informação de saúde
Idade		$r= -.12; p\leq.05$		$r= -.13; p\leq.03$
Escolaridade	$r= -.16; p\leq.008$		$r= -.16; p\leq.05$	$r= -.12; p\leq.05$
Dias Internamento		$r=-.15; p\leq.01$		
HCNDx	$r= -.17; p\leq.005$			
HCNDti	$r= -.14; p\leq.02$			
CH		M= 3.88 CHSU M= 3.53 CHU	M= 3.61 CHSU M= 2.41 CHU	M= 3.92 CHSU M= 3.37 CHU
Serviço de internamento		M=3.86 (grupo1) M=3.51 (grupo2)	M=3.47 (grupo1) M=2.41 (grupo2)	M=3.81 (grupo1) M=3.49 (grupo2)

Em síntese, podemos afirmar que a versão adaptada para a língua portuguesa da escala PCC deu origem a uma escala com boa consistência interna e validade de conteúdo, apesar de se ter obtido uma estrutura fatorial ligeiramente diferente, de quatro dimensões ao invés de cinco, dimensões identificadas pelos enfermeiros e clientes. Tendo em conta os resultados apresentados pelas autoras, em relação à validade de construto e, concretamente, a representatividade de cada item nas dimensões, obtivemos resultados mais consistentes na estrutura fatorial. Atendendo aos resultados obtidos, e apesar do referido, consideramos que a escala apresenta boas propriedades psicométricas demonstrando ser um instrumento de medida fiável, válido e sensível relativamente à centralidade dos cuidados, também para a realidade portuguesa.

6.4.3. Escala do autocuidado terapêutico (TSC)

Análise da fidelidade e validade de construto

Previamente à análise fatorial dos itens da escala foi avaliada a multicolinearidade, através do Teste de Esfericidade de Bartlett ($B= 1284.68; gl(66); p \leq .000$) com comunalidades extraídas acima de .52. A adequação da estrutura fatorial à amostra revelou um teste de KMO=.86, que indica que as componentes extraídas explicam uma quantidade importante de variância dos resultados. Procedeu-se, então, a uma análise fatorial com extração por componentes principais (ACP) com rotação *varimax*. Da análise emergiram 3 fatores que explicaram 62.47% da variância total obtida, com valores de explicação de cada um entre 9.72% e 41.90%.

Forçámos a extração a 4 componentes, como no original, mas a distribuição dos itens revelou não sustentabilidade teórica e inconsistência das subescalas. Também outros autores encontraram uma estrutura de 3 fatores (Purdy *et al.*, 2010; Chaboyer, *et al.*, 2013).

A extração a 3 fatores revelou uma matriz de correlações onde o item 7 saturava 2 fatores de forma muito semelhante (.48 e .49) e dado que o 3.º fator, constituído apenas dos 2 itens, apresentava uma consistência interna relativamente fraca ($\alpha=.53$) bem como o ICC=.52 (justifica uma agregação pouco consistente), optamos por nova extração a dois fatores.

Os resultados obtidos de nova submissão a ACP com rotação *varimax* indicam que esta solução explica 52.75% da variância total obtida, com valores de explicação de cada componente de 10.84% e 41.90%. A rotação convergiu em 3 iterações e a anterior tinha convergido em 5 iterações. Nesta submissão as comunalidades situavam-se acima de .44, à exceção dos dois itens que constituíam o 3.º fator na anterior extração (.21 e .22)

Foi, igualmente, calculado o ICC verificando-se que os itens justificam a agregação nas dimensões (ICC = .76 e .80).

Nesta sequência apresentamos a tabela 12, com a solução fatorial final, com a distribuição dos itens pelas duas dimensões, juntamente com a percentagem de variância explicada por cada uma das dimensões e a correlação interna de alfa de Cronbach de cada uma das dimensões.

A 1.ª dimensão é constituída pelos itens dos dois fatores da escala original, à exceção do item “consegue realizar o tratamento ou atividades que lhe foram ensinadas para controlar os sintomas ou alterações no corpo”. Relaciona os aspetos da toma de medicamentos (sabe que medicamentos tem que tomar, sua indicação e como tomar) com as alterações no corpo/sintomas decorrentes da condição de saúde e atuar em conformidade (“sabe o que fazer para controlar esses sintomas”).

Perante este conjunto de itens com estas características optámos por designar esta dimensão de gerir medicamentos e sintomas.

A 2.^a dimensão integra os restantes itens da escala original e releva a importância do desenvolvimento de atividades de vida diárias e sua adaptação face às alterações no corpo ou sintomas que possam advir da situação atual de saúde. Surgem nesta dimensão dois itens relacionados com a gestão de recursos no sentido do apoio que os clientes possam necessitar em caso de ajuda, quer para a realização de atividades, quer em situação de emergência. Estes dois itens na escala original estavam associados ao item “consegue realizar atividades para cuidar de si próprio”. Claramente, esta é uma dimensão que implica o desenvolvimento de atividades de vida diária por parte do cliente, ou nessa impossibilidade terá que se munir de recursos para a sua realização.

Tabela 12 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (TSC)

Dimensões/itens	1	2
Gerir medicamentos e sintomas		
Sabe para que são os medicamentos?	.80	
Consegue reconhecer as alterações no corpo relacionadas com a condição de doença ou de saúde?	.74	
Sabe que medicamentos tem que tomar?	.74	
Sabe a que se devem os sintomas (alterações no seu corpo)?	.73	
Sabe o que fazer para controlar os sintomas (alterações no seu corpo)?	.62	
Consegue tomar os medicamentos conforme prescrição/indicação?	.58	
Realizar atividades de vida		
Consegue desempenhar as atividades diárias?		.83
Consegue adaptar as suas atividades diárias quando há alterações no seu corpo (sintomas) relacionados com a condição de doença ou de saúde?		.78
Consegue realizar atividades para cuidar de si próprio e manter a sua saúde em geral?		.76
Consegue realizar o tratamento ou atividades que lhe foram ensinadas para controlar os sintomas (alterações no seu corpo)		.57
Sabe quem contatar em caso de emergência?		.40
Sabe quem contatar para o ajudar a realizar as suas atividades diárias?		.40
% Variância explicada (total= 52.75)	41.90	10.85
α (total= .87)	.83	.78

Na tabela seguinte apresenta-se a análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da escala TSC. Assim, a par da correlação entre o item e a dimensão de cada uma das subescalas (r), apresentamos também os coeficientes de correlação entre o item e o total da escala (r -itic) e o coeficiente alfa das subescalas.

Constata-se que os itens correlacionam de forma estatisticamente significativa, entre si e com o total (α entre .85 e .87 em cada item), sendo o α total da escala de .87.

De salientar que em relação à escala original os resultados da consistência interna das 4 subescalas situavam-se entre .66 e .89, sendo o coeficiente alfa da escala total .88.

Tabela 13 - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da escala TSC

Dimensões/itens	r	r itc	α *
Gerir medicamentos e sintomas ($\alpha=.83$)			
Sabe para que são os medicamentos?	.80	.65	.79
Consegue reconhecer as alterações no corpo relacionadas com a condição de doença ou de saúde?	.74	.59	.80
Sabe a que se devem os sintomas (alterações no seu corpo)?	.76	.58	.80
Sabe que medicamentos tem que tomar?	.78	.57	.81
Sabe o que fazer para controlar os sintomas (alterações no seu corpo)?	.73	.63	.81
Consegue tomar os medicamentos conforme prescrição/indicação?	.60	.55	.82
Realizar atividades de vida ($\alpha=.78$)			
Consegue desempenhar as atividades diárias?	.75	.47	.74
Consegue adaptar as suas atividades diárias quando há alterações no seu corpo (sintomas) relacionados com a doença ou condição de saúde?	.76	.59	.72
Consegue realizar atividades para cuidar de si próprio e manter a sua saúde em geral?	.80	.65	.71
Consegue realizar o tratamento ou atividades que lhe foram ensinadas para controlar os sintomas (alterações no seu corpo)	.72	.65	.74
Sabe quem contatar para o ajudar a realizar as suas atividades diárias?	.56	.37	.78
Sabe quem contatar em caso de emergência?	.54	.37	.78

Legenda: * "if item deleted"

Análise da sensibilidade e validade convergente

Da análise estatística descritiva das dimensões e tal como se pode observar na Tabela 14 constata-se que os clientes têm, em média, uma perceção visivelmente positiva dos cuidados de enfermagem prestados relativamente ao autocuidado terapêutico ($M=47.98\pm 9.09$; Min.=15; Máx.=60), sendo os valores de média muito próximo em cada uma das dimensões.

Tabela 14 – Estatística descritiva das dimensões do autocuidado terapêutico

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	DP
Gerir medicamentos e sintomas	1.00	5.00	3.96	.89
Realizar atividades de vida	1.33	5.00	4.03	.81
Escala total	15.00	60.00	47.98	9.09

Analisando as variáveis sociodemográficas com as dimensões do autocuidado terapêutico (Tabela 15) constata-se que são os clientes mais jovens e de maior escolaridade que melhor avaliam os cuidados de enfermagem na área do autocuidado terapêutico (em qualquer das dimensões), bem como aqueles cujo internamento é mais curto. Igualmente os clientes para os quais se planeou menor número de horas de cuidados de enfermagem no total do internamento e se prestou menos horas de cuidados de enfermagem por dia e por cliente têm uma melhor perceção destes cuidados. Estes resultados podem estar relacionados com a qualidade dos cuidados prestados, de onde emerge o princípio da focalização do cliente e que, cremos, não depende apenas das HCNDI e HCPDI.

Os clientes em função do estado civil têm perceções diferentes ($F= 3.08$; $p\leq.02$) quanto à realização das atividades de vida face a prestação de cuidados de enfermagem na área do autocuidado terapêutico, verificando-se média mais elevada para os clientes em união de facto. Verifica-se, ainda, como significativo, que são os clientes do CHSU que têm uma perceção mais positiva dos cuidados de enfermagem prestados, quer em relação à dimensão gerir medicamentos e sintomas ($t=3.24$; $p\leq.001$), quer na dimensão realizar atividades de vida diárias ($t=2.54$; $p\leq.01$). Também, de acordo com os serviços de internamento, os clientes revelam diferentes avaliações da prestação de cuidados nas duas dimensões: gestão de medicamentos e sintomas ($t= 3.25$; $p\leq.001$); realizar atividades de vida diárias ($t= 2.67$; $p\leq.008$).

Tabela 15 – Relação entre as dimensões TSC e variáveis sociodemográficas

Variáveis estruturais	Gerir medicamentos e sintomas	Realizar AV
Idade	$r= -.30$; $p\leq.000$	$r= -.23$; $p\leq.000$
Escolaridade	$r=.26$; $p\leq.000$	$r=.22$; $p\leq.000$
Dias internamento	$r=-.17$; $p\leq.004$	$r=-.18$; $p\leq.000$
Estado civil		M= 4.21 (solteiro/a) M=4.07 (casado/a) M=4.31 (união facto) M=4.00 (divorciado/a) M=3.70 (viúvo)
HCNDti	$r= -.22$; $p\leq.000$	$r= -.25$; $p\leq.000$
HCPDI	$r= -.16$; $p\leq.008$	$r= -.17$; $p\leq.005$
Centro hospitalar	M= 4.11 CHSU ; M= 3.74 CHU	M= 3.99 CHSU; M= 3.56 CHU
Serviços de internamento	M= 3.73 (grupo1) M= 4.10 (grupo2)	M= 3.87 (grupo1) M= 4.13 (grupo2)

Em síntese, a versão adaptada para a língua portuguesa da escala TSC permite identificar as dimensões do autocuidado terapêutico. Resultou uma estrutura fatorial diferente da obtida pelo autor, emergindo duas dimensões, em vez de quatro. Apenas dois itens revelam valores fracos que justifiquem a agregação. Outros autores encontraram uma estrutura fatorial com 3 dimensões, tal como já foi referido. No entanto os resultados obtidos são consistentes, vão ao encontro da literatura e revelam, no geral, boas propriedades psicométricas, pelo que consideramos o instrumento de medida do autocuidado terapêutico, fiável, sensível e válido.

6.4.4. Escala de satisfação dos cuidados de enfermagem no hospital (PJHQ)

Análise da fidelidade e validade de construto

Previamente à análise fatorial dos itens da escala foi avaliada a multicolinearidade, através do Teste de Esfericidade de Bartlett ($B= 921.373; gl (15); p<.000$) com comunalidades extraídas acima de .58. A adequação da estrutura fatorial à amostra revelou um teste KMO=.89, que indica que as componentes extraídas explicam uma quantidade importante de variância dos resultados. Procedeu-se, então, a uma análise fatorial com extração por componentes principais com rotação *varimax*. Da análise surgiu 1 componente que explica 66.03% da variância total obtida, tal como podemos observar na tabela 16.

Este resultado foi ao encontro de outros resultados onde a escala tem sido aplicada (Poochikian-Sarkissian; Wennberg & Sidani, 2008; Sidani, 2008; Sidani *et al.*, 2010; Purdy *et al.*, 2010)

A dimensão obtida, satisfação com os cuidados de enfermagem, integra aspetos gerais (“satisfação com os cuidados de enfermagem”) e específicos da prestação de cuidados de enfermagem, interligando as competências técnicas (realização de procedimentos, dar medicamentos e manusear injetáveis), cognitivas (rapidez de atuação e o controlo da situação) e relacionais (comunicação com os clientes, familiares e médicos e cortesia, respeito, amizade e simpatia). A dimensão da satisfação com os cuidados de enfermagem é, assim, um resultado das intervenções específicas de enfermagem.

Tabela 16 - Estrutura da análise fatorial com extração por componentes principais (PJHQ)

Dimensão/itens	1
Satisfação com os cuidados de enfermagem ($\alpha=.90$)	
Grau de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados	.86
Como os enf ^{os} comunicam com os doentes, familiares e médicos	.84
Frequência que os enf ^{os} atenderam e mantiveram o controlo da situação	.83
Como avalia a cortesia e respeito para consigo, amizade e simpatia	.80
Com que rapidez o ajudaram	.78
Como foram feitos os procedimentos, dar medicamentos e manusear injetáveis	.76
Total de variância - 66.03%	

Foi calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), que justifica uma boa agregação (ICC = .89), a correlação entre o item e a escala e o respetivo alfa de Cronbach, indicando uma consistência interna muito boa, quer no geral da escala ($\alpha=.90$), quer em cada item (tabela 17).

Esta escala de satisfação tem revelado boa consistência interna. Originalmente apresentou um alfa de Cronbach de .83 (Rubin *et al.*, 1990), posteriormente, com Poochikian-Sarkissian, *et al.* (2010) obtiveram um resultado de .85.

Tabela 17 - Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da escala de satisfação

Itens da satisfação com os cuidados de enfermagem ($\alpha=.90$)	r	r ^{icc}	α^*
Grau de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados	.85	.78	.87
Como os enf ^{os} comunicam com os doentes, familiares e médicos	.84	.76	.87
Frequência que os enf ^{os} atenderam e mantiveram o controlo da situação	.83	.75	.87
Como avalia a cortesia e respeito para consigo, amizade e simpatia	.80	.70	.88
Com que rapidez o ajudaram	.78	.67	.88
Como foram feitos os procedimentos, dar medicamentos e manusear injetáveis	.78	.66	.89

Legenda: * "if item deleted"

Análise da sensibilidade e validade convergente

Os resultados revelam que os clientes estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados (M= 25.31; ± 3.92), tal como se pode observar na tabela 18, com avaliações em cada um dos itens da escala de forma semelhante e satisfatória (M>4.0), apesar de alguns clientes mostrarem alguma insatisfação., nomeadamente, em relação à rapidez de atuação e realização de procedimentos, como dar medicamento e manusear injetáveis (Mínimo de 1)

Tabela 18 - Estatística descritiva da dimensão da satisfação

Dimensão /itens	Média	DP	Min.	Máx.
Satisfação com os cuidados de enfermagem	25.31	3.92	15	36
Grau de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados	4.31	.75	2	6
Como os enf ^{os} comunicam com os doentes, familiares e médicos	4.16	.83	2	6
Frequência que os enf ^{os} atenderam e mantiveram o controlo da situação	4.11	.78	2	6
Como avalia a cortesia e respeito para consigo, amizade e simpatia	4.40	.76	3	6
Com que rapidez o ajudaram	4.15	.83	1	6
Como foram feitos os procedimentos, dar medicamentos e manusear injetáveis	4.17	.89	1	6

Relativamente à relação entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação com os cuidados de enfermagem, verificamos que no geral os clientes estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem havendo apenas diferenças significativas em função da idade e do contexto de cuidados. Assim, são os mais jovens que referem estar mais satisfeitos com os cuidados prestados ($r = -.16$; $p \leq .008$) com ênfase para os clientes que estão internados no centro hospitalar inserido num cenário mais rural e do interior ($t = -2.34$; $p \leq .02$). O serviço de internamento também imprime diferentes olhares sobre a satisfação dos clientes ($F = 4.04$; $p \leq .000$), observando-se valores de média mais baixos em serviços de medicina.

Em síntese, a versão adaptada para português da subescala de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados no hospital apresenta muito boas propriedades psicométricas, revelando resultados mais consistentes que os obtidos pelos autores, pelo que é um instrumento de medida válido, fiável e sensível de satisfação dos cuidados de enfermagem prestados no hospital.

6.4.5. Escala avaliação do estado funcional (Sf-36)

Como a escala SF-36 já foi validada para a realidade portuguesa por Ferreira (2000) analisamos os resultados da mesma seguindo as indicações do autor referido.

Segundo Teixeira, Fonseca & Maximo (2002) a escala permite quantificar fatores relacionados com a qualidade de vida e fornece uma visão mais abrangente da saúde, sendo uma das vantagens ser a própria pessoa a falar sobre a sua situação de saúde e sobre o próprio tratamento.

A escala SF-36 permite avaliar 8 dimensões num total de 36 itens, sendo a sua maioria divididas em 5 pontos de “nunca” a “sempre”:

- função física (FF) (10 itens de 3 níveis, muito, pouca ou sem limitação) avalia a presença ou a extensão das limitações impostas à capacidade física;
- desempenho físico (DF)(4 itens) avalia consequências do estado de saúde físico relacionadas com a atual situação de saúde/doença;
- dor corporal (DC)(2 itens de 5 e 6 níveis) avalia a intensidade da dor e consequências no desempenho das atividades;
- saúde em geral (SG) (5 itens) relacionados com o conceito de percepção holística da saúde e a resistência à doença;
- vitalidade (VT) (4 itens) capta o nível de energia e bem- estar;
- função social (FS)(2 itens) avalia a quantidade e qualidade das atividades sociais;
- desempenho emocional (3 itens) indica a presença de problemas emocionais face à situação de saúde atual;
- saúde mental (SM)(5 itens) identifica áreas de saúde mental como a ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e o bem-estar psicológico e
- mudança de saúde (1 item) que compara o estado de saúde atual com o anterior.

Aplicamos os critérios de verificação de transformação das subescalas, tal como recomendado por Ferreira (2000):

- As subescalas variam entre 0 e 100;
- As correlações entre cada escala e os seus itens são positivas e significativas e muito superiores a .30. Neste caso são todas $>.64$ e na sua maioria superiores $>.80$;
- As correlações entre a escala Saúde Geral e as outras 7 escalas são todas significativas ($p<.000$) e positivas e situam-se entre .31 e .67;
- As correlações entre as escalas e o 1.º fator não rodado são positivas, significativas e elevadas, variam entre .59 e .80.

Pelo exposto, podemos afirmar que os “passos de verificação” estão de acordo com os recomendados por Ferreira (2000).

Na tabela seguinte, podemos observar a coerência interna em cada componente, ou seja, a relação linear entre os valores de cada item e os da respetiva subescala, constatando-se que cada uma das componentes apresenta uma muito boa coerência interna (valores de correlação $>.63$).

Tabela 19 - Relações (r) entre as dimensões e os itens SR-36

Componentes Itens	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
3a	.69							
3b	.84							
3c	.85							
3d	.88							
3e	.87							
3f	.77							
3g	.86							
3h	.88							
3i	.86							
3j	.64							
4a		.88						
4b		.91						
4c		.95						
4d		.93						
7			.96					
8			.96					
1				.63				
11a				.70				
11b				.82				
11c				.71				
11d				.81				
9a					.76			
9e					.76			
9g					.79			
9i					.82			
6						.86		
10						.88		
5a							.92	
5b							.94	
5c							.92	
9b								.79
9c								.84
9d								.79
9f								.81
9h								.79

Quanto à fiabilidade, podemos observar na tabela 20, através da análise da consistência interna, os coeficientes de correlação entre o item e o total da escala (r-itic) e o coeficiente alfa da subescala que os valores são coerentes e consistentes.

Tabela 20 – Fiabilidade das dimensões SF-36

Dimensões	α	r-itic (N=257)	α if item deleted
Função física	.94	.52	.85
Desempenho físico	.94	.71	.82
Dor corporal	.92	.43	.86
Saúde Geral	.79	.58	.84
Vitalidade	.79	.68	.83
Função social	.68	.66	.83
Desempenho emocional	.91	.67	.82
Saúde mental	.84	.63	.83

Avaliando a estatística descritiva das dimensões do estado funcional (tabela 21) constata-se que se situam em termos de média a um nível intermédio, sendo o valor mais elevado para a função social ($M=59.44\pm 25.55$), indicando que mesmo em situação de doença/internamento a relação da pessoa com familiares e amigos mantém-se. O desempenho físico é dos valores mais baixos ($M=45.00\pm 29.84$), bem como a vitalidade ($M=45.58\pm 22.19$), facto que pode estar relacionado com a idade dos clientes, dado que a média de idade é de 60 anos (± 17.8) ou do seu estado de saúde.

Tabela 21 - Estatística descritiva das componentes do estado funcional

Componentes	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Função física	280	.00	100.00	51.55	32.97
Desempenho físico	276	.00	100.00	45.00	29.84
Dor corporal	281	.00	100.00	47.08	32.00
Saúde em geral	276	5.00	100.00	57.66	21.89
Vitalidade	280	.00	100.00	45.58	22.19
Função social	278	.00	100.00	59.44	25.55
Desempenho emocional	277	.00	100.00	52.65	30.85
Saúde mental	276	5.00	100.00	57.34	20.62

Para averiguar as relações entre variáveis independentes e as componentes do estado funcional verificamos o seguinte, que passamos a descrever na Tabela 22.

Os homens apresentam melhor funcionalidade, nomeadamente na função física, dor corporal, saúde em geral, vitalidade e saúde mental.

Relativamente ao estado civil não se apresenta os valores de média na tabela devido à existência de várias categorias da variável, mas apenas os resultados da análise de variância. E verifica-se diferenças face ao estado civil. São os clientes que vivem em união de facto que apresentam médias mais elevadas relativamente à função física, desempenho físico e desempenho emocional; são os divorciados/as e os solteiros/as que apresentam melhor valor de média na dimensão vitalidade; os viúvos são os que apresentam valores médios mais baixos nas dimensões anteriormente referidas.

Os mais jovens apresentam melhor qualidade de vida ou melhor estado funcional, contudo, a dor é valorizada por todos, independentemente da idade, bem como da escolaridade.

É interessante, também, verificar que são os clientes com escolaridade mais elevada que apresentam melhor estado funcional.

Os dias de internamento e as horas de cuidados de enfermagem necessárias à prestação de cuidados apresentam resultados relativamente semelhantes, verificando-se que quantas mais horas de cuidados de enfermagem necessárias por cliente, bem como mais dias de internamento, pior é o estado funcional da pessoa, o que faz todo o sentido, pois, são as pessoas com mais dificuldades de funcionamento que logicamente, necessitam de mais horas de cuidados de enfermagem e, igualmente, mais dias de internamento. No entanto, face aos resultados, a função física, dor corporal, desempenho emocional e função social são indiferentes segundo os dias de internamento. Por outro lado, as horas de cuidados de enfermagem prestados são significativas apenas para as dimensões função física e função social.

Verifica-se ainda que os clientes internados no centro hospitalar urbano apresentam significativamente mais limitações na função física e no desempenho físico.

Tabela 22 - Relação entre as dimensões do estado funcional e variáveis estruturais

Variáveis estruturais	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Género	t=-3.90; p≤.000 M♀43.45 (±31.54) M♂58.48 (±32.70)		t=-3.81; p≤.005 M♀=41.24 (±31.59) M♂51.92 (±31.71)	t=-2.76; p≤.006 M♀53.66 (±21.13) M♂60.90 (±22.09)	t=-2.27; p≤.02 M♀42.20 (±20.63) M♂48.21 (±23.13)			t=-2.64; p≤.009 M♀53.80 (±19.40) M♂60.33 (±21.24)
Estado civil	F=4.28 p≤.002	F=5.50 p≤.000			F=2.81 p≤.03		F=3.44 p≤.009	
Idade	r=-.38; p≤.000	r=-.31; p≤.000		r=-.30; p≤.000	r=-.25; p≤.000	r=-.22; p≤.000	r=-.34; p≤.000	r=-.18; p≤.003
Escolaridade	r=.32 p≤.000	r=.22 p≤.000		r=.280 p≤.000	r=.12 p≤.04	r=.14 p≤.03	r=.30 p≤.000	r=.21 p≤.001
Dias de internamento		r=-.166 p≤.006		r=-.143 p≤.02	r=-.185 p≤.002	r=-.214 p≤.000		
HCNDI	r=-.203 p≤.001	r=-.166 p≤.006			r=-.172 p≤.004	r=-.182 p≤.002	r=-.125 p≤.04	
HCNDx	r=-.317 p≤.000	r=-.265 p≤.000		r=-.193 p≤.001	r=-.165 p≤.006	r=-.133 p≤.03	r=-.244 p≤.000	
HCPDI	r=-.139 p≤.02					r=-.164 p≤.006		
Centro hospitalar	T= 3.59 p≤.000	T= 2.20; p≤.03						
CHSU	M=57.33 (±32.86)	M=48.19 (±31.62)						
CHU	M=43.26 (±31.46)	M=40.46 (±26.60)						

Concluindo, relativamente à validação das escalas, PESNWI, PCC, TSC e PJHQ, e atendendo aos resultados obtidos, demonstrámos a sua fiabilidade, validade e sensibilidade, podendo constituírem-se como instrumentos que contribuem para futuros estudos não apenas sobre resultados sensíveis em enfermagem, mas também nas áreas específicas relativas a cada escala. Consideramos, inclusive, que podem ser utilizadas como guias orientadores de boas práticas.

7. Análise e discussão dos resultados

Apresentamos neste capítulo os principais resultados do estudo que estão divididos em três áreas temáticas, cuja sequência é a seguinte: o ambiente de trabalho da prática de enfermagem, a centralidade dos cuidados e os resultados sensíveis em enfermagem.

Em cada uma destas áreas começamos por apresentar uma breve síntese dos resultados da validação das escalas, para permitir uma adequada sequência na análise dos dados, seguindo-se a apresentação da estatística descritiva e inferencial das variáveis estruturais face às dimensões/construtos identificados pela análise dos resultados da validação das escalas e, posteriormente, segue-se a validação das hipóteses.

Na sequência do capítulo anterior, em que apresentamos os resultados das qualidades métricas das escalas que validamos, ao analisarmos neste capítulo a estatística descritiva e inferencial das variáveis organizacionais e as relativas aos enfermeiros e clientes, damos também continuidade à análise da sensibilidade e validade convergente das respetivas escalas, optando por apresentar neste capítulo para facilitar a compreensão dos resultados na sua globalidade.

Como dissemos anteriormente, no capítulo da metodologia, cada uma das escalas pode ser analisada também enquanto score, pelo que, neste capítulo as dimensões já identificadas pela validação das escalas serão analisadas como tal.

Com o objetivo de facilitar a leitura e análise dos resultados das variáveis estruturais recorreremos a partição pela mediana, para agrupar os casos (Hill & Hill, 2012).

7.1. Ambiente de trabalho da prática de enfermagem

Por meio da avaliação das propriedades psicométricas da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem identificámos os construtos: gestão e liderança do enfermeiro chefe; adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados; relação enfermeiro – médico; participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados.

Através da estatística descritiva que apresentámos aquando da validação desta escala, verificamos que, no geral, o ambiente de trabalho da prática de enfermagem revela um resultado favorável ($M=74.97$; $Min=44$; $Máx=112$). Especificamente, verificamos que os enfermeiros têm uma perceção positiva de três dos cinco construtos: enfermeiro chefe, enquanto gestor e líder ($M=17.98$; $Min=6$; $Máx=24$), conceção de que uma prática de cuidados deve ter por base a qualidade dos mesmos ($M=19.42$; $Min=13$; $Máx=24$) e relação enfermeiro médico ($M=16.16$; $Min=7$; $Máx=24$) e apresentam uma perceção negativa da participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital ($M=7.20$; $Min=4$; $Máx=16$), bem como da adequação de recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados ($M=14.22$; $Min=6$; $Máx=24$).

Face às variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e atendendo ao valor de média dos vários construtos de ambientes da prática e tal como se pode observar na tabela 23, verifica-se que as enfermeiras, os enfermeiros mais jovens, independentemente do género, e os que possuem maior escolaridade têm uma perceção mais positiva desses construtos. A exceção recai na dimensão “gestor e líder”, verificando-se que são os enfermeiros que têm uma perceção mais positiva do papel do enfermeiro chefe/executivo enquanto gestor e líder. Contudo, como resultados significativos, são as enfermeiras que têm uma melhor perceção dos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados ($t=2.68$; $p\leq.008$) e os enfermeiros, independentemente do género, com maior nível de escolaridade também valorizam mais esta dimensão, da qualidade dos cuidados ($F=5.78$; $p\leq.004$), assim como, apresentam uma perceção mais positiva do papel do enfermeiro chefe, enquanto gestor e líder ($F=2.97$; $p\leq.05$).

Quanto às variáveis socioprofissionais (tabela 23) verifica-se o seguinte:

- Os enfermeiros com mais de 7 anos de experiência profissional têm uma perceção menos favorável dos vários construtos, sendo as diferenças significativas para o construto gestor e líder ($t=2.06$; $p\leq.04$) e relação enfermeiro-médico ($t=2.60$; $p\leq.01$); ou seja, os enfermeiros com mais de 7 anos de experiência profissional têm significativamente uma perceção menos positiva do papel do enfermeiro chefe enquanto gestor e líder, bem como da relação enfermeiro médico.

- Não existe um padrão de comportamento das variáveis categoria profissional e área de ação dos enfermeiros face às dimensões em análise, e, estatisticamente, as relações entre as variáveis são apenas significativas em relação ao construto “gestor e líder”, verificando-se que os enfermeiros que trabalham na prestação de cuidados são os que têm uma perceção menos positiva deste construto ($F=3.50$; $p\leq.01$). Todavia, e em relação à valorização do papel do gestor e líder, e atendendo ao resultado das médias, são

os próprios enfermeiros chefes que mais valorizam essa dimensão, assim como a qualidade dos cuidados, e pelo contrário, são os que menos valorizam os outros três construtos.

- Quanto à relação jurídica de emprego, os valores de média apresentados são semelhantes, quer em relação aos enfermeiros em contrato de trabalho em funções públicas (Lei 59/2008 de 11 de setembro), quer em contrato individual de trabalho.

- Relativamente a padrões de método de trabalho dos enfermeiros constata-se que aqueles que recorrem ao método de enfermeiro de equipa na prestação de cuidados apresentam uma perceção mais positiva dos vários construtos, exceto em relação à participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital, porém, estas diferenças são apenas significativas em relação ao construto gestor e líder ($F=5.22; p\leq.002$) e entre os diferentes tipos de método (Teste Post-hoc).

Ainda em relação à tabela 23 e quanto ao contexto de trabalho, verifica-se que os enfermeiros que trabalham no CHU têm perceções mais positivas para as dimensões gestor e líder e relação enfermeiro médico e os que trabalham no CHSU têm uma opinião mais positiva da importância dos fundamentos de enfermagem para assegurar a qualidade dos cuidados. Significativamente, são os enfermeiros do CHU que, efetivamente, se distinguem em relação ao papel do enfermeiro gestor e líder ($t=6.92; p\leq.000$), bem como, à relação enfermeiro-médico ($t=4.50; p\leq.000$).

Quanto aos serviços de internamento e atendendo aos valores de média, verifica-se que são os enfermeiros que trabalham nos serviços de medicina que atribuem valores de média mais elevados para a maioria dos construtos, sendo as relações significativas para dois deles, identificando-se que são os enfermeiros que trabalham em “outros serviços” que têm opinião menos favorável relativamente ao papel do enfermeiro chefe enquanto gestor e líder ($F=14.453; p\leq.000$), bem como da relação enfermeiro médico ($F=8.91; p\leq.000$).

De referir, ainda, que os resultados das dimensões participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e adequados recursos humanos são percecionadas como negativas por serem inferiores ao ponto neutro (Lake, 2002).

Tabela 23 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros face às dimensões de ambiente de trabalho da prática de enfermagem.

Construtos	Gestor e Líder		Adequação de recursos		Relação enf.º médico		Participação no hospital		Qualidade dos cuidados	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Género										
Feminino	17.97	3.76	14.40	3.56	16.26	3.30	7.31	2.96	19.62	2.44
Masculino	18.31	2.87	13.36	3.51	15.81	3.02	6.67	2.52	18.44	2.37
Idade										
[22-31]	18.38	3.57	14.29	3.47	16.57	3.00	7.05	2.81	19.50	2.48
>31	17.47	3.79	14.14	3.72	15.62	3.59	7.39	3.03	19.32	2.47
Escolaridade										
Licenciatura	17.72	3.81	14.04	3.55	16.07	3.17	7.01	2.72	19.19	2.46
Pós-graduação	18.03	2.93	14.27	3.35	15.77	3.01	7.30	3.12	19.50	2.35
Mestrado/CPLLE	19.54	3.38	15.29	3.91	17.11	4.25	8.25	3.63	20.86	2.27
Anos experiência										
[1-7]	18.43	3.30	14.34	3.38	16.67	2.97	7.11	2.68	19.54	2.43
>7	17.43	4.07	14.07	3.81	15.54	3.57	7.30	3.17	19.29	2.52
Categoria profissional										
Enfermeiro	18.22	3.43	14.36	3.40	16.41	3.02	7.04	2.69	19.40	2.44
Enfermeiro graduado	16.98	4.25	13.80	3.90	15.52	3.83	7.57	3.30	19.15	2.54
Enfermeiro especialista	18.78	3.38	15.22	4.47	16.33	3.39	7.22	3.87	20.00	2.00
Enfermeiro chefe	20.25	3.10	13.25	4.19	15.00	5.41	6.50	2.65	22.25	1.71
Área de ação/posto de trabalho										
Prestador de cuidados	17.68	3.71	14.06	3.58	15.99	3.26	7.17	2.87	19.38	2.48
Chefe de equipa	20.46	2.40	15.46	3.28	17.85	2.82	7.31	3.25	18.92	2.29
Coordenador da unidade	19.25	3.41	16.00	3.44	17.67	3.45	7.50	3.42	19.58	2.15
Chefe do serviço	20.25	3.10	13.25	4.19	15.00	5.42	6.50	2.65	22.25	1.71
Relação jurídica de emprego										
Contrato de trabalho em funções públicas	17.86	3.46	14.23	3.43	16.24	3.03	7.06	2.63	19.62	2.23
Contrato individual de trabalho	18.11	3.92	14.22	3.77	16.11	3.59	7.34	3.18	19.19	2.69
Método de organização de trabalho em enfermagem										
Funcional	18.50	1.29	13.50	4.44	15.50	.58	7.00	2.83	16.50	2.52
Individual	18.90	3.00	13.94	3.42	16.47	3.28	7.03	2.88	19.26	2.45
Referência/Responsável	17.04	4.03	14.23	3.89	15.70	3.46	7.43	3.07	19.68	2.43
Equipa	19.20	3.61	15.12	3.09	17.44	2.66	7.16	2.72	19.68	2.53
Centro Hospitalar										
CHU	19.78	2.72	14.48	3.37	17.33	3.04	7.07	2.90	19.25	2.51
CHSU	16.85	3.78	14.06	3.70	15.42	3.25	7.28	2.91	19.53	2.45
Serviços de internamento										
Medicina	19.34	3.20	14.27	3.66	17.19	3.31	6.80	2.88	19.72	2.59
Cirurgia	17.92	3.41	13.77	3.16	16.39	2.62	7.38	2.64	19.06	2.55
Ortopedia	18.97	2.53	14.83	3.60	16.00	3.10	7.70	3.17	19.30	2.48
Outros	16.08	4.16	14.22	3.57	14.81	3.63	7.18	3.09	19.56	2.23

7.1.1. Teste de hipóteses

Exposta a estatística descritiva, e na sua sequência alguns resultados também de estatística inferencial, a propósito da comparação de médias, como a análise de variância (teste t para amostras independentes e OnewayAnova) relativamente aos resultados da escala de ambiente de trabalho da prática de enfermagem, apresentamos de seguida os resultados e as análises das hipóteses formuladas anteriormente.

Hipótese 1 – As perceções dos enfermeiros sobre o ambiente de trabalho da prática de enfermagem são diferentes segundo o contexto de trabalho.

Para testar esta hipótese procedemos a uma análise de variância (teste t para amostras independentes) tendo-se obtido um resultado significativo ($t= 3.10; p \leq .002$, assumidas as igualdades de variância), confirmando-se a hipótese previamente formulada de que os enfermeiros que trabalham no CHU apresentam uma perceção significativamente mais positiva do ambiente de trabalho da prática de enfermagem ($M=77.91 \pm 10.75$), relativamente aqueles que trabalham no CHSU ($M=73.13 \pm 12.65$).

Tregunno (2004) também identifica os fatores organizacionais como um elemento importante a atender nas organizações e, segundo ela, pode ser devido à própria estrutura organizacional, as rotinas, as normas, a cultura e o clima, entre outros.

Apesar dos contextos selecionados apresentarem características em comum, trata-se de organizações da mesma natureza, empresas públicas empresariais, da mesma região de saúde, contudo, e nomeadamente, os contextos de inserção dos Centros Hospitalares são diferentes, bem como as pessoas que as constituem, ou inclusive a própria história da organização. Desde logo, pela tipologia TIPAU (INE, 2009) que permite objetivar as diferentes áreas do País em áreas predominantemente urbana, medianamente urbana e predominantemente rural, com consequências a nível, não só de densidade populacional, como também de desenvolvimento social, económico, cultural, entre outros. Bonfenbrenner e Morris (1998), através da teoria ecológica do desenvolvimento humano, reforçam este aspeto, dado que consideram que os múltiplos contextos de vida (sistemas) com os quais a pessoa interage são concêntricos e proporcionam relações, experiências, que interferem direta ou indiretamente no desenvolvimento da pessoa e consequentemente na forma como ela pensa e age. Assim, consideramos os Centros

Hospitalares enquanto ambiente que influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um e pelas singularidades no coletivo.

Os fatores organizacionais já têm sido identificados como fatores que influenciam os contextos de trabalho e que, por si só, apresentam resultados diferentes.

Paralelamente, é de salientar que a eficiência real das organizações são as pessoas que as integram, as quais interagem dentro e fora da organização e entre organizações.

A história de cada organização tem sido também identificada como fator que interfere nos contextos de trabalho. Se pensarmos na história mais recente ligada à fusão de hospitais, tendo como consequências a redução da estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas, reduzindo em mais de metade as estruturas de gestão e os números de gestores, à história da sua origem, objetivos e missão, talvez possamos melhor compreender estas diferenças.

Hipótese 2 – Os serviços de internamento, a idade dos enfermeiros e a sua formação influenciam a perceção do ambiente de trabalho da prática profissional, nomeadamente em relação ao construto gestor e líder, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados.

A fim de dar resposta ao teste desta hipótese procedemos a uma análise de variância, através da MANOVA (plano 3x3), tal como consta na tabela 24, de forma a observarmos os efeitos principais e de interação entre as variáveis endógenas, serviços de internamento, formação pós-graduada (formação PG - recodificada em duas categorias: sem e com formação pós-graduada) e idade (recodificada em duas categorias de acordo com a partição dos valores pela mediana) e os construtos de ambiente de trabalho da prática de enfermagem como “gestor e líder”, “participa nos assuntos do hospital”, “fundamentos de enfermagem tendo por base a qualidade dos cuidados”.

Tabela 24 - Resultados da variância multivariada face aos construtos gestor e líder, participa nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados.

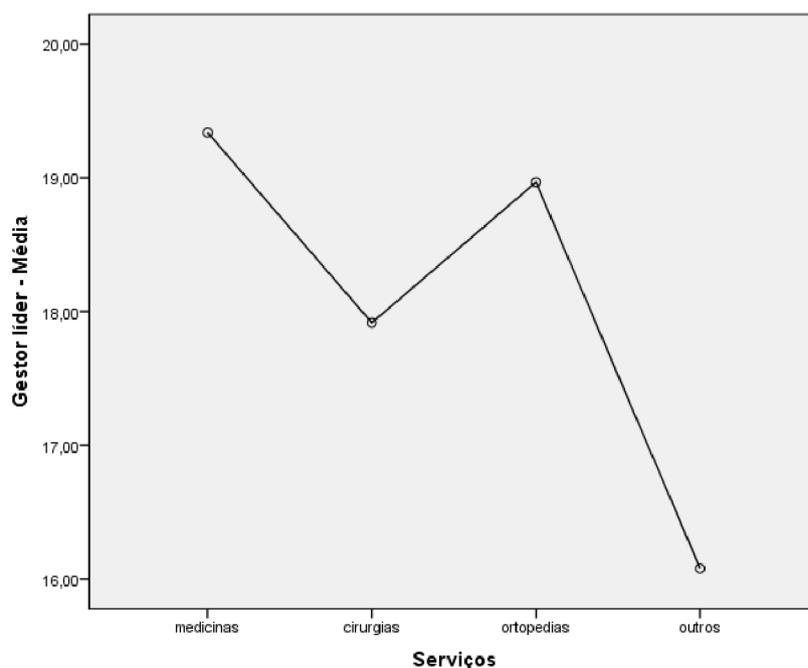
Variáveis estruturais	“maior raiz de Roy”	F	p	Potência %
Serviços de internamento	.15	11.00	.000	99
Formação	.06	3.97	.009	83
Idade x formação	.04	3.17	.03	73
Serviço de internamento x formação	.05	3.32	.02	.75

Nota: verificou-se igualdade de matrizes de covariância (“Box’s Test” $p=.27 > \alpha .001$) e de variância (Teste Levene $p=.09 > \alpha .001$)

Especificamente, verifica-se um efeito significativo dos serviços de internamento no construto gestor e líder ($F=7.46;p<.000$); um efeito significativo da formação em relação aos três construtos aqui analisados - gestor e líder ($F=7.30;p<.007$), participa nos assuntos do hospital ($F=6.93;p<.009$) e fundamentos de qualidade ($F=5.25;p<.02$); um efeito de interação entre a idade e a formação dos enfermeiros quer no construto gestor e líder ($F=6.76;p<.01$), quer no construto fundamentos de qualidade ($F=5.64;p<.02$) e ainda outro efeito de interação entre a formação e os serviços de internamento no construto "participa nos assuntos do hospital" ($F=2.55;p<.056$).

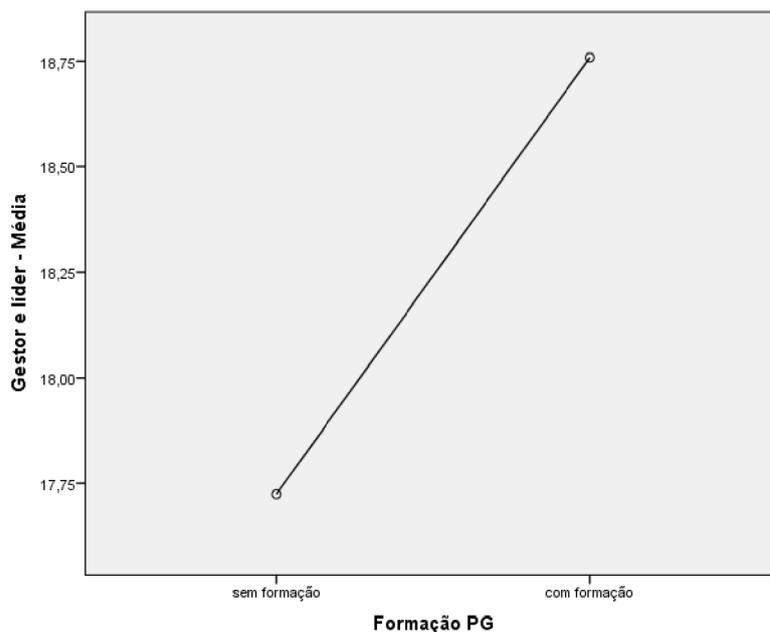
Pela análise do gráfico 1, resultante da variância multivariada, e de acordo com a estatística descritiva, podemos observar que, quanto à dimensão, gestor e líder são os enfermeiros dos serviços de medicina ($M=19.34\pm 3.20$) e dos serviços de ortopedia ($M=18.97\pm 2.53$) que melhor se posicionam nesta dimensão, situando-se acima da média ($M=17.98\pm 3.69$).

Gráfico 1 - Efeito principal dos serviços de internamento no construto gestor e líder



Quanto às dimensões participação nos assuntos do hospital, fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados e também a dimensão gestor e líder, constatamos que os enfermeiros que possuem formação pós-graduada distinguem-se de forma positiva em qualquer das dimensões. Apresentamos no gráfico 2 os resultados face à dimensão gestor e líder, mas comportamento semelhante se verifica nas outras dimensões, tal como se pode observar na tabela 25.

Gráfico 2 - Efeito principal da formação PG no construto gestor e líder



Em relação à interação entre idade e formação nos construtos em análise, e como podemos observar nos gráficos seguintes (gráfico 3 e 4), mais uma vez se identifica a importância da formação pós-graduada nos resultados obtidos, constatando-se que os enfermeiros mais jovens e os enfermeiros com formação pós-graduada atribuem maior valorização a estes construtos.

Gráfico 3 - Efeito de interação entre idade e formação PG com o construto gestor e líder

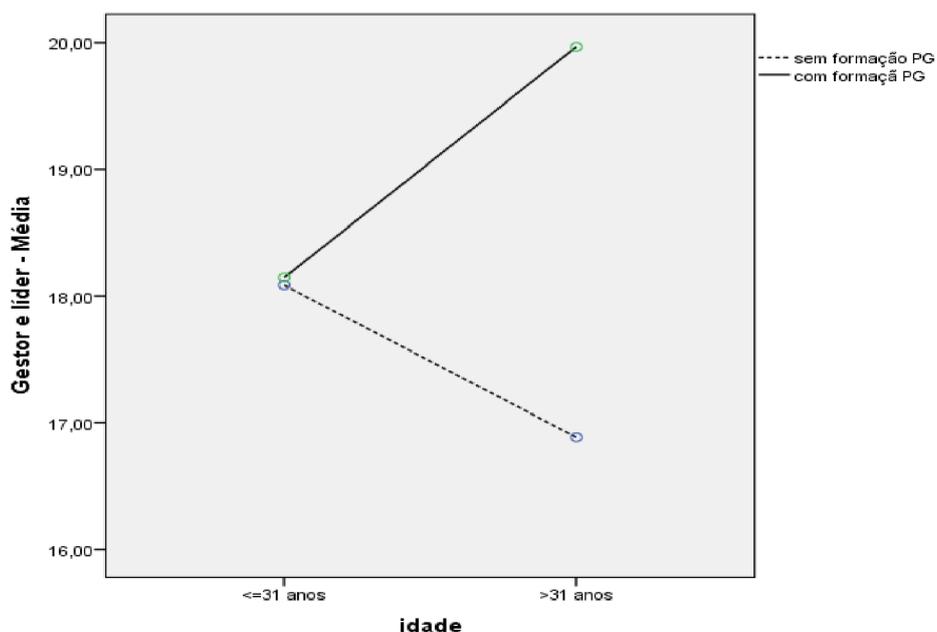
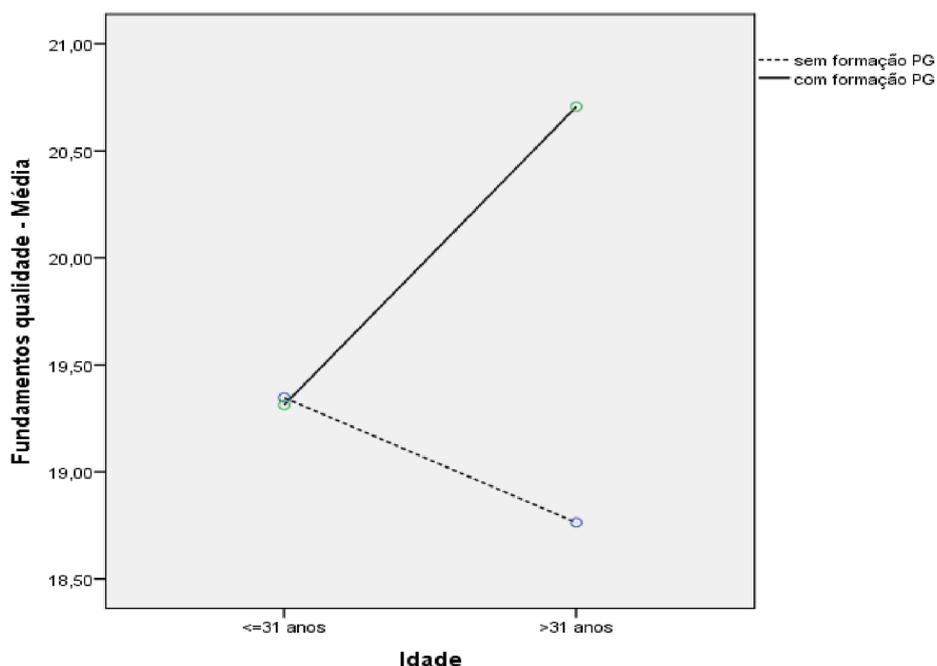


Gráfico 4 - Efeito de interação entre idade e formação PG com o construto fundamentos de qualidade



Em relação ao último efeito de interação obtido, entre a formação PG e os serviços de internamento, observamos que em média os enfermeiros com formação pós-graduada dos serviços de ortopedia e “outros serviços” são os que mais valorizam a dimensão da participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital.

Gráfico 5 - Efeito de interação entre a formação PG do enfº e os serviços de internamento com o construto participa nos assuntos do hospital

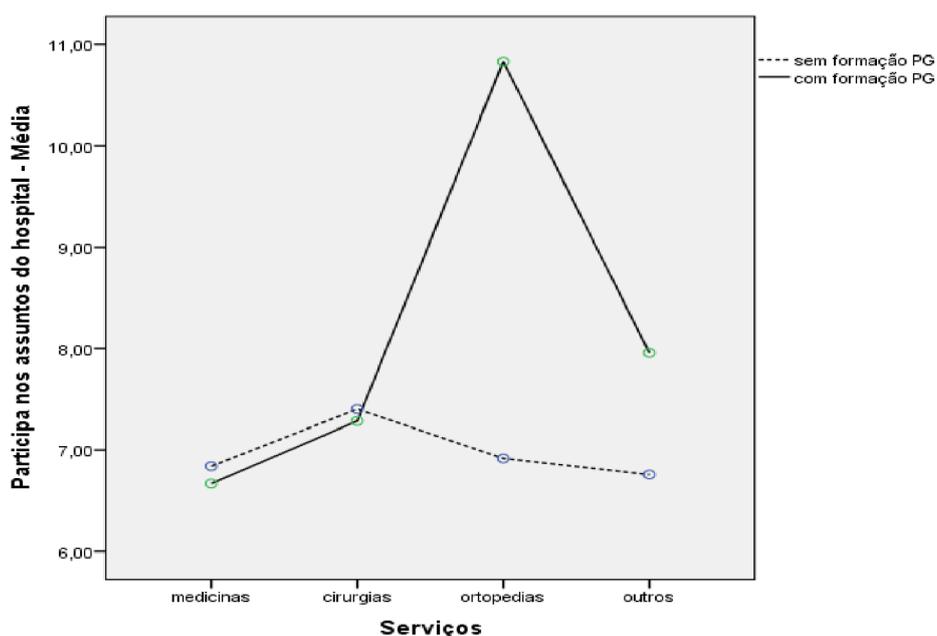


Tabela 25 - Resultados da análise descritiva dos construtos gestor e líder, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, segundo a idade e formação PG dos enfermeiros

Construtos	Idade	Formação PG	Média	DP	N
Gestor e líder	[22-31]	sem	18.42	3.73	106
		com	18.22	2.94	27
		Total	18.38	3.57	133
	>31	sem	16.71	3.71	72
		com	19.23	3.42	31
		Total	17.47	3.79	103
	Total	sem	17.72	3.81	178
		com	18.76	3.22	58
		Total	17.98	3.69	236
Participa nos assuntos do hospital	Total	sem	7.01	2.72	178
		com	7.76	3.38	58
		Total	7.20	2.90	236
Fundamentos de qualidade	[22-31]	sem	19.46	2.57	106
		com	19.67	2.13	27
		Total	19.50	2.48	133
	>31	sem	18.78	2.23	72
		com	20.58	2.55	31
		Total	19.32	2.47	103
	Total	sem	19.19	2.46	178
		com	20.16	2.39	58
		Total	19.42	2.47	236

Nota: apresentamos apenas a estatística descritiva resultante das relações significativas

A literatura em enfermagem tem mostrado evidências de que a formação é considerada um atributo importante à prática de enfermagem, quer como elemento da equipa de enfermagem, nomeadamente como facilitador do processo de decisão e autonomia na equipa (McGillis Hall, Doran & Pink, 2004), quer como prestador de cuidados (Irvine *et al.*, 1998b).

Também a idade e a experiência profissional dos enfermeiros tem sido alvo de estudos percebendo-se a sua importância para a tomada de decisão e autonomia profissional.

Neste estudo, os resultados surgem face à interação entre as duas variáveis, formação e idade, que em conjunto evidenciam a importância do papel do enfermeiro chefe enquanto gestor e líder e dos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, bem como em relação à participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital.

Face a estes resultados, podemos dizer que se confirma a hipótese formulada de que os serviços de internamento, a idade dos enfermeiros e a sua formação influenciam a perceção do ambiente de trabalho da prática de enfermagem

Hipótese 3: A formação, a categoria profissional e a área de ação dos enfermeiros influenciam a perceção de ambientes de trabalho de prática de enfermagem.

Atendendo aos resultados da estatística descritiva das variáveis socioprofissionais face aos construtos de ambientes de prática de enfermagem (valor de médias apresentados no quadro anterior), e no sentido de dar resposta à hipótese 3, procedemos a uma análise de variância através da MANOVA (plano 4x3) de forma a observarmos os efeitos principais e de interação entre a formação pós-graduada, área de ação, categoria profissional e os construtos de ambiente de prática de enfermagem como o “gestor e líder”, “adequados recursos humanos”, “relação enfermeiro médico” e “participação do enfermeiro nos assuntos do hospital”.

No ambiente de trabalho do enfermeiro existem fatores que podem facilitar ou, pelo contrário, dificultar a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Lake, 2002). De entre estes fatores assume especial relevância a formação dos enfermeiros e o tipo de atividade que desenvolvem no âmbito das suas funções ou padrões de desempenho, inerentes à atividade profissional.

Assim, pensamos que os enfermeiros com maior nível de conhecimentos (formação pós-graduada) e com experiência profissional cujo conteúdo funcional e cujas atividades desenvolvidas sejam também na área da gestão (além da prestação de cuidados), como seja a coordenação de serviços ou a coordenação de equipas, bem como, a experiência de utilização de um método de organização de trabalho que implique gestão de cuidados e de recursos, tenham uma perceção diferente. Atribuem maior valorização ao papel dos gestores e líderes, maior valorização na adequação de recursos humanos e participação nos assuntos do hospital, até por experiência própria, bem como, valorizam a relação enfermeiro médico, provavelmente enquanto elementos de referência.

Perante a análise realizada obtivemos diferenças significativas para os construtos em causa, tal como se pode observar na tabela 26

Tabela 26 - Resultados da variância multivariada face aos construtos gestor e líder, adequados recursos humanos, relação enfermeiro-médico e participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital.

Variáveis estruturais	"maior raiz de Roy	Potência		
		F	p	%
Área de ação do enfermeiro	.08	2.84	.02	83
Formação PG x categoria profissional	.31	2.80	.001	99

Nota: O teste maior raiz de Roy, de entre os testes multivariados, foi o que apresentou maior valor de potência após a confirmação de igualdade de matrizes de covariância (Teste M de Box, $p=.62 > \alpha .001$) e de variância (Teste Levene, $p=.15 > \alpha .001$)

Especificamente, verifica-se que a área de ação do enfermeiro possui um efeito principal significativo sobre os construtos adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados ($F=3.12; p<.05$) e relação enfermeiro-médico ($F=3.17; p<.04$). Obtiveram-se também efeitos de interação das variáveis formação PG e categoria profissional nos construtos gestor e líder ($F=4.35; p<.04$), relação enfermeiro-médico ($F=6.81; p<.01$) e adequados recursos humanos ($F=5.88; p<.02$).

Pela análise do gráfico 6, resultante da variância multivariada apresentada anteriormente, e de acordo com a estatística descritiva, podemos observar que os enfermeiros que exercem atividades de coordenador da unidade/serviço ($M=16.00 \pm 3.44$) ou chefes de equipa ($M=15.81 \pm 3.45$), distinguem-se de forma positiva (superior à média ($M=14.23 \pm 3.65$)), revelando que os enfermeiros cuja área de ação não esteja exclusivamente relacionada com a prestação de cuidados, mas também com ações de gestão quer de cuidados quer de recursos humanos (atividades inerentes a essas áreas de ação) influenciam a perceção da adequação de recursos necessários à qualidade dos cuidados. O mesmo se verifica para a dimensão da relação colegial entre enfermeiro e médico, tal como se pode ver no gráfico 7.

Contudo os chefes de serviço são os que têm uma perceção mais negativa dos recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados, bem como da relação enfermeiro médico. Em relação à adequação de recursos humanos, talvez este posicionamento esteja relacionado com o grau de exigência que os chefes considerem fundamental e necessário para a qualidade dos cuidados. Quanto à relação enfermeiro médico, pensamos que poderá estar relacionado com o tipo de atividade que desenvolvem, com destaque para a área da gestão ou liderança.

Gráfico 6 - Efeito principal da área de ação do enfermeiro no construto adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados

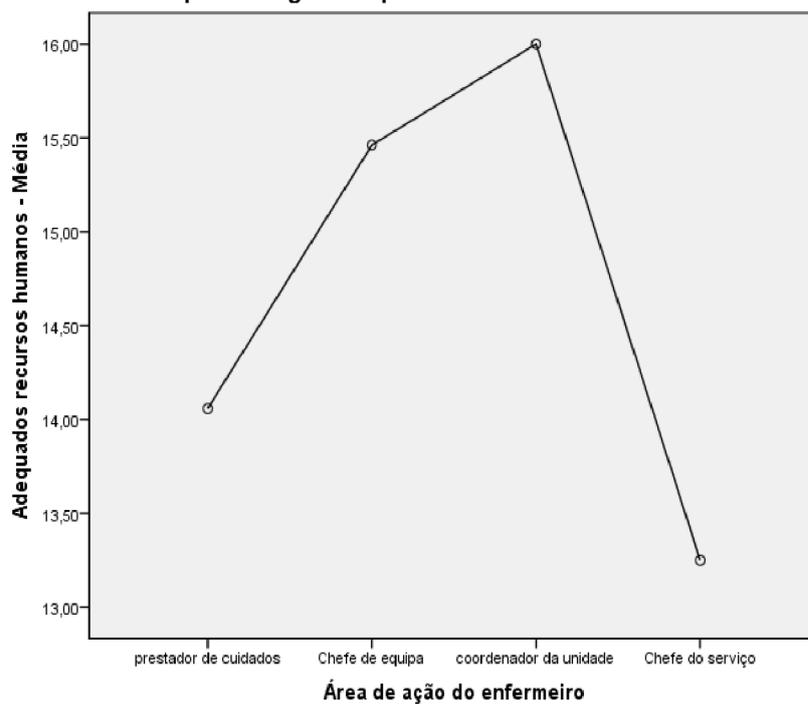
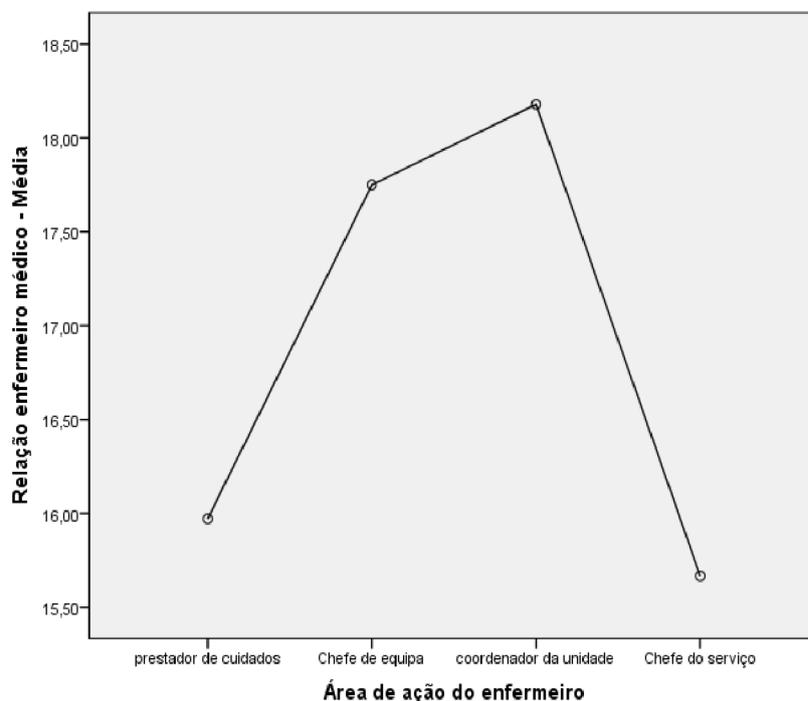


Gráfico 7 - Efeito principal da área de ação dos enfermeiros no construto relação enfermeiro médico



O resultado da interação entre categoria profissional e formação PG, tal como se pode observar nos gráficos 8, 9 e 10, produz efeito na valorização do enfermeiro chefe/executivo enquanto gestor e líder, na relação enfermeiro e médico e fundamentos de enfermagem para a

qualidade dos cuidados. A variável formação só permite comparar, face às categorias relativas a enfermeiro e enfermeiro graduado, dado que as restantes já têm implícito a formação PG. Verifica-se, então, que para qualquer das dimensões em apreço os enfermeiros com formação PG apresentam melhor perceção quer nas categorias de enfermeiro, quer nas de enfermeiro graduado. Apenas na dimensão da relação enfermeiro médico e em relação à categoria de enfermeiro, os que tem formação PG apresentam uma perceção ligeiramente inferior, tal como se pode observar no gráfico 9. Os valores de média podem ser observados na tabela 17.

No gráfico 8 identifica-se ainda que são os enfermeiros chefes ($M= 20.25\pm 3.10$) que mais se destacam na valorização da dimensão gestor e líder, o que pensamos ser indicativo do papel que desempenham no âmbito das suas funções. No gráfico 9, pelo contrário são os enfermeiros chefes que apresentam menor valor de média ($M=15.00\pm 3.59$) na dimensão relação enfermeiro médico. Este resultado pode ser devido, também ao motivo anteriormente referido pela natureza das atividades que tem que desenvolver no âmbito da gestão e liderança. Salienta-se também no gráfico 9 que os enfermeiros graduados sem formação ($M=14.89\pm 3.54$) parecem ter mais dificuldades na relação enfermeiro médico, já que apresentam valor de média inferior à média total ($M=16.18\pm 3.35$).

Gáfico 8 - Efeito de interação entre categoria profissional e formação PG do enf^o no construto gestor e líder

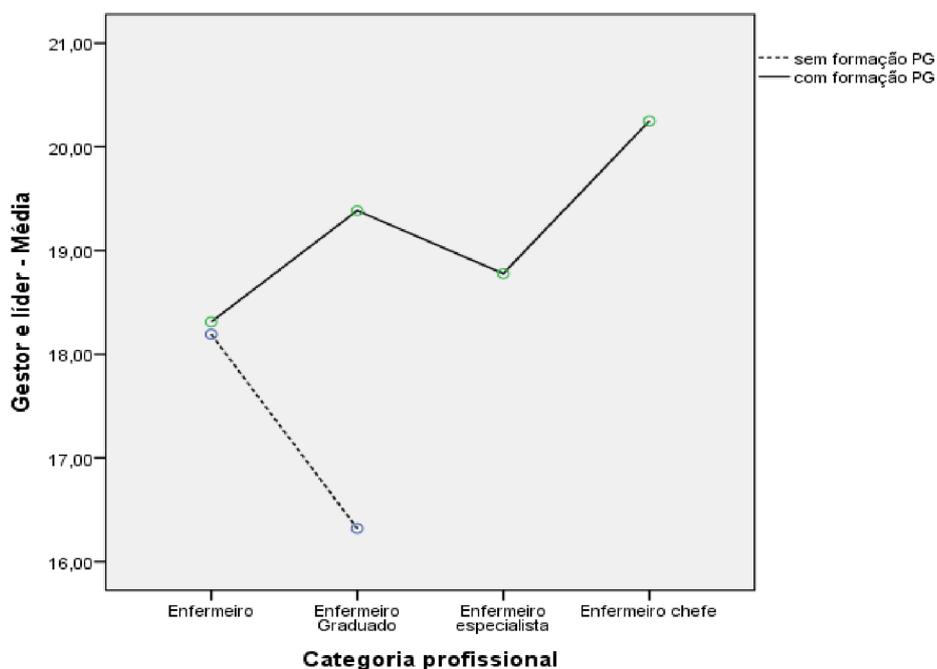
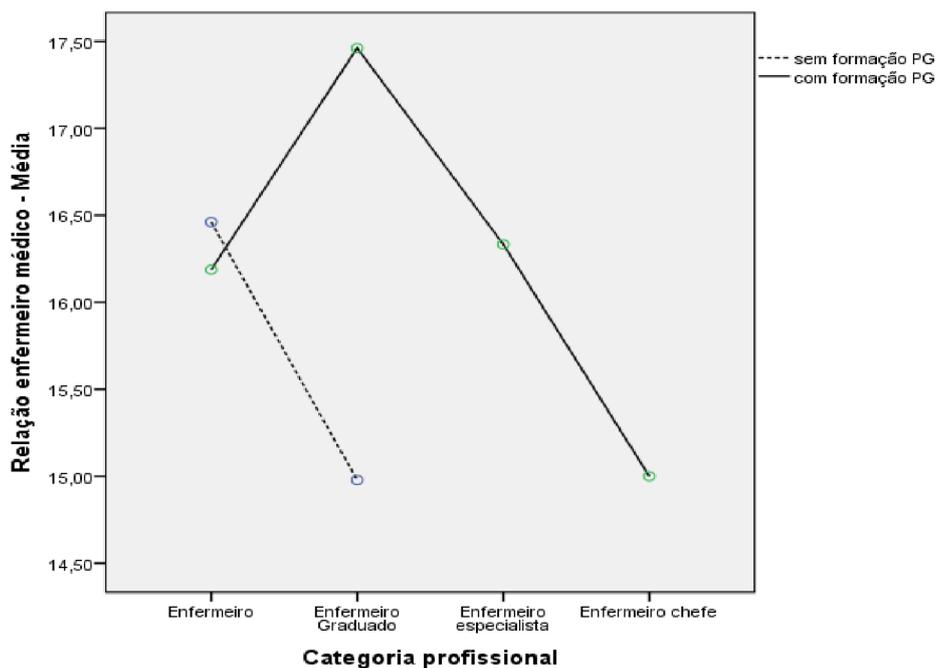


Gráfico 9 - Efeito de interação entre categoria profissional e formação PG do enf^o no construto relação enfermeiro médico



Em relação ao gráfico 10 realça-se, ainda o posicionamento dos enfermeiros chefes, revelando uma melhor percepção da dimensão dos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados e que parece reforçar o resultado encontrado anteriormente em relação à área de ação do enfermeiro.

Gráfico 9 - Efeito de interação entre categoria profissional e formação PG do enf^o no construto fundamentos de enfermagem para a qualidade cuidados

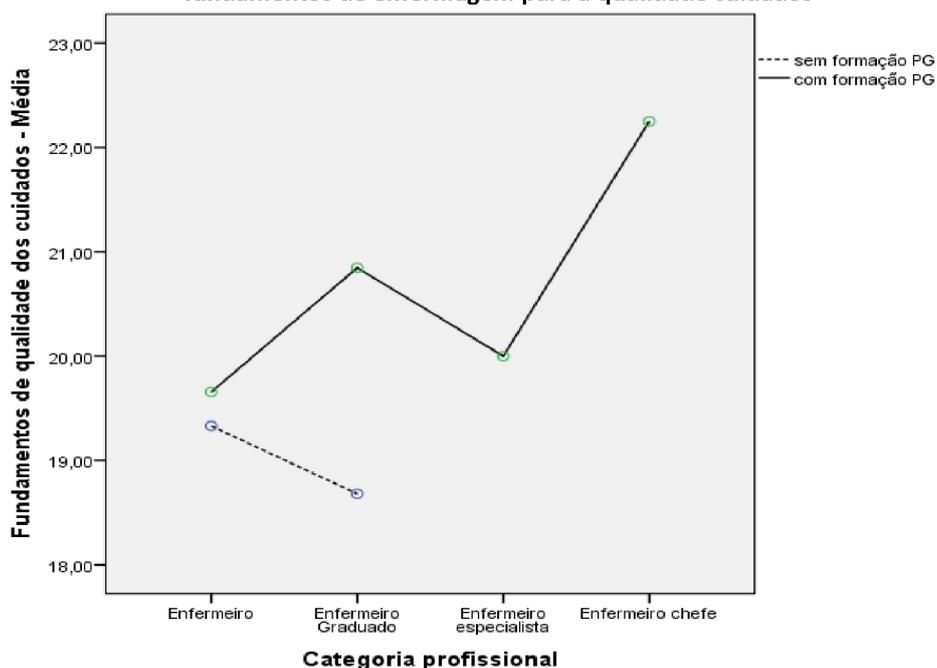


Tabela 27 - Resultados da análise descritiva dos construtos gestor e líder, relação enfermeiro médico e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados, segundo a categoria profissional e formação PG do enf^o

Construtos	Categoria profissional	Formação PG	Média	DP	N	
Gestor e líder	Enf. ^o	sem	18.19	3.62	130	
		com	18.43	2.89	32	
		Total	18.24	3.48	162	
	Enf. ^o graduado	sem	16.11	4.10	47	
		com	19.38	4.11	13	
		Total	16.85	4.30	60	
		Enf. ^o especialista	com	18.88	3.6	9
		Enf. ^o chefe	com	20.25	3.1	4
	Total		17.94	3.75	235	
	Relação enfermeiro médico	Enf. ^o	sem	16.55	2.98	130
com			16.07	3.28	32	
Total			16.43	3.03	162	
Enf. ^o graduado		sem	14.89	3.54	47	
		com	17.46	4.61	13	
		Total	15.47	3.92	60	
		Enf. ^o especialista	com	16.50	3.59	9
		Enf. ^o chefe	com	15.00	5.42	4
Total			16.18	3.35	235	
Fundamentos qualidade		Enf. ^o	sem	19.44	2.40	130
	com		19.64	2.48	32	
	Total		19.48	2.41	162	
	Enf. ^o graduado	sem	18.84	2.34	47	
		com	20.84	2.54	13	
		Total	19.29	2.51	60	
		Enf. ^o especialista	com	20.25	1.98	9
		Enf. ^o chefe	com	22.25	1.71	4
	Total		19.51	2.43	235	

Perante os resultados obtidos infirma-se a hipótese de que a formação, categoria profissional e área de ação dos enfermeiros influencia as percepções dos construtos analisados, já que não se observam diferenças significativas para as diferentes categorias profissionais, nomeadamente para as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe.

Dos resultados obtidos, é clara a importância atribuída ao papel do enfermeiro chefe enquanto gestor e líder. A escala do ambiente de trabalho da prática de enfermagem permite identificar as práticas do enfermeiro chefe, mais ou menos valorizadas pelos enfermeiros com quem o chefe interage. Também Boyle (2004) utilizou itens da escala para avaliar o papel do

gestor/líder. Nesta continuidade, ao analisarmos o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro chefe (anterior carreira de enfermagem) e enfermeiro principal (atual carreira de enfermagem) tendo por base a referida escala, consideramos que muitas das assunções contempladas na escala estão em concordância com algumas das funções das categorias acima referidas, tal como podemos observar no quadro abaixo.

Quadro 3 - Correspondência entre as assunções da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem e as funções da categoria enfermeiro chefe e enfermeiro principal

Escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem	Conteúdo funcional enf ^o . chefe/principal
Enf. ^o chefe que é um bom gestor e líder;	e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da equipa, decidindo sobre afetação de meios; h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria; n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
Enf. ^{os} suficientes de forma a assegurar a qualidade de cuidados. Enf. ^{os} suficientes para concretizar o trabalho	(c) Determinar as necessidades em Enf. ^{os} , tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar... adequar às necessidades existentes) g) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas o) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais
Ativo desenvolvimento do pessoal ou programas de formação para Enf. ^{os}	(d) Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem)
Elevados níveis de cuidados de enfermagem são esperados pela administração; A gestão de cuidados promove a continuidade dos mesmos... o mesmo Enf. ^o cuida sempre que possível, do mesmo utente; Uma filosofia clara de cuidados de enfermagem que protege o ambiente de cuidados seguro; Um programa de garantia de qualidade ativa;	(f) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados) a) Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e ... coordenação de equipas multiprofissionais; f) Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
Trabalha com Enf. ^{os} que são clinicamente competentes; Um programa de melhoria de qualidade ativa; O Enf. ^o chefe ou coordenador consulta os Enf. ^{os} no que respeita a problemas e procedimentos diários.	(g) Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem) d) Coordenar funcionalmente grupo de Enf. ^{os} da equipa de enfermagem do serviço ou de equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;
O enf. Chefe apoia a equipa de enfermagem na sua tomada de decisões; Médicos e Enf. ^{os} têm boas relações de trabalho; O Enf. ^o diretor que é altamente visível e acessível; Muito trabalho de equipa entre médicos e Enf. ^{os}	(m) Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal)

Legenda: O que está entre parêntesis refere-se ao conteúdo funcional da anterior carreira de enfermagem – Dec.Lei 437/91 de 8 de novembro

Face ao exposto, parece-nos ainda mais relevante a importância dos resultados obtidos em relação ao papel do enfermeiro chefe enquanto gestor e líder.

Assim, explorando esta dimensão da gestão e liderança do enfermeiro chefe, e no sentido de valorizar a especificidade da liderança, que de acordo com Perra (2000) a liderança do enfermeiro chefe contribui para o sucesso da organização e para a qualidade dos resultados a atingir, optámos por analisar os itens da escala com as práticas de liderança exemplar de Kouzes & Posner (2009).

Realizámos, então, uma análise comparativa entre as dimensões da escala do ambiente de trabalho da prática de enfermagem e as dimensões das práticas de liderança exemplar (Kouzes & Posner, 2009). Da análise, consideramos que todos os itens do construto gestão e liderança do enfermeiro chefe estão presentes, bem como todos os outros construtos, apesar de não estarem presentes todos os itens (Quadro 4). Assim, dos construtos relação enfermeiro médico e fundamentos de enfermagem, baseados na qualidade dos cuidados, salientam-se três itens para cada um, adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados contribuem com 2 itens e, por fim, um item do construto participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital. Face ao referido, evidenciam-se os construtos gestão e liderança do enfermeiro chefe, fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados e relação enfermeiro médico como os que mais se enquadram no que Kouzes & Posner (2009) referem de práticas de liderança exemplar, tal como podemos ver no quadro que a seguir se apresenta.

De referir, que as dimensões aqui evidenciadas foram avaliadas positivamente pelos enfermeiros, pelo que nos parece que a relação entre os itens e a valorização de práticas exemplares de liderança é positiva.

constituídos por vários fatores, entre os quais a liderança. Também Boyle (2004) avalia a liderança com a subescala Nursing Work Index Revised (NWI-R) que emergiu do NWI tal como o PESNWI).

As duas dimensões menos valorizadas pelos enfermeiros foram: participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados. As análises realizadas não permitiram identificar claramente o motivo do posicionamento dos enfermeiros face a estes resultados.

Para Lake (2002), estas são as duas dimensões que ele considera não específicas do ambiente de trabalho da prática de enfermagem, mas mais gerais. Efetivamente, estas duas dimensões, como podemos ver na validação das escalas, contemplam aspetos da progressão e ascensão na carreira, oportunidades de formação, enfermeiros como um elemento ativo na organização participando nas decisões políticas, serem ouvidos e entendidos pela administração, bem como serem em número suficiente. Como sabemos estes aspetos, não são de resolução fácil e direta dos enfermeiros chefes ou diretores, dependem de outros intervenientes ou mesmo de disposições legais.

Reforçando a importância da dimensão da participação dos enfermeiros, Gabriel *et al.*, (2013) refere que este construto é particularmente útil pois permite identificar o grau de satisfação dos enfermeiros no que diz respeito à sua exaustão emocional e sentimento de abandono do serviço/organização, já que tem implícitos a inexistência de oportunidades de subida na carreira e um sentimento negativo de bem-estar na organização/serviços.

7.2. Centralidade dos cuidados

Por meio da avaliação das propriedades psicométricas da escala centralidade dos cuidados, apresentada no capítulo anterior, identificámos as dimensões: responder às necessidades dos clientes, atender às preferências dos clientes, realizar educação para a saúde e proporcionar informação de saúde.

Através da estatística descritiva, que apresentámos aquando da validação desta escala, aplicada a enfermeiros e a clientes, verificamos que os enfermeiros avaliam a sua prestação, quanto à centralidade dos cuidados, a um nível moderado-alto ($M=78.99\pm 11.40$; Mín.=.44; Máx.=105; $N=228$) e os clientes consideram a prestação de cuidados, quanto à sua centralidade a um nível ligeiramente inferior ($M=76.64\pm 21.39$; Min.=11; Máx.=105).

Especificamente, verificamos que os enfermeiros consideram que dão uma resposta aceitável, quanto à centralidade dos cuidados na pessoa (valores de média entre 3.63 e 3.91), salientando-se de forma mais positiva a prestação de cuidados, de acordo com as preferências dos clientes. Quanto aos clientes, constata-se que há uma maior divergência de percepção, com dimensões ao nível de zero, revelando não satisfação para algumas dimensões da centralidade dos cuidados exceto na satisfação das necessidades.

Após esta “síntese” dos resultados da validação da escala da centralidade dos cuidados, passamos a analisar os resultados das variáveis estruturais face às dimensões da centralidade dos cuidados, primeiramente em relação aos enfermeiros e depois os clientes.

Apresentamos de seguida, na tabela 28 os resultados da análise das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros em relação às dimensões da centralidade dos cuidados.

Em média, verifica-se que as enfermeiras apresentam valores superiores em todas as dimensões e apreciam de forma significativa as seguintes: responder às necessidades dos clientes ($t=2.66; p\leq.008$), prestar cuidados de acordo com as preferências dos clientes ($t= 2.15; p\leq.04$) e realizar educação para a saúde ($t= 2.54; p\leq.01$).

A variável idade dos enfermeiros apresenta valores de média semelhantes nas diferentes dimensões, contudo são os mais jovens que, significativamente, atribuem menor valorização à educação para a saúde ($t=-2.24; p\leq.03$).

Os enfermeiros não se diferenciam na percepção das dimensões segundo o nível de escolaridade, observando-se valores de média muito próximos.

Enfermeiros com mais de 7 anos de experiência profissional têm, em média, uma melhor percepção da prestação de cuidados face às várias dimensões, exceto na dimensão atender às preferências, no entanto, e enquanto resultado significativo, são os enfermeiros com mais experiência que mais valorizam a dimensão da educação para a saúde ($t=-2.124; p\leq.04$). Estes resultados consubstanciam o referido por autores, como Benner (2001) e Serrano, Costa e Costa (2011). Segundo Benner (2001), o enfermeiro perito apresenta um domínio intuitivo da situação de prestação de cuidados, capaz de identificar problemas, estabelecendo prioridades sem descurar outros diagnósticos e soluções alternativas, verificando-se uma mudança qualitativa no sentido da individualização dos cuidados. Para Serrano *et al.* (2011) os “saberes” decorrem do conhecimento na ação e resultam de uma integração subjetiva e dinâmica da experiência, por meio da integração de esquemas, pela transformação de conhecimento e por um agir contextualizado.

Quanto à categoria profissional, verifica-se que são os enfermeiros graduados que apresentam uma melhor percepção das dimensões, exceto a relativa a informação de saúde, sendo esta mais valorizada pelo enfermeiro chefe. Significativamente são os enfermeiros graduados que consideram dar melhor resposta às necessidades do cliente ($F=2.60; p \leq .05$), comparativamente com os enfermeiros (teste Post-hoc).

Os enfermeiros coordenadores da unidade/serviço são os que percecionam de forma mais positiva as várias dimensões, à exceção da informação de saúde que, à semelhança da categoria profissional, é mais valorizada pelos chefes de serviço. Significativamente a diferença surge na dimensão da educação para a saúde ($F= 2.97; p \leq .03$) e comparativamente com os enfermeiros prestadores de cuidados e chefes de equipa (teste Post-hoc).

Quanto à relação jurídica de emprego os enfermeiros com contrato de trabalho individual apresentam, em média, uma melhor percepção das dimensões da centralidade dos cuidados, não havendo, no entanto, diferenças significativas em relação aos enfermeiros com contrato em funções públicas.

Os enfermeiros que recorrem ao método de trabalho de referência são os que apresentam valores de média mais elevados em três das quatro dimensões e, pelo contrário, com o método funcional, os enfermeiros apresentam menores valores, também em três dimensões. Significativamente, as diferenças surgem nas dimensões atender às preferências ($F=3.40; p \leq .02$) e realizar educação para a saúde ($F=5.48; p \leq .001$), verificando-se que são os enfermeiros que utilizam o método funcional aqueles que menor percepção têm da satisfação das preferências do cliente, comparativamente com os outros métodos (teste Post-hoc) e em relação à educação para a saúde são os enfermeiros que utilizam o método de referência que mais valorizam esta dimensão, comparativamente com os que utilizam o método individual (teste Post-hoc).

Quanto ao contexto de trabalho, os enfermeiros do CHSU, atribuem uma maior valorização às dimensões, exceto no atender às preferências do cliente, porém, significativamente, a diferença verifica-se quanto à realização de educação para a saúde ($t=3.65; p \leq .000$).

Ainda em relação aos contextos de trabalho e, concretamente, aos serviços de internamento, constata-se que em média os enfermeiros que trabalham em serviços de ortopedia e “outros serviços” (especialidades médicas, cardiologia, urologia, nefrologia) são os que apresentam valores mais elevados da avaliação que fazem das dimensões. Porém, as diferenças são significativas apenas para a dimensão da educação para a saúde ($F=5.67; p \leq .001$), observando-se que são os enfermeiros dos serviços de medicina que avaliam de forma mais negativa esta dimensão, comparativamente com os enfermeiros dos serviços de cirurgia e “outros serviços” (teste Post-hoc).

Tabela 28 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais dos enfermeiros face às dimensões da centralidade dos cuidados

Construtos	Responder às necessidades		Atender às preferências		Educação para a saúde		Informação de saúde	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Género								
Feminino	18.36	3.06	19.80	2.81	26.26	4.41	15.24	2.65
Masculino	16.82	3.47	18.00	4.67	24.06	5.99	14.97	3.44
Idade								
[22-31]	18.03	3.23	19.80	2.83	25.34	4.83	15.11	2.92
>31	18.29	3.06	19.21	3.59	26.73	4.48	15.33	2.57
Escolaridade								
Licenciatura	18.24	3.21	19.57	3.29	25.97	4.61	15.22	2.81
Pós-graduação	17.52	3.02	19.74	2.68	25.97	4.22	15.17	2.62
Mestrado/CPLÉE	18.22	2.99	19.19	3.13	25.81	5.97	15.15	2.76
Anos experiência								
[1-7]	17.90	3.26	19.86	3.03	25.35	5.05	15.09	3.09
>7	18.45	3.01	19.17	3.35	26.67	4.20	15.35	2.33
Categoria profissional								
Enfermeiro	17.85	3.13	19.58	3.30	25.56	4.97	15.14	2.89
Enfermeiro graduado	19.00	2.99	19.72	2.99	27.07	4.25	15.36	2.58
Enfermeiro especialista	18.44	2.39	17.78	2.39	25.44	2.70	14.89	2.03
Enfermeiro chefe	15.67	4.16	19.67	4.16	26.67	2.31	17.33	1.15
Área de ação/posto de trabalho								
Prestador de cuidados	18.11	3.20	19.53	3.23	26.05	4.48	15.24	2.73
Chefe de equipa	17.92	3.20	19.38	3.59	22.62	7.19	14.31	3.40
Coordenador da unidade	19.58	2.11	20.08	2.50	27.92	5.05	15.42	3.06
Chefe do serviço	15.67	2.52	19.67	4.16	26.67	2.31	17.33	1.15
Relação jurídica de emprego								
Contrato de trabalho em funções públicas	17.90	3.17	19.33	3.52	25.60	4.48	15.19	2.65
Contrato individual de trabalho	18.39	3.16	19.77	2.82	26.33	5.01	15.24	2.94
Método de organização de trabalho em enfermagem								
Funcional	15.00	3.37	15.00	4.32	22.75	4.79	13.50	1.29
Individual	18.06	3.26	20.01	3.58	25.30	5.37	15.41	2.98
Referência/Responsável	18.56	2.96	19.35	2.83	27.04	3.85	15.35	2.40
Equipa	17.40	3.01	19.52	3.25	17.44	4.66	14.00	3.71
Centro Hospitalar								
CHU	17.88	3.11	19.94	3.47	24.45	5.46	15.02	3.31
CHSU	18.31	3.18	19.28	2.99	26.88	3.94	15.32	2.37
Serviços de internamento								
Medicina	17.61	3.15	19.66	3.51	24.07	4.82	14.63	3.17
Cirurgia	17.85	3.32	19.20	3.13	26.77	4.52	15.17	2.36
Ortopedia	18.47	2.64	20.00	2.79	26.03	5.35	16.07	3.19
Outros	18.89	3.11	19.59	3.12	27.00	3.98	15.47	2.41

Em relação aos clientes, e à semelhança dos enfermeiros, procedemos à análise das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face às dimensões da centralidade dos cuidados. Assim, e tal como podemos observar na tabela 29, passamos a descrever os resultados obtidos.

Os clientes do género masculino, em média, apresentam uma melhor perceção das várias dimensões, exceto a relativa a atender as preferências, contudo não são significativas as diferenças de média.

Os clientes com idade entre os 31 e 60 anos são os que melhor apreciam as dimensões da centralidade dos cuidados, contudo as diferenças não são significativas.

Quanto ao nível de escolaridade, verifica-se que os clientes com nível de escolaridade mais elevado revelam menores valores de média em todas as dimensões. As diferenças significativas verificam-se em relação às dimensões responder às necessidades ($F=3.64; p \leq .003$) e educação para a saúde ($F=2.25; p \leq .05$), constatando-se que os clientes com curso superior ou licenciatura atribuem menor valorização a estas duas dimensões da centralidade dos cuidados, comparativamente com os clientes do 2.º ou 3.º Ciclo (teste Post-hoc).

São os viúvos que menos valorizam, em média, a prestação de cuidados face às dimensões da centralidade dos cuidados, mas estas diferenças não são significativas.

Atendendo a que apenas 50% dos clientes da amostra desenvolvem uma atividade profissional, optámos por transformar esta variável numa variável dicotómica, da qual excluímos os estudantes (6) e incluímos os desempregados (11) na população ativa⁷. Observando o valor das médias, verifica-se que são os clientes com ocupação profissional que mais valorizam os cuidados de enfermagem face às dimensões em análise, contudo as diferenças não são significativas.

Os clientes cujo internamento é no máximo de oito dias identificam de forma mais positiva as dimensões da centralidade dos cuidados. Contudo, não se verifica diferenças significativas relativamente aqueles que têm um internamento superior a oito dias. O mesmo se verifica, em termos de média, em relação às horas de cuidados de enfermagem. As diferenças significativas observam-se em função das HCNDTi para todas as dimensões da centralidade dos cuidados (responder às necessidades - $t=1.96; p \leq .05$; atender às preferências - $t=2.00; p \leq .05$; educação para a saúde - $t=2.27; p \leq .02$; informação de saúde - $t=2.07; p \leq .04$) e para as HCPTi na dimensão da educação para a saúde ($t=2.02; p \leq .05$).

⁷ “População ativa” corresponde ao conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos que, no período de referência, constituíam a mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico (inclui empregados e desempregados (INE, 2014)).

Relativamente ao contexto onde são prestados os cuidados observa-se que os clientes do CHSU valorizam significativamente de forma mais positiva a prestação de cuidados face ao atendimento das preferências ($t=2.37;p\leq.02$), educação para a saúde ($t=6.76;p\leq.000$) e informação de saúde ($t=3.84;p\leq.000$).

A variável serviços de internamento apresenta um comportamento diferente e significativo para as várias dimensões. Em relação à dimensão responder às necessidades ($F=3.40;p\leq.02$) verifica-se que os clientes internados no serviço de cirurgia valorizam significativamente mais esta dimensão, nomeadamente em relação aos clientes do serviço de ortopedia. Para a dimensão atender às preferências ($F=4.13;p\leq.007$) são também os clientes do serviço de cirurgia que significativamente se destacam pela positiva em relação aos da ortopedia e medicina. Em relação à educação para a saúde ($F=12.17;p\leq.000$) as diferenças são significativas entre os serviços, atribuindo os clientes de outros serviços maior valor de média. Quanto à última dimensão, informação de saúde ($F=2.98;p\leq.03$) verifica-se que significativamente o valor médio mais elevado é também de outros serviços, nomeadamente em relação à medicina.

Tabela 29 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face às dimensões da centralidade dos cuidados

Construtos	Responder às necessidades		Atender às preferências		Educação para a saúde		Informação de saúde	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Género								
Feminino	21.74	3.54	19.10	5.81	21.12	10.74	14.68	4.81
Masculino	21.84	3.51	18.20	6.33	21.91	10.98	14.81	5.10
Idade								
[20-30]	21.52	2.84	18.82	5.51	19.05	13.41	15.14	3.97
[31-60]	21.75	3.59	19.37	5.57	23.18	10.55	15.30	4.52
>60	21.73	3.55	17.99	6.41	20.35	10.57	14.08	5.39
Escolaridade								
Sabe ler e escrever	22.50	3.15	18.92	5.83	22.00	10.31	14.00	4.55
1.º Ciclo	21.82	3.47	18.81	5.90	22.45	10.45	14.89	4.97
2.º Ciclo	23.52	2.08	19.38	6.35	24.85	10.85	16.59	3.91
3.º Ciclo	22.60	3.43	20.22	4.83	23.12	10.90	15.68	4.34
Ensino secundário	21.27	3.60	16.92	7.25	20.16	11.39	13.31	6.07
C. superior/Licenciatura	20.44	3.89	17.74	6.18	17.63	10.47	13.80	4.83
Estado civil								
Solteiro/a	21.78	3.65	19.15	5.24	21.95	11.77	15.20	4.17
Casado/a	21.99	3.32	18.74	6.39	22.46	10.31	14.91	4.93
União de facto	22.47	2.74	21.25	4.19	22.19	12.69	16.65	2.96
Divorciado/a	21.59	4.58	18.30	6.71	22.90	11.82	14.96	5.67
Viúvo/a	21.41	3.38	17.33	5.97	18.14	10.05	13.16	5.60
Situação profissional								
Ativo	21.81	3.69	18.80	6.54	22.66	11.02	15.13	14.19
Aposentado	21.77	3.32	18.24	5.46	20.09	10.11	14.19	4.76
Dias de internamento								
[1-8]	22.07	3.40	19.11	6.21	21.70	11.11	15.00	5.11
>8	21.48	3.64	18.04	5.93	21.45	10.61	14.44	4.74
HCNDx (média por dia e por doente)								
≤4.17	22.25	3.10	19.34	5.96	22.05	10.88	15.12	4.90
>4.17	21.37	3.83	17.96	6.18	21.14	10.88	14.40	4.99
HCNDti (total serviço dias de internamento)								
≤980.5	22.22	3.02	19.39	6.06	23.11	10.94	15.37	4.87
>980.5	21.40	3.90	17.91	6.07	20.10	10.64	14.14	4.97
HCPDti (total serviço dias de internamento)								
≤670.25	22.10	3.06	19.07	6.04	22.94	10.81	15.31	4.89
>670.25	21.51	3.89	18.23	6.15	20.27	10.80	14.21	4.96
Centro hospitalar								
CHU	21.34	3.98	17.65	6.23	16.89	9.41	13.46	4.70
CHSU	22.14	3.10	19.41	5.90	25.29	10.82	15.70	4.93
Serviços de internamento								
Medicinas	21.44	3.98	17.41	6.17	15.74	10.26	13.60	4.68
Cirurgias	22.44	2.97	19.95	5.38	23.91	10.15	15.28	4.93
Ortopedias	20.56	3.85	16.95	7.13	22.74	10.17	14.23	5.23
Outros	22.23	3.14	19.64	5.66	24.83	10.37	15.75	4.89

Atendendo a que a prestação de cuidados, segundo os serviços de internamento, é percecionada de forma diferente nas várias dimensões PCC comparamos as diferenças entre os grupos segundo os dias de internamento (internamento superior ou igual a 10 dias - medicina, especialidades médicas e nefrologia e internamento <10 dias - cirurgia, ortopedia, urologia/otorrino e cardiologia). Verificamos que nos serviços onde a média de internamento é superior, os clientes têm uma percepção menos positiva da prestação de cuidados, no que diz respeito à centralidade dos cuidados, nomeadamente no atendimento das suas preferências ($t=2.32;p\leq.02$), bem como em ações de educação para a saúde ($t=5.65;p\leq.000$) e informação de saúde ($t=2.04;p\leq.04$).

Perante os resultados obtidos para as dimensões da centralidade dos cuidados dos enfermeiros e dos clientes, verificam-se diferentes percepções, quer a nível geral (score PCC), quer específico.

Assim, para melhor compreendermos estes resultados elaborámos a tabela 30 que permite comparar os valores obtidos por dimensão resultantes dos enfermeiros e dos clientes

Tabela 30- Estatística descritiva das dimensões da centralidade dos cuidados segundo os enfermeiros e os clientes

	Responder às necessidades		Atender às preferências		Educação para a saúde		Informação de saúde	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Enfermeiros	18.15	3.16	19.54	3.19	25.95	4.72	15.21	2.77
Clientes	21.81	3.51	18.64	6.10	21.59	10.87	14.76	4.95

Ao compararmos os valores de média obtidos nas dimensões, verifica-se maior homogeneidade nas respostas dos enfermeiros e, pelo contrário em relação aos clientes uma grande dispersão nomeadamente na dimensão da educação para a saúde. Verifica-se, igualmente, que os clientes têm uma percepção mais baixa da centralidade dos cuidados do que os enfermeiros, com exceção da dimensão responder às necessidades.

Semelhantes resultados foram obtidos por Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008) e Poochikian-Sarkissian *et al.* (2010). No estudo realizado por Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008) os questionários foram aplicados aos clientes uma semana após a saída do hospital, tendo os autores concluído que os resultados da centralidade dos cuidados são uma informação útil tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, pois permite identificar os aspetos menos positivos da prestação de cuidados e melhorá-los. Perante estes resultados os autores questionam a identificação das expectativas dos clientes.

Suhonen *et al.* (2011), por meio de um estudo de âmbito internacional, compararam as percepções dos enfermeiros e dos clientes sobre a individualização dos cuidados de enfermagem e verificaram que ambos, enfermeiros e clientes, avaliam de uma forma positiva a individualização dos cuidados, contudo os enfermeiros percebem de uma forma mais elevada.

Pelo exposto, parece-nos, então, que os enfermeiros apresentam uma melhor percepção da centralidade dos cuidados que prestam, face aquela que é percebida pelos clientes, obtendo-se uma divergência de percepção da centralidade dos cuidados entre enfermeiros e clientes, podendo esta constituir-se como uma área de intervenção privilegiada para a enfermagem

7.2.1. Teste de hipóteses

Mantendo a sequência anterior apresentamos, primeiramente, as hipóteses relativas aos enfermeiros e depois aos clientes.

Enfermeiros

Considerando os resultados de estatística descritiva e inferencial das variáveis estruturais nas dimensões da centralidade dos cuidados formulámos duas hipóteses que passamos a analisar.

Hipótese 4 – O género, a idade e a formação dos enfermeiros comprometem a percepção das necessidades e preferências dos clientes, bem como a educação para a saúde.

O teste de hipóteses foi realizado com recurso à análise multivariada Manova (3 x 3) entre as dimensões da centralidade de cuidados (responder às necessidades, atender às preferências e educação para a saúde) com as variáveis género, idade e formação dos enfermeiros (sem formação PG e com formação PG).

Perante a análise realizada obtivemos diferenças significativas para as dimensões em causa, tal como se pode observar na tabela 31.

Tabela 31 - Resultados da variância multivariada face às dimensões responder às necessidades, atender às preferências e educação para a saúde - enfermeiros.

Variáveis sociodemográficas - enfermeiros	Teste Wilks' Lambda	F	p	Potência
				%
Género	.99	4.36	.01	79
Idade	.95	4.41	.005	87
Idade x Formação PG	.94	4.36	.005	87
Idade x Formação PG x Género	.93	5.99	.001	96

Nota: O teste Wilks' Lambda é o recomendado quando os valores de todos os testes multivariados são iguais (Pestana & Gageiro, 2008). Apesar dos testes M de Box ($p=.02$) e de Levene ($p=.008$) colocarem em causa a igualdade de covariâncias e variâncias, apresentamos os resultados, dado que as variáveis em causa são dicotómicas, nominais ou ordinais. Contudo, os resultados devem ser acautelados nomeadamente em relação à variável género, atendendo ao número de enfermeiros do género masculino que integram a amostra.

Concretamente, e tal como se pode observar na tabela 32 e 33, verifica-se que o género tem um efeito significativo nas dimensões da centralidade dos cuidados (responder às necessidades, atender às preferências e educação para a saúde) e, comparando os valores de média, verificamos que são superiores à média total, revelando que são os enfermeiros do género feminino que melhor percecionam estas dimensões.

A idade produz um efeito principal (tabela 32) na dimensão educação para a saúde e, de acordo com o valor de média, constata-se que os enfermeiros mais jovens ($M=25.40$) se situam abaixo da média total (26.01) e os com idade superior a 31 anos ($M= 26.79$) se posicionam de forma mais positiva (tabela 32).

A idade e a formação pós-graduada dos enfermeiros (tabela 32) influenciam quer a dimensão das preferências do cliente quer a educação para a saúde e de forma semelhante. Verifica-se, assim, que os enfermeiros mais jovens e sem formação, bem como os enfermeiros com idade superior a 31 anos e com formação pós graduada situam-se acima da média em ambas as dimensões, tal como se pode observar na tabela 33.

Tabela 32 - Efeitos significativos das variáveis sociodemográficas sobre as dimensões da centralidade dos cuidados - enfermeiros

Variáveis estruturais- enfermeiros	Dimensões centralidade cuidados	F	p
Gênero	Responder necessidades	5.71	.02
	Atender preferências	8.99	.003
	Educação para a saúde	7.18	.008
Idade	Educação para a saúde	7.88	.005
Idade x Formação PG	Atender preferências	4.64	.03
	Educação para a saúde	6.39	.01
Idade x Formação PG x Gênero	Atender preferências	6.26	.01
	Educação para a saúde	9.03	.003

O segundo efeito de interação obtido entre a idade, formação e gênero para as dimensões atender as preferências e educação para a saúde, mostra-nos que as enfermeiras mais jovens apresentam um resultado que se pode dizer coerente com a relevância da formação, dado apresentarem valores de média mais elevados, tal como se pode verificar na tabela 33. Em relação aos enfermeiros, os que têm mais de 31 anos e com formação PG distinguem-se pela positiva relativamente aos que não têm formação PG.

Tabela 33 -Resultados da análise descritiva das dimensões da centralidade dos cuidados, segundo a idade, formação e género dos enfermeiros.

	Idade	Formação PG	Género	Média	DP	N	
Responder às necessidades	Total		feminino	18.41	3.048	194	
			masculino	16.88	3.51	33	
			Total	18.19	3.16	227	
	[22-31] anos	sem formação		feminino	19.97	2.65	86
				masculino	19.12	3.84	17
				Total	19.83	2.87	103
		com formação		feminino	20.20	2.19	20
				masculino	16.50	3.79	4
				Total	19.58	2.80	24
Total			feminino	20.01	2.56	106	
			masculino	18.62	3.88	21	
			Total	19.78	2.85	127	
>31 anos		sem formação		feminino	19.60	3.18	62
				masculino	15.63	6.37	8
				Total	19.14	3.83	70
	com formação		feminino	19.35	2.91	26	
			masculino	19.50	4.20	4	
			Total	19.37	3.02	30	
	Total		feminino	19.52	3.09	88	
			masculino	16.92	5.85	12	
			Total	19.21	3.59	100	
	Total	sem formação		feminino	19.81	2.88	148
				masculino	18.00	4.94	25
				Total	19.55	3.30	173
com formação			feminino	19.72	2.63	46	
			masculino	18.00	4.03	8	
			Total	19.46	2.89	54	
Total			feminino	19.79	2.8	194	
			masculino	18.00	4.67	33	
			Total	19.53	3.20	227	
Atender às preferências		[22-31] anos	sem formação	feminino	25.69	4.50	86
				masculino	24.59	4.85	17
				Total	25.50	4.55	103
	com formação		feminino	26.30	3.71	20	
			masculino	18.00	10.89	4	
			Total	24.92	6.07	24	
	Total		feminino	25.81	4.35	106	
			masculino	23.33	6.60	21	
			Total	25.40	4.85	127	
	>31 anos	sem formação		feminino	27.10	4.58	62
				masculino	23.75	4.71	8
				Total	26.71	4.67	70
		com formação		feminino	26.73	3.90	26
				masculino	28.50	4.72	4
				Total	26.97	3.98	30
	Total		feminino	26.99	4.37	88	
			masculino	25.33	5.06	12	
			Total	26.79	4.46	100	
Total	sem formação		feminino	26.28	4.57	148	
			masculino	24.32	4.72	25	
			Total	25.90	4.63	173	
	com formação		feminino	26.54	3.79	46	
			masculino	23.25	9.59	8	
			Total	26.06	5.07	54	
Total		feminino	26.34	4.39	194		
		masculino	24.06	6.09	33		
		Total	26.01	4.72	227		

Concluindo, verifica-se que o género “faz a diferença” relativamente às dimensões. As enfermeiras têm uma melhor perceção da centralidade dos cuidados; quanto à idade os enfermeiros com mais de 31 anos percebem mais positivamente a dimensão da educação para a saúde. Verifica-se igualmente que são os enfermeiros com mais de 31 anos e com formação PG que apresentam valores de média superiores e significativos para a dimensão educação para a saúde e os mais jovens sem formação PG percebem melhor a dimensão das preferências dos clientes. No entanto, para a dimensão responder às necessidades, para além do género, não se obtiveram outros efeitos ou outras interações significativas, pelo que se infirma a hipótese.

A variável género, idade e formação tem apresentado diferentes comportamentos na literatura em enfermagem.

Um estudo de Suhoen *et al.* (2011) realizado também em Portugal, entre outros países, sobre a influência das variáveis sociodemográficas na avaliação pelos enfermeiros sobre a individualização dos cuidados não encontraram diferenças significativas em função do género, nem idade, mas em função do nível de escolaridade: melhor nível de escolaridade, melhor avaliação da individualização dos cuidados, contudo para o nível de mestrado, essa diferença já não foi observada.

Lee, Chen & Yang (2010, citado por Idvall *et al.*, 2012) observaram que os comportamentos de cuidar são diferentes entre o género e suportaram estas diferenças num estudo desenvolvido por Ekstrom (1999, citado por Idvall *et al.*, 2012) que refere que as expectativas de comportamento para os enfermeiros são, significativamente, mais baixas do que para as enfermeiras.

Em função da idade os resultados são ainda mais controversos. Chappell *et al.* (2007, citado por Idvall *et al.*, 2012) refere que os enfermeiros mais jovens têm mais espontaneidade em comunicar quer com a equipa quer com os clientes e por isso mais facilidade em avaliar a individualização de cuidados e melhor adequar a sua resposta. Duclos *et al.*, (2008, citado por Idvall *et al.*, 2012), por outro lado refere que os enfermeiros com mais idade dão uma informação de maior qualidade.

Hipótese 5 - A centralidade dos cuidados está relacionada com o ambiente de trabalho da prática de enfermagem.

Para a análise da associação entre os construtos do ambiente de trabalho da prática de enfermagem e as dimensões da centralidade dos cuidados percebidas pelos enfermeiros, procedemos ao estudo das correlações de Pearson cuja matriz apresentamos na tabela 34.

Tabela 34 - Resultados dos coeficientes de correlação entre os construtos do ambiente de trabalho da prática de enfermagem e as dimensões da centralidade dos cuidados

		Gestor e líder	Adequados recursos	Relação enfermeiro médico	Participa assuntos hospital	Fundamentos qualidade	Score do ambiente trabalho
Responder às necessidades	r	-.04	.02	.04	.03	.04	.02
	N	233	233	233	233	233	233
Atender às preferências	r	.14*	.06	.12*	.05	.07	.11*
	N	229	229	229	229	229	229
Educação para a saúde	r	-.08	.03	-.01	.05	.04	.01
	N	232	232	232	232	232	232
Informação de saúde	r	-.05	-.03	-.05	.01	.03	-.03
	N	233	233	233	233	233	233
Centralidade dos cuidados (score)	r	-.04	.03	.02	.05	.06	.03
	N	228	228	228	228	228	228

*p≤.05

Os resultados obtidos permitem-nos dizer, e tal como podemos observar na tabela 34 que, no geral, não existe relação entre os construtos do ambiente de trabalho da prática de enfermagem e a centralidade dos cuidados à exceção das observadas entre as dimensões atender às preferências e três dos construtos do ambiente de trabalho: o ambiente de trabalho “no seu todo”, enquanto score; gestão e liderança do enfermeiro chefe e relação enfermeiro médico. As três relações significativas que se observam são positivas, indicando que quanto melhor é a percepção do ambiente de trabalho da prática de enfermagem, bem como a percepção do enfermeiro chefe enquanto gestor e líder e a relação enfermeiro médico, melhor é o atendimento dos enfermeiros face às preferências dos clientes. Contudo, estas relações, apesar de significativas são fracas, dado que o coeficiente de correlação de Pearson, que varia entre [0 e 1] em módulo, apresenta valores próximos de .1 e portanto inferior a .19, o que é considerado muito fraco (Bryman & Cramer, 2011).

Concluimos, assim, que esta hipótese foi infirmada, ou seja, a centralidade dos cuidados não está relacionada com o ambiente de trabalho da prática de enfermagem.

Estes resultados leva-nos a refletir em dois aspetos:

Os enfermeiros prestam cuidados segundo critérios de qualidade e, por conseguinte, atendem aos aspetos da centralidade dos cuidados, minimizando possíveis efeitos adversos que possam existir no ambiente de trabalho, como a adequação de recursos humanos e a não participação e envolvimento ativo enquanto elementos da organização hospitalar e/ou outros.

Poderão existir outras variáveis que não as exploradas neste estudo e que, porventura, poderão explicar a centralidade dos cuidados.

Clientes

Tendo por base os resultados obtidos na análise da estatística descritiva e paralelamente, a estatística inferencial das variáveis estruturais relativas aos clientes, e às dimensões da centralidade dos cuidados e, nomeadamente, da problemática do estudo, definimos as hipóteses que apresentamos de seguida relativas à centralidade dos cuidados na perspetiva dos clientes.

Hipótese 6 - A idade, a escolaridade dos clientes e o número de horas de cuidados de enfermagem necessários para o cliente durante o internamento influenciam a perceção do cliente sobre a centralidade dos cuidados.

O teste de hipóteses foi realizado através da análise multivariada Manova (3 x 3) entre as dimensões da centralidade de cuidados (responder as necessidades, atender às preferências e educação para a saúde) com as variáveis estruturais relativas aos clientes, idade, nível de escolaridade e horas de cuidados necessárias para o total do internamento por cliente.

Da análise realizada, obtivemos diferenças significativas, tal como se pode observar na tabela 35, verificando-se dois efeitos principais, idade e escolaridade dos clientes e um efeito de interação entre HCNDti e idade sobre as dimensões referidas.

Tabela 35 - Resultados da variância multivariada face às dimensões responder às necessidades, atender às preferências e educação para a saúde - clientes.

Variáveis estruturais	Teste Roy's Largest Root	F	P	Potência
				%
Idade	.05	3.93	.009	83
Escolaridade	.08	3.35	.006	90
HCNDti x Idade	.04	2.92	.04	69

Nota: Optamos pelo maior caminho de Roy dado o valor da potência (Pestana & Gageiro, 2008).

Apesar dos teste M de Box ($p=.01$) e de Levene ($p=.29$) colocar em causa a igualdade de covariâncias apresentamos os resultados dado verificar-se o teorema do limite central, atendendo ao tamanho da amostra ($N > 30$)

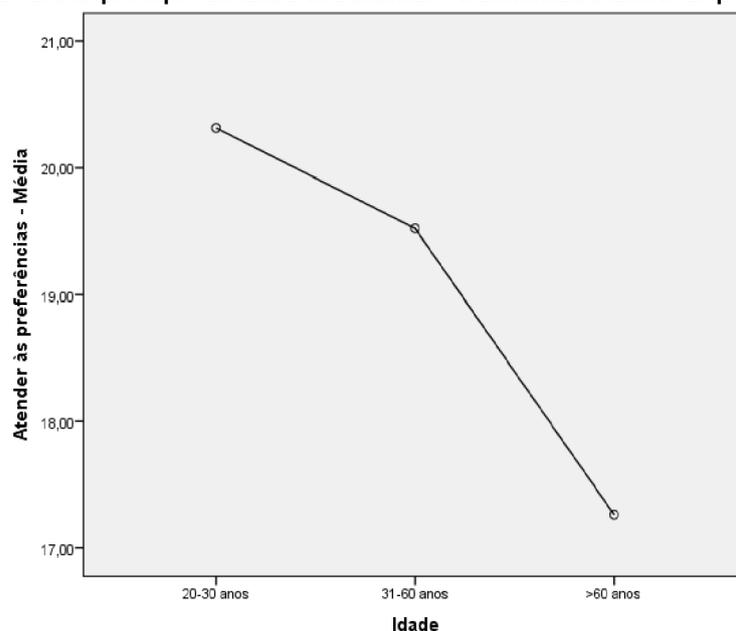
Concretamente e tal como se pode observar na tabela 36 verifica-se que a idade dos clientes influencia a perceção da prestação de cuidados segundo as preferências dos clientes e a educação para a saúde desenvolvida pelos enfermeiros, constatando-se no gráfico 11 que os clientes com mais de sessenta anos ($M=17.76$) são os que atribuem um valor inferior à média geral (18.56), no

que diz respeito ao atender às preferências. Em relação à dimensão da educação para a saúde são os clientes entre os trinta e um e sessenta anos que se destacam positivamente (M=23.29) face à média geral (21.49) (gráfico 12).

Tabela 36 - Efeitos significativos das variáveis sociodemográficas sobre as dimensões da centralidade dos cuidados - clientes

Variáveis estruturais - clientes	Dimensões centralidade cuidados	F	p
Idade	Atender preferências	4.16	.02
	Educação para a saúde	3.4	.04
Escolaridade	Educação para a saúde	2.56	.03
HCNDti x Idade	Educação para a saúde	3.81	.02

Gráfico 11 - Efeito principal da idade dos clientes na dimensão atender às preferências



O efeito principal da escolaridade surge apenas com a dimensão da educação para a saúde, verificando-se que os clientes que possuem o curso superior/licenciatura (M=17.36) ou ensino secundário (M=20.72) são os que percecionam de forma mais negativa esta dimensão, situando-se abaixo da média (M=21.49) (ver gráfico 13).

Gráfico 12 - Efeito principal da idade dos clientes na dimensão educação para a saúde

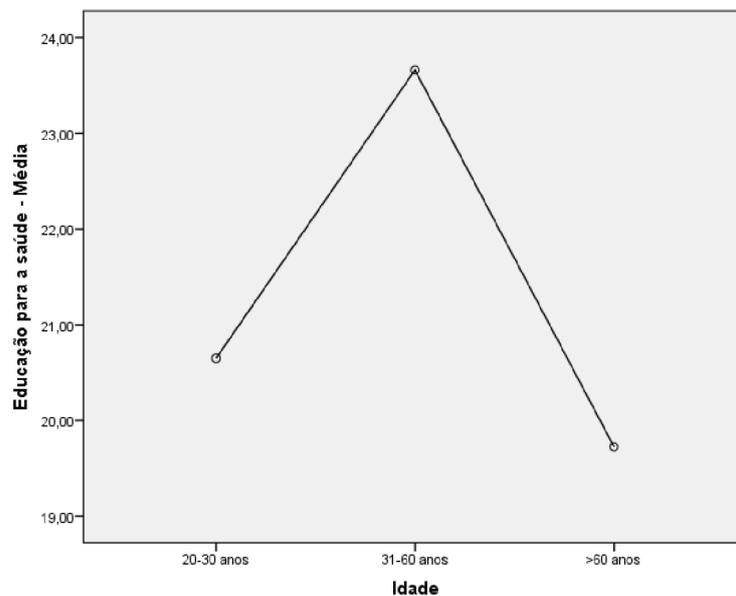
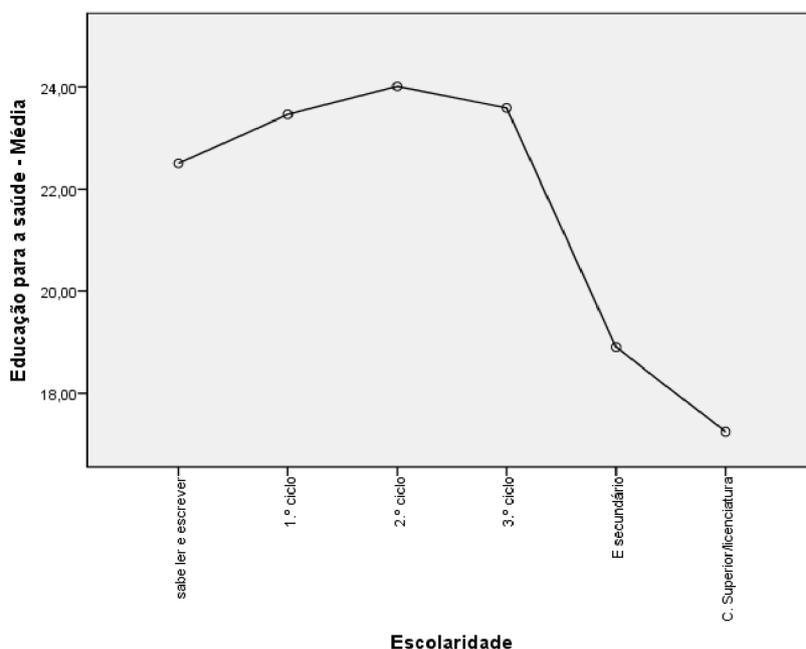


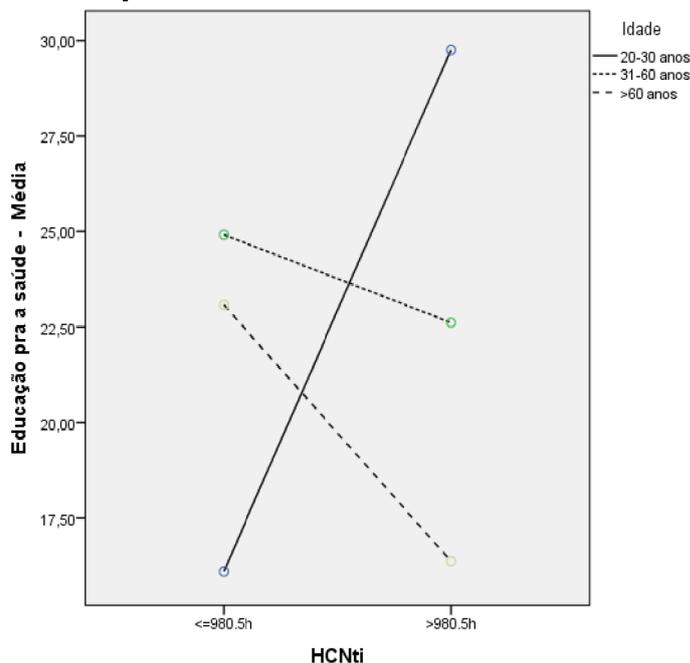
Gráfico 13 - Efeito principal da escolaridade dos clientes na dimensão educação para a saúde



O efeito de interação HCNDti e idade também se obteve apenas em relação à dimensão da educação para a saúde, observando-se que quando no internamento o cliente tem menos horas de cuidados (<980,5h.), os valores de média da referida dimensão são mais elevados do que quando tem mais horas de cuidados de enfermagem necessários para o total do internamento (>980,5h). Contudo, para o grupo etário dos 20 -30 anos verifica-se o contrário, ou seja, quando no

internamento o cliente tem mais horas de cuidados necessários os valores de média da percepção de educação para a saúde são mais elevados, tal como podemos observar no gráfico 14.

Gráfico 14 - Efeito de interação entre a idade dos clientes e HCNDti na dimensão educação para a saúde



Concluindo, a hipótese não se confirma, apesar de se encontrar relações em duas dimensões, atender às preferências e educação para a saúde, mas não se obteve diferenças significativas para a dimensão responder às necessidades dos clientes, pelo que se infirma a hipótese.

Face à centralidade dos cuidados não encontramos resultados que possam servir de referência relativamente às variáveis estruturais, como a idade, escolaridade, género ou outras.

Carlson *et al.* (2002) verificou que a idade apresenta uma relação inversa face aos cuidados prestados, concluindo no seu estudo que os clientes com mais idade avaliam os cuidados de forma mais elevada que os mais jovens. Outros autores, como Cleary *et al.*, (1999) e Haviland *et al.*, (2003, citados por Shoshanna & Firminger, 2005) também obtiveram resultados semelhantes sobre problemas relacionados com os cuidados e satisfação dos cuidados, revelando que são os mais jovens que reportam mais frequentemente problemas de saúde e menor satisfação.

Roohan *et al.* (2003, citado por Shoshanna & Firminger, 2005) vão ao encontro dos outros autores atrás referidos, dado que num estudo realizado com clientes entre diferentes grupos etários, dos 18 aos 64 anos, verificaram que no grupo etário entre os 55 e 64 anos os clientes avaliaram os cuidados prestados de forma mais positiva.

Neste estudo, e face à centralidade dos cuidados, os resultados significativos evidenciam que são os que têm mais idade que referem ter menor perceção do atendimento das preferências e de ações de educação para a saúde.

Em relação à influência da variável escolaridade encontramos resultados que, apesar de não estarem relacionados com a centralidade dos cuidados, são consonantes com outros já observados. Carlson *et al.* (2002) e Roohan *et al.* (2003, citado por Shoshanna & Firminger, 2005) também verificaram nos seus estudos que os clientes com nível mais elevado de escolaridade avaliam mais negativamente os cuidados prestados do que aqueles que têm um nível de escolaridade mais baixo, atribuindo estes resultados às diferenças de expectativas por parte dos clientes.

Em relação ao resultado obtido em função das horas de cuidados necessários no total do internamento e a idade (efeito de interação) verificamos que também McGillis (2005) refere que a produtividade, definida em termos de número de horas de cuidados, está relacionada com a idade dos clientes e com outras variáveis estruturais como o género, escolaridade, continuidade dos cuidados.

7.3.Resultados sensíveis em enfermagem

Depois de termos analisado a dimensão “Processo” do modelo de pesquisa do estudo, passamos agora à análise dos resultados, concretamente dos resultados sensíveis em enfermagem, que integra a análise dos resultados do autocuidado terapêutico, satisfação e estado funcional dos clientes.

À semelhança do que temos vindo a apresentar começamos com a análise das variáveis estruturais face aos resultados, seguindo-se o teste das hipóteses previamente definidas.

7.3.1.Autocuidado terapêutico

Dado que o estudo integra a pessoa centro dos cuidados, internada num serviço de cuidados agudos, pensamos que muito provavelmente a sua capacidade de tomar conta de si própria pode estar comprometida de acordo com a sua situação de saúde-doença, pelo que o desenvolvimento do autocuidado pode ser um resultado potencialmente sensível às intervenções de enfermagem (Sidani, 2003).

Na sequência dos resultados apresentados aquando da validação da escala do autocuidado terapêutico no capítulo anterior, identificámos duas dimensões, gerir medicamentos e sintomas e realizar atividades de vida. A primeira está relacionada com a capacidade da pessoa identificar sinais ou sintomas de doença e gerir medicamentos ou atividades no sentido de os controlar/minimizar. A segunda dimensão, realizar atividades de vida, envolve o conhecimento da pessoa no sentido do desenvolvimento das suas atividades de vida diárias.

Da análise da estatística descritiva das dimensões TSC identificadas, constatamos que os clientes têm em média uma perceção positiva dos cuidados de enfermagem prestados no que respeita ao autocuidado terapêutico ($M=47.98\pm 9.09$; Min.=15; Máx.=60), sendo os valores de média muito próximo em cada uma das dimensões: gerir medicamentos ou sintomas ($M=23.75\pm 5.34$; Min.=6; Máx.=30) e realizar atividades ($M=24.16\pm 4.87$; Min.=8; Máx.=30).

Para melhor compreendermos estes resultados, e também na sequência da análise da sensibilidade e validade convergente da escala TSC, apresentamos de seguida os resultados da análise das dimensões face às variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes (tabela 37).

Assim, tal como se pode observar na tabela 37, constata-se que, em média, os clientes do género feminino e masculino consideram que, de forma satisfatória, são capazes de gerir medicamentos ou sintomas e realizar atividades vida diária adequadas à sua condição de saúde.

Verifica-se, também que são os clientes mais jovens ($F=5.27$; $p\leq 0.006$) e de maior escolaridade ($F=4.91$; $p\leq 0.000$) que, significativamente, avaliam de forma mais positiva a dimensão gerir medicamentos e sintomas. Quanto à dimensão da realização das atividades diárias, são os clientes que possuem o 2.º ciclo ou curso superior que apresentam valores de média mais elevados ($F=3.88$; $p\leq 0.002$).

Em relação ao estado civil, verifica-se que são os viúvos que fazem uma avaliação mais fraca da dimensão gerir medicamentos e sintomas, bem como da dimensão realização de atividades diárias, sendo apenas significativo para a segunda dimensão ($F=3.08$; $p\leq 0.02$) e comparativamente com os solteiros e casados (teste Post-hoc).

No que diz respeito à situação profissional, observa-se que são os clientes que estão em situação profissional ativa ($t= 2.88$; $p\leq 0.004$) que melhor consideram compreender e serem capazes de gerir medicamentos e sintomas, segundo a condição de saúde. O mesmo acontece em relação à realização de atividades, mas neste caso a diferença não é significativa.

Quanto às variáveis situacionais, verifica-se que a um período de internamento inferior a 8 dias, os clientes consideram saber melhor gerir sintomas e medicamentos ($t=2.22;p\leq.03$), bem como, realizar atividades de vida diária atendendo à situação de saúde ($t=2.24;p\leq.02$).

Relativamente às horas de média de cuidados necessários por dia e por doente, verifica-se que para um menor número de horas de cuidados necessários por doente (≤ 4.17) é significativamente maior o valor de média observado, quer em relação à gestão de medicamentos e sintomas ($F=2.41;p\leq.02$), quer em relação à realização de atividades diárias ($F=3.32;p\leq.001$). Resultados semelhantes também se observam para as horas de cuidados necessários no total do internamento.

A variável horas de cuidados prestados apresenta um comportamento semelhante, contudo não são significativas as diferenças.

Na tabela 37, podemos observar, ainda, que os valores de média são diferentes consoante as Instituições Hospitalares, sendo que os clientes internados no CHSU consideram ser significativamente mais capazes de gerir medicamentos e sintomas ($t= 3.24;p\leq.001$) e realizar atividades de vida diária ($t=2.54;p\leq.01$) segundo a sua situação de saúde.

Quanto aos serviços de internamento observam-se diferenças significativas para as duas dimensões TSC. Verifica-se que, em média, os clientes internados em serviços de cirurgia destacam-se pela positiva em relação às medicinas e estas destacam-se pela negativa também em relação a outros serviços, relativamente à dimensão gerir medicamentos e sintomas ($F=7.44;p\leq.000$). Para a dimensão realizar atividades de vida diária ($F=9.23;p\leq.000$), além das diferenças referidas anteriormente, que com esta dimensão também se verificam, constata-se que os serviços de ortopedia destacam-se negativamente das cirurgias e “outros serviços”. Pensamos que este facto poderá estar relacionado com o motivo de internamento, por se tratar de serviços de ortopedia, onde muitos dos clientes apresentam dificuldades na mobilização e/ou funcionalidade.

Tabela 37 Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face às dimensões do autocuidado terapêutico

Construtos	Gerir medicamentos e sintomas		Realizar atividades de vida	
	M	DP	M	DP
Género				
Feminino	24.03	5.50	23.83	5.02
Masculino	23.53	5.23	24.41	4.73
Idade				
[20-30]	25.10	4.32	25.25	4.13
[31-60]	24.76	4.18	24.62	4.24
>60	22.72	6.12	23.56	5.37
Escolaridade				
Sabe ler e escrever	18.91	7.18	22.58	7.06
1.º Ciclo	22.67	5.71	22.74	5.45
2.º Ciclo	24.27	5.83	25.81	3.85
3.º Ciclo	24.05	4.68	24.68	4.42
Ensino secundário	24.23	4.17	24.97	4.39
C. superior/Licenciatura	26.02	4.31	25.51	3.38
Estado civil				
Solteiro/a	24.43	5.26	25.28	3.91
Casado/a	23.61	5.38	24.44	4.73
União de facto	26.56	3.65	25.88	3.16
Divorciado/a	24.39	4.48	24.00	4.30
Viúvo/a	22.36	5.94	22.18	6.05
Situação profissional				
Ativo	24.52	5.06	24.51	4.46
Aposentado	22.54	5.76	23.60	5.34
Dias de internamento				
[1-8]	24.39	4.80	24.75	4.63
>8	22.93	5.88	23.43	5.09
HCNDx				
≤4.17	24.51	4.38	25.12	4.01
>4.17	22.97	6.08	23.20	5.46
HCNDti				
≤980.5	24.34	4.61	24.80	4.51
>980.5	23.15	5.94	23.52	5.14
HCPDti				
≤670.25	24.34	4.63	24.70	4.49
>670.25	23.13	5.95	23.62	5.19
Centro hospitalar				
CHU	22.42	6.61	23.25	5,28
CHSU	24.67	4.01	24.79	4.48
Serviços de internamento				
Medicinas	21.58	6.51	22.89	5.44
Cirurgias	25.32	4.09	25.52	3,76
Ortopedias	23.98	5.50	21.95	5.56
Outros	24.31	4.23	25.41	4.01

Dos resultados obtidos das variáveis sociodemográficas verifica-se que apenas o género não apresenta diferenças significativas entre os clientes, face ao autocuidado terapêutico, enquanto que as variáveis situacionais revelam diferenças significativas.

7.3.2. Satisfação

A satisfação dos clientes é outro dos resultados sensíveis em enfermagem que pretendemos avaliar. Neste estudo foi operacionalizada através da aplicação da subescala específica de satisfação dos cuidados de enfermagem do “Patient Judgement of Hospital Quality Questionnaire” (Rubin *et al.*, 1990). Foram avaliadas as suas propriedades psicométricas, resultando uma unidimensionalidade, tal como se tem verificado com outros autores (Poochikian-Sarkissian *et al.*, 2008; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian *et al.*, 2010).

Da validação da escala obteve-se um resultado de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados ($M=25.31\pm 3.92$; Min.=15; Máx.=36).

Ao analisar os resultados da estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais relativas aos clientes face à satisfação, patentes na tabela 38, observamos que no geral os clientes estão satisfeitos, nomeadamente os mais jovens, os que possuem como escolaridade o 2.º ciclo, os que vivem em união de facto, aqueles que têm uma situação profissional ativa, os que têm internamento até oito dias (inclusive), os que têm menores números de horas de cuidados de enfermagem necessários e prestados e os que estão internados em “outros serviços”. No entanto, comparando as médias observamos que são os clientes do CHSU que, significativamente, referem estar mais satisfeitos ($t= -2.34$; $p\leq 0.02$) e em relação aos serviços de internamento, verifica-se que são os clientes internados na ortopedia que estão significativamente menos satisfeitos em relação a cirurgias e “outros serviços”. Pensamos que este aspeto possa estar relacionado com facto de que os serviços de ortopedia são os que, no caso deste estudo, apresentam em média maior número de horas de cuidados de enfermagem e onde os clientes estão em média mais dias internados. Paralelamente, o CHU é o que apresenta, em média, maior número de dias de internamento. Outras variáveis que poderão influenciar podem estar relacionadas com o estado de saúde da pessoa/cliente e com o carácter epidemiológico característico destes clientes, como a dor, nível de dependência e outros.

Tabela 38 Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face à satisfação com os cuidados de enfermagem

	Satisfação	
	M	DP
Género		
Feminino	25.21	4.09
Masculino	25.39	3.78
Idade		
[20-30]	26.55	4.30
[31-60]	25.50	3.89
>60	25.03	3.86
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	25.77	2.62
1.º Ciclo	24.98	3.74
2.º Ciclo	26.29	4.32
3.º Ciclo	25.68	4.63
Ensino secundário	24.74	3.54
C. superior/Licenciatura	25.52	3.97
Estado civil		
Solteiro/a	25.61	4.32
Casado/a	25.55	3.63
União de facto	26.56	4.30
Divorciado/a	24.09	4.60
Viúvo/a	24.30	3.80
Situação profissional		
Ativo	25.43	4.26
Aposentado	25.16	3.50
Dias de internamento		
[1-8]	25.47	4.00
>8	25.10	3.81
HCNDx		
≤4.17	25.50	3.97
>4.17	25.12	3.87
HCNDti		
≤980.5	25.40	3.94
>980.5	25.21	3.91
HCPDti		
≤670.25	25.42	3.84
>670.25	25.19	4.01
Centro hospitalar		
CHSU	25.76	3.70
CHU	24.66	4.15
Serviços de internamento		
Medicinas	24.84	4.01
Cirurgias	25.99	4.04
Ortopedias	23.71	3.68
Outros	26.03	3.55

7.3.3. Estado funcional

Dando continuidade à análise dos resultados sensíveis em enfermagem, passamos a analisar o estado funcional, o qual foi avaliado através da aplicação da escala SF-36. A sua utilização permite identificar oito componentes agrupadas em 2 dimensões, a física e a mental.

Apresentamos, em primeiro lugar, os resultados das dimensões relativas à componente física e depois à componente mental.

Dado o número de relações significativas que surgiram em função das diferentes variáveis, optámos por apresentar uma tabela com os resultados da comparação de médias, para facilitar a leitura dos dados que, no caso das variáveis dicotómicas, nos referimos ao teste t (independent simple test) e para as variáveis com 3 ou mais categorias apresenta-se a estatística OnewayAnova.

Componente física

Através da tabela 39 apresentamos os resultados da análise descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes em relação à componente física e na tabela 40 apresentamos os resultados da análise de variância, resultante da comparação de médias.

Verifica-se, então, que os clientes do género masculino apresentam valores de média mais elevados e são significativamente diferentes em relação à dimensão função física ($t = -3.90; p \leq .000$); dor corporal ($t = -2.81; p \leq .005$) e saúde em geral ($t = -2.76; p \leq .006$), revelando que as mulheres apresentam mais limitações/dificuldades nas referidas dimensões.

Em relação à idade, observa-se que o valor de média vai diminuindo com a idade e que a avaliação do estado funcional na componente física é significativamente diferente segundo a idade, exceto em relação à dor corporal.

O valor médio do nível de escolaridade, no geral, vai aumentando, consoante maior nível de escolaridade ou mantém-se relativamente semelhante, como acontece na dimensão da dor corporal. Relativamente às outras dimensões as diferenças são significativas, revelando maiores dificuldades para aqueles que possuem menor escolaridade.

Quanto à situação conjugal verifica-se que os clientes que vivem em união de facto são os que apresentam valores de media mais elevados e, significativamente, as relações observam-se para a dimensão da função física e desempenho físico. Através do teste Post-hoc, constata-se que

são os clientes que vivem em união de facto que, significativamente, se destacam pela positiva comparativamente aos viúvos.

Em média, os clientes em situação profissional ativa apresentam valores mais elevados, verificando-se que as relações são significativas para as dimensões função física e desempenho físico.

Quanto às variáveis situacionais constata-se que quando o internamento é inferior ou igual a oito dias os clientes referem ter um melhor estado funcional, nomeadamente em relação à função física, desempenho físico e saúde em geral.

Quando as horas de cuidados de enfermagem necessários são inferiores ou iguais, quer em média por dia (4.17h.), quer no total do internamento (980.5h.), verifica-se que os clientes referem apresentar um melhor estado funcional nas várias dimensões. Semelhantes resultados são obtidos para as horas de cuidados prestados.

Relativamente aos contextos hospitalares, observa-se que no CHU os clientes referem apresentar menor estado funcional, nomeadamente em relação à função física ($t= 3.59;p\leq.000$) e ao desempenho físico ($t= 2.13;p\leq.03$).

Os serviços de ortopedia são dos serviços de internamento onde o valor de média do estado funcional relativamente à componente física apresenta valores mais baixos, exceto na dimensão da saúde geral, onde também não surgem relações significativas. Todas as outras relações são significativas, verificando-se que em relação à função física, os clientes dos serviços de ortopedia e medicina apresentam significativamente valores mais baixos, comparativamente com serviços de cirurgia e “outros serviços”.

Tabela 39 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face à componente física

Construtos	Desempenho							
	Função física		físico		Dor corporal		Saúde Geral	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Género								
Feminino	43.45	31.53	42.65	27.97	41.25	31.59	53.66	21.13
Masculino	58.48	32.70	47.00	31.36	51.92	31.71	60.90	22.09
Idade								
[20-30]	73.33	31.71	72.50	27.24	50.75	31.81	76.38	21.32
[31-60]	59.19	32.86	48.51	32.28	46.78	32.59	60.57	21.06
>60	42.39	30.53	39.24	25.80	47.44	31.98	53.29	21.05
Escolaridade								
Sabe ler e escrever	20.77	19.02	35.23	7.78	50.68	36.54	44.46	17.17
1.º Ciclo	41.75	32.41	37.19	2.53	42.89	32.99	51.12	21.76
2.º Ciclo	49.11	32.12	45.76	6.01	48.64	31.60	59.11	22.31
3.º Ciclo	59.27	29.95	53.35	4.70	50.26	29.89	62.55	20.39
Ensino secundário	68.97	26.04	48.24	5.01	49.09	32.39	62.51	20.65
C. superior /Licenciatura	59.42	33.82	53.77	4.67	49.16	31.75	65.08	21.12
Estado civil								
Solteiro/a	58.50	36.11	57.53	33.07	45.71	32.59	63.50	25.94
Casado/a	52.38	30.69	41.64	29.51	47.02	31.50	56.18	20.09
União de facto	73.31	30.74	64.34	26.59	50.59	26.91	64.24	24.63
Divorciado/a	47.95	35.51	53.41	31.85	48.65	33.41	63.18	22.96
Viúvo/a	39.67	32.31	37.36	20.49	49.02	35.31	54.57	20.53
Situação profissional								
Ativo	57.48	33.73	50.39	30.92	45.68	32.76	59.87	22.99
Aposentado	41.81	30.49	38.47	26.84	49.32	30.93	54.85	19.79
Dias de internamento								
[1-8]	56.25	32.38	49.44	29.20	49.39	30.09	61.55	21.85
>8	45.65	32.89	39.31	29.82	44.15	34.15	52.75	21.02
HCNDx								
≤4.17	62.54	30.60	51.14	30.46	47.86	30.02	61.44	22.49
>4.17	40.88	31.76	38.94	28.03	46.27	33.95	53.79	20.62
HCNDti								
≤980.5	57.75	31.62	49.77	29.93	46.20	30.39	59.28	23.46
>980.5	45.53	33.26	40.43	29.14	47.93	33.58	56.04	20.15
HCPDti								
≤670.25	56.37	32.04	49.50	30.24	46.63	31.38	58.72	23.20
>670.25	46.41	33.31	40.49	28.85	47.53	32.72	56.59	20.50
Centro hospitalar								
CHU	43.26	31.46	40.46	26.60	47.74	33.34	59.28	19.90
CHSU	57.33	32.86	48.19	31.62	46.62	31.12	56.52	23.17
Serviços de internamento								
Medicinas	42.41	31.65	39.48	26.88	52.48	35.69	54.64	20.23
Cirurgias	64.29	28.92	52.96	29.97	47.90	31.05	58.36	23.19
Ortopedias	33.30	32.97	35.61	27.73	35.66	27.57	64.86	18.20
Outros	59.13	31.09	48.20	31.83	46.94	29.90	56.05	23.51

Os resultados obtidos para a dimensão da dor corporal distinguem-se apenas em função do género e do local de internamento, verificando-se que as mulheres significativamente referem ter mais dor corporal, bem como os clientes internados nos serviços de ortopedia.

Tabela 40 - Resultados de análise de variância das componentes da dimensão física

	Função física	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde Geral
Género	t= -3.90;p≤.000		t= -2.81;p≤.005	t=-2.76;p≤.006
Idade	F= 14.21;p≤.000	F= 12.78;p≤.000		F=22.28;p≤.000
Escolaridade	F= 8.25;p≤.000	F= 3.36;p≤.000		F=5.00;p≤.000
Estado civil	F= 4.28;p≤.002	F= 5.50;p≤.000		
Situação profissional	t= 3.94;p≤.000	t=3.32;p≤.001		
Dias de internamento	t= 2.70;p≤.007	t= 2.83;p≤.005		F=3.38;p≤.001
HCNDx	t= 5.81;p≤.000	t= 3.46;p≤.001		t= 2.94;p≤.004
HCNDti	t= 3.15;p≤.002	t= 2.63;p≤.009		
HCPDti	t= 2.45;p≤.02	t= 2.53;p≤.01		
Centro hospitalar	t= 3.59;p≤.000	t= 2.13;p≤.03		
Serviços de internamento	F= 31.41;p≤.000	F= 4.67;p≤.003	F= 2.72;p≤.05	

Componente mental

A componente mental integra 4 dimensões: vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Na tabela 41, apresentamos os resultados da análise descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes em relação à componente mental e na tabela 42 apresentamos os resultados da análise de variância resultante da comparação de médias.

Perante os resultados apresentados, podemos ver que em média os clientes do género masculino atribuem valores mais elevados nas dimensões, sendo significativamente diferentes para as dimensões da vitalidade e saúde mental.

Relativamente à idade e à semelhança do que surgiu com a componente física, verifica-se que em média os clientes mais jovens apresentam significativamente melhor componente mental. E que o valor de média vai diminuindo com a idade.

Em relação à escolaridade observa-se que em média e no geral, os clientes que possuem o 1.º ciclo ou apenas sabem ler e escrever são aqueles que apresentam valores mais baixos nas

dimensões da componente mental, contudo as diferenças são significativas para o desempenho emocional e saúde mental.

Quanto ao estado civil as diferenças significativas identificam-se nas dimensões vitalidade e desempenho emocional, observando-se que são os casados que têm mais limitações quanto à vitalidade e os viúvos quanto ao desempenho emocional.

Consoante a situação profissional, assim se verificam os resultados nas diferentes dimensões, e segundo o valor de média e de forma significativa, são os clientes que se encontram em atividade profissional que melhores resultados apresentam face a estas dimensões.

Evidencia-se também que os clientes que estão internados até 8 dias apresentam significativamente valores de média mais elevados nesta componente, sendo que em relação ao desempenho emocional a diferença não é significativa.

As horas de cuidados necessárias e prestadas apresentam valores de média superiores em qualquer das primeiras categorias das variáveis, indicando que foram previstas e realizadas menos horas de cuidados de enfermagem face a um melhor componente mental.

Em média, os clientes do CHU apresentam valores ligeiramente superiores das dimensões da componente mental, porém as diferenças não são significativas. Em relação aos serviços de internamento, verifica-se que em média os clientes internados em serviços de ortopedia apresentam significativamente mais dificuldade ao nível do desempenho emocional.

Tabela 41 - Estatística descritiva das variáveis sociodemográficas e situacionais dos clientes face à componente mental

Construtos	Vitalidade		Função social		Desempenho emocional		Saúde mental	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Género								
Feminino	42.20	20.63	58.13	22.88	50.33	29.31	53.80	19.40
Masculino	48.21	23.13	60.53	27.60	54.61	32.15	60.33	21.24
Idade								
[20-30]	56.25	20.32	69.32	24.92	81.58	22.84	62.96	18.04
[31-60]	49.77	21.96	64.08	26.55	58.63	31.85	61.59	21.74
>60	40.34	21.58	54.77	23.48	44.92	27.56	53.10	19.24
Escolaridade								
Sabe ler e escrever	42.05	20.17	54.55	21.12	39.39	25.03	53.75	11.70
1.º Ciclo	40.50	22.31	53.76	24.62	42.57	26.53	51.16	20.24
2.º Ciclo	50.45	20.05	64.42	25.91	55.65	31.02	59.07	22.53
3.º Ciclo	50.78	22.39	66.56	24.41	58.96	29.20	62.43	18.00
Ensino secundário	49.36	22.06	61.86	29.24	57.89	31.30	56.92	22.17
C. superior/Licenciatura	46.15	22.45	61.78	24.69	66.67	33.21	63.33	19.07
Estado civil								
Solteiro/a	53.44	22.73	62.80	25.99	64.69	30.66	59.51	20.40
Casado/a	44.33	22.13	59.83	26.33	50.94	31.84	58.37	20.37
União de facto	48.16	17.92	67.97	18.80	68.63	25.26	60.88	19.54
Divorciado/a	53.53	23.67	57.39	28.52	54.92	33.20	60.68	24.65
Viúvo/a	53.44	20.19	53.98	22.68	45.74	21.88	50.00	18.80
Situação profissional								
Ativo	48.87	21.66	62.94	25.45	59.91	30.91	59.54	19.92
Aposentado	42.24	21.79	55.82	24.86	44.57	28.70	54.27	20.98
Dias de internamento								
[1-8]	50.77	21.60	63.71	24.00	55.43	30.37	60.42	20.61
>8	39.15	21.30	54.07	26.52	49.11	31.21	53.44	20.03
HCNDx								
≤4.17	48.38	22.34	61.33	25.40	58.45	30.28	59.35	20.80
>4.17	42.82	21.78	57.55	25.65	46.96	30.44	55.33	20.30
HCNDti								
≤980.5	46.92	21.77	63.69	23.62	57.06	30.32	57.43	20.56
>980.5	44.28	22.60	55.32	26.74	48.33	30.86	57.25	20.74
HCPDti								
≤670.25	47.03	21.80	63.03	24.45	55.64	31.17	57.63	21.63
>670.25	44.15	22.56	55.75	26.21	49.64	30.34	57.05	19.63
Centro hospitalar								
CHU	45.58	23.71	61.59	27.00	55.23	32.72	58.75	21.12
CHSU	45.58	19.95	56.31	23.03	48.89	27.63	55.39	19.82
Serviços de internamento								
Medicinas	41.98	21.15	56.55	23.91	49.90	27.14	54.44	20.78
Cirurgias	49.52	24.15	62.67	26.99	59.62	30.89	58.38	20.11
Ortopedias	48.72	18.80	53.41	24.76	40.67	32.05	58.49	19.35
Outros	43.59	22.51	62.82	25.73	55.11	32.16	58.73	21.72

Tabela 42 - Resultados de análise de variância das componentes da dimensão mental

	Vitalidade	Função social	Desempenho emocional	Saúde mental
Género	t= -2.27;p≤.02			t= -2.64;p≤.009
Idade	F= 8.87;p≤.000	F=6.09;p≤.003	F= 16.65;p≤.000	F=6.29;p≤.002
Escolaridade			F= 5.80;p≤.000	F=3.46;p≤.005
Estado civil	F= 2.81;p≤.03		F= 3.44;p≤.009	
Situação profissional	t= 2.45;p≤.02	t=2.26;p≤.03	t=4.09;p≤.000	t=2.06;p≤.04
Dias de internamento	t= 4.50;p≤.000	t= 3.18;p≤.002		F=2.83;p≤.005
HCNDI	t= 2.11;p≤.04		t= 3.15;p≤.002	
HCNDti		t= 2.76;p≤.006	t= 2.37;p≤.02	
HCPDti		t= 2.40;p≤.02		
Serviços de internamento			F= 3.93;p≤.009	

7.3.4. Teste de hipóteses

Para a análise dos resultados sensíveis em enfermagem optámos pelo MRLM com o procedimento stepwise, para identificarmos o seu impacto.

Na utilização deste modelo de análise, damos cumprimento aos pressupostos implícitos à análise de regressão linear múltipla, como a existência de relação linear entre as variáveis, variância amostral diferente de zero (existe homocedasticidade dos erros), média dos erros igual a zero, os valores dos erros distribuem-se independentemente uns dos outros ou não existência de auto-correlação (teste Durbin-Watson), os erros seguem uma distribuição normal e inexistência de multicolinearidade.

Dado o primado da centralidade dos cuidados, pensamos que a sua “prática” prevê os resultados sensíveis em enfermagem.

Hipótese 7 - A centralidade dos cuidados é preditora do autocuidado terapêutico, enquanto resultado sensível em enfermagem.

Pretendemos descrever a relação linear entre a centralidade dos cuidados e o autocuidado terapêutico.

Recorremos, então a um modelo linear do tipo:

$$\text{Autocuidado terapêutico}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Centralidade dos cuidados} + \beta_2 \text{responder às necessidades} + \beta_3 \text{atender às preferências} + \beta_4 \text{Educação para a saúde} + \beta_5 \text{informação de saúde} + \epsilon_i$$

A tabela 43 apresenta o modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade. O modelo tem uma razoável qualidade, verificando-se que a centralidade dos cuidados (enquanto score) é um fator com algum poder preditivo e é a primeira e única variável a entrar na equação de regressão, explicando 19% da variância no autocuidado terapêutico ($R^2=.19$; $F=58.20$; $gl=248$; $p=.000$).

Tabela 43 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados no autocuidado terapêutico

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.44	.19	.19	58.20	248	.000

Preditor: (constante) centralidade dos cuidados
Variável dependente: Autocuidado terapêutico

Face a este resultado, podemos dizer que a hipótese foi confirmada, verificando-se que a centralidade dos cuidados prevê o autocuidado terapêutico.

Estes resultados vão ao encontro de outros, como o de Sidani (2008) e Poochikian-Sarkissian *et al.* (2010) que analisaram as relações entre a centralidade dos cuidados e os resultados e obtiveram relações moderadas entre as dimensões da centralidade dos cuidados e o autocuidado terapêutico.

Face a este resultado, optámos por identificar que outras variáveis poderiam ter impacto no autocuidado terapêutico. Assim, mantendo como variável dependente ou endógena o autocuidado terapêutico e tendo em vista analisar a influência, não só das dimensões da centralidade dos cuidados, como também o género e a escolaridade utilizamos o modelo do tipo:

$$\text{Autocuidado terapêutico}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{centralidade dos cuidados} + \beta_2 \text{responder às necessidades} + \beta_3 \text{atender às preferências} + \beta_4 \text{educação para a saúde} + \beta_5 \text{informação de saúde} + \beta_6 \text{escolaridade} + \beta_7 \text{taxa de feminilidade} + \epsilon_i$$

Depois de verificados os pressupostos da análise do MRLM, já referidos anteriormente, obtivemos os resultados que se podem observar na tabela 44.

Tabela 44 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e variáveis sociodemográficas no autocuidado terapêutico

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.42	.17	.19	51.00	244	.000 ^b
2	.52	.27	.26	42.30	244	.000 ^c
3	.55	.30	.30	35.10	244	.000 ^d
4	.56	.32	.31	27.81	244	.000 ^e

Preditor: (constante) informação de saúde;

Preditor: (constante) informação de saúde, escolaridade;

Preditor: (constante) informação de saúde, escolaridade, taxa de feminilidade;

Preditor: (constante) informação de saúde, escolaridade, taxa de feminilidade, atender às preferências.

Variável dependente: Autocuidado terapêutico

A leitura dos resultados na tabela anterior permite constatar que a informação de saúde é o fator com maior poder preditivo, é a primeira variável a entrar na equação de regressão e explica 17% da variância no autocuidado terapêutico ($R^2=.17$; $F=51.00$; $gl=244$; $p=.000$). Na equação de regressão final entram as variáveis escolaridade, taxa de feminilidade e atender às preferências, explicando 32% da variância ($R^2=.32$; $F=27.81$; $gl=244$; $p=.000$). Assim, das quatro dimensões da centralidade de cuidados, a informação de saúde e atender às preferências são as que têm maior impacto no autocuidado terapêutico.

Tendo em vista identificar a influência das variáveis em cada uma das dimensões TSC realizámos nova regressão linear múltipla com o procedimento stepwise.

Recorremos ao seguinte modelo:

Gerir medicamentos e sintomas_i = β_0 + β_1 responder às necessidades + β_2 atender às preferências + β_3 educação para a saúde + β_4 informação de saúde + β_5 género+ β_6 idade + β_7 escolaridade + β_8 estado civil + β_9 situação profissional + β_{10} HCNti + β_{11} dias de internamento + ϵ_i

Depois de verificados os pressupostos da análise do MRLM obtivemos os resultados que se podem observar na tabela 45. Assim, verificamos que a educação para a saúde é a dimensão com maior impacto na equação de regressão e explica 15% da variância na dimensão gerir medicamentos e sintomas ($R^2=.15$; $F=40.75$; $gl=239$; $p=.000$). Verificamos, também, que a equação final de regressão inclui as variáveis educação para a saúde, escolaridade e informação de saúde com um poder de explicação de 25% ($R^2=.25$; $F=25.80$; $gl=239$; $p=.000$). Por outro lado, identifica-se que das variáveis estruturais introduzidas no modelo apenas a variável escolaridade entrou na equação.

Tabela 45 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e variáveis estruturais na dimensão gerir medicamentos e sintomas

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.38	.15	.14	40.75	239	.000 ^b
2	.46	.21	.21	31.78	239	.000 ^c
3	.50	.25	.24	25.80	239	.000 ^d

Preditor: (constante) educação para a saúde;

Preditor: (constante) educação para a saúde, escolaridade;

Preditor: (constante) educação para a saúde, escolaridade, informação de saúde

Variável dependente: gerir medicamentos e sintomas.

Em relação à segunda dimensão do autocuidado terapêutico, realizar atividades diárias e com recurso ao mesmo método e à mesma equação de regressão observamos os resultados expressos na tabela 46.

Face a estes resultados podemos verificar que para esta dimensão da realização das atividades diárias é a informação de saúde a primeira a entrar na equação de regressão, com poder de explicação de 15% da variância da realização das atividades diárias ($R^2=.15$; $F=39.21$; $gl=239$; $p=.000$). Na equação de regressão final estão presentes as variáveis informação de saúde, escolaridade e estado civil que, na totalidade, explicam 24% da variância da dimensão realizar atividades diárias ($R^2=.24$; $F=22.72$; $gl=239$; $p=.000$).

Tabela 46 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e variáveis estruturais na dimensão realizar atividades diárias

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.39	.15	.15	39.21	239	.000 ^b
2	.47	.22	.21	30.94	239	.000 ^c
3	.49	.24	.23	22.72	239	.000 ^d

Preditor: (constante) informação de saúde;

Preditor: (constante) informação de saúde, escolaridade;

Preditor: (constante) informação de saúde, escolaridade, estado civil;

Variável dependente: realizar atividades diárias.

Parece-nos que estes resultados estão consonantes com os obtidos por Sidani (2008) que refere que a centralidade dos cuidados afeta positivamente o autocuidado terapêutico, em particular quanto à gestão de medicamentos e sintomas e realização de atividades diárias pelos clientes de acordo com a condição de saúde. Estes resultados foram obtidos por Sidani (2008) num estudo realizado com o objetivo de identificar o efeito da centralidade dos cuidados nos resultados.

Dando continuidade à análise dos resultados sensíveis em enfermagem apresentamos de seguida a hipótese relativa à satisfação dos clientes.

Hipótese 8 - A centralidade dos cuidados é preditora da satisfação dos clientes, enquanto resultado sensível em enfermagem.

Pretendemos descrever a relação linear entre a centralidade dos cuidados e a satisfação dos clientes.

Depois da verificação dos pressupostos da análise de regressão linear múltipla e através do método stepwise recorremos a um modelo linear do tipo:

Satisfação dos clientes $y_i = \beta_0 + \beta_1$ Centralidade dos cuidados + β_2 responder às necessidades + β_3 atender às preferências + β_4 Educação para a saúde + β_5 informação de saúde + ϵ_i

A tabela 47 apresenta o modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade. O modelo tem uma razoável qualidade, verificando-se que são duas das dimensões da centralidade dos cuidados, responder às necessidades e atender às preferências, que têm algum poder preditivo face à satisfação dos clientes, dado que explicam 19% da variância da satisfação ($R^2=.19$; $F=30.40$; $gl=256$; $p=.000$), sendo a dimensão responder às necessidades a que tem mais impacto, explicando 16% da variância da satisfação dos clientes ($R^2=.16$; $F=49.98$; $gl=256$; $p=.000$).

Tabela 47 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados na satisfação

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.41	.16	.16	49.98	256	.000 ^b
2	.44	.19	.19	30.40	256	.000 ^c

Preditor: (constante) responder às necessidades;

Preditor: (constante) responder às necessidades, atender às preferências;

Variável dependente: satisfação.

Face a estes resultados, podemos dizer que se confirma a hipótese de que a centralidade dos cuidados é preditora da satisfação dos clientes.

Igualmente Sidani (2008) e Poochikian-Sarkissian *et al.*, (2010) evidenciam a relação entre a centralidade dos cuidados e, concretamente, em relação à dimensão responder às necessidades e à satisfação dos clientes.

A fim de identificar o impacto das variáveis estruturais e para além da centralidade dos cuidados, optámos por realizar uma análise de regressão à semelhança do que fizemos em relação ao resultado sensível em enfermagem: autocuidado terapêutico.

Recorremos ao modelo linear do tipo:

$$\text{Satisfação}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{responder às necessidades} + \beta_2 \text{atender às preferências} + \beta_3 \text{educação para a saúde} + \beta_4 \text{informação de saúde} + \beta_5 \text{género} + \beta_6 \text{idade} + \beta_7 \text{escolaridade} + \beta_8 \text{estado civil} + \beta_9 \text{situação profissional} + \beta_{10} \text{HCNDti} + \beta_{11} \text{dias de internamento} + \epsilon_i$$

Face a estes resultados e tal como podemos ver na tabela 48, verifica-se que apenas entram na equação de regressão linear as variáveis da centralidade dos cuidados, constatando-se que a dimensão responder às necessidades é a primeira a entrar na equação e a que tem maior poder preditivo, explicando 17% da variância da satisfação ($R^2=.17$; $F=46.21$; $gl=229$; $p=.000$). A equação final de regressão explica 21% da variância da satisfação e integra as dimensões responder às necessidades e informação de saúde ($R^2=.21$; $F=29.84$; $gl=229$; $p=.000$).

Tabela 48 - Resultados da análise de regressão da centralidade dos cuidados e das variáveis estruturais na satisfação

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.41	.17	.17	46.21	229	.000 ^b
2	.46	.21	.20	29.84	229	.000 ^c

Preditor: (constante) responder às necessidades;

Preditor: (constante) responder às necessidades, informação de saúde;

Variável dependente: satisfação.

Perante os resultados da estatística descritiva e inferencial obtidos para as duas dimensões do estado funcional, componente física e mental pareceu-nos existir algum impacto das variáveis estruturais face a este resultado do estado funcional, dados os resultados significativos que se obtiveram na análise de variância, pelo que definimos a hipótese atendendo a estes resultados.

Hipótese 9 – As variáveis estruturais, como o género, idade, escolaridade, situação profissional, estado civil, dias de internamento e HCNDI são predictoras do estado funcional/qualidade de vida dos clientes

Tomando como variável dependente o estado funcional, e depois de cumpridos os pressupostos inerentes à regressão linear múltipla, recorremos a um modelo linear do tipo:

Estado funcional_i = $\beta_0 + \beta_1$ responder às necessidades + β_2 atender às preferências + β_3 educação para a saúde + β_4 informação de saúde + β_5 género+ β_6 idade + β_7 escolaridade + β_8 estado civil + β_9 situação profissional + β_{10} HCNDti + β_{11} dias de internamento + ϵ_i

Apresentamos na tabela 49 os resultados da análise de regressão linear múltipla (método *stepwise*). O modelo tem uma razoável qualidade, verificando-se que a variável idade destaca-se, como o fator com maior poder preditivo, na equação de regressão, explicando 12% da variância do estado funcional ($R_2=.12$; $F=28.92$; $gl=215$; $p=.000$). Na equação de regressão final entram as variáveis idade, escolaridade, dias de internamento e género, explicando 23% da variância ($R_2=.23$; $F=15.51$; $gl=215$; $p=.000$). Assim, as quatro variáveis com maior impacto no estado funcional são a idade, escolaridade, dias de internamento e género dos clientes. Não entraram na equação de regressão as variáveis relativas à centralidade dos cuidados.

Tabela 49 - Resultados da análise de regressão das variáveis estruturais no estado funcional

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.35	.12	.12	28.92	215	.000 ^b
2	.40	.16	.15	20.19	215	.000 ^c
3	.44	.19	.18	16.94	215	.000 ^d
4	.48	.23	.21	15.51	215	.000 ^e

Preditor: (constante) idade;

Preditor: (constante) idade, escolaridade;

Preditor: (constante) idade, escolaridade, dias de internamento;

Preditor: (constante) idade, escolaridade, dias de internamento, género;

Variável dependente: estado funcional.

Perante estes resultados infirma-se a hipótese de que as variáveis estruturais são preditoras do estado funcional dado que as variáveis estado civil, situação profissional e HCNDti não apresentam poder de explicação na equação de regressão. Contudo, podemos dizer que a idade, escolaridade, dias de internamento e género preveem o estado funcional.

Sidani (2008) no estudo que realizou, e já anteriormente referido, também não obteve efeito da centralidade dos cuidados no estado funcional. Por outro lado, um estudo realizado por Doran *et al.* (2006) sobre a relação entre intervenções de enfermagem e resultados em clientes internados em serviços de cuidados “agudos” encontraram resultados onde a variável idade apresentou um poder de explicação de 28% para o estado funcional.

Face ao referido, parece-nos que os nossos resultados se apresentam nessa sequência.

Querendo conhecer melhor a influência das variáveis estruturais e da centralidade dos cuidados em cada uma das componentes do estado funcional, e também à semelhança do que

fizemos relativamente aos outros resultados, realizámos, ainda, mais duas análises de regressão múltipla para a componente física e componente mental.

Nesta sequência, mantendo o mesmo modelo, sendo agora a variável dependente a componente física, utilizámos o modelo linear do tipo:

Componente física do estado funcional $_i = \beta_0 + \beta_1$ responder às necessidades + β_2 atender às preferências + β_3 educação para a saúde + β_4 informação de saúde + β_5 género+ β_6 idade + β_7 escolaridade + β_8 estado civil + β_9 situação profissional + β_{10} HCNDti + β_{11} dias de internamento + ϵ_i

Apresentamos na tabela 50 os resultados da análise de regressão múltipla, método setpwise tendo como variável dependente a componente física relativa ao estado funcional. Observamos que o que melhor explica a componente física é a escolaridade ($R_2=.11$; $F=28.34$; $gl=221$; $p=.000$). A equação final de regressão integra as variáveis escolaridade, género, dias de internamento e idade, que explicam 23% da variância dos resultados da componente física ($R_2=.23$; $F=16.55$; $gl=221$; $p=.000$).

Tabela 50 - Resultados da análise de regressão das variáveis estruturais na componente física

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.34	.11	.11	28.34	221	.000 ^b
2	.40	.16	.15	20.78	221	.000 ^c
3	.45	.20	.19	18.58	221	.000 ^d
4	.48	.23	.22	16.55	221	.000 ^e

Preditor: (constante) escolaridade;

Preditor: (constante) escolaridade, género;

Preditor: (constante) escolaridade, género, dias de internamento;

Preditor: (constante) escolaridade, género, dias de internamento, idade;

Variável dependente: componente física.

Face à componente mental e com a mesmo modelo linear:

Componente mental do estado funcional $_i = \beta_0 + \beta_1$ responder às necessidades + β_2 atender às preferências + β_3 educação para a saúde + β_4 informação de saúde + β_5 género+ β_6 idade + β_7 escolaridade + β_8 estado civil + β_9 situação profissional + β_{10} HCNTI + β_{11} dias de internamento + ϵ_i

Apresentamos os resultados constantes na tabela 51, onde podemos observar que a idade é o primeiro fator a entrar na equação, explicando 11% da variância da componente mental ($R_2=.11$; $F=26.39$; $gl=220$; $p=.000$). Entram na equação de regressão final, ainda as variáveis dias de internamento e escolaridade que explicam 17% da variância dos resultados da componente mental ($R_2=.17$; $F=14.28$; $gl=220$; $p=.000$).

Tabela 51 Resultados da análise de regressão das variáveis estruturais na componente mental

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	F	gl	p
1	.33	.11	.10	26.39	220	.000 ^b
2	.38	.14	.14	18.35	220	.000 ^c
3	.41	.17	.15	14.28	220	.000 ^d

Preditor: (constante) idade;

Preditor: (constante) idade, dias de internamento;

Preditor: (constante) idade, dias de internamento, escolaridade;

Variável dependente: componente mental.

Concluindo, e relativamente ao estado funcional, salienta-se a importância das variáveis estruturais nos resultados obtidos, concretamente o poder explicativo da idade, escolaridade, dias de internamento e género.

7.4. Do modelo teórico da pesquisa ao modelo real encontrado

O processo de investigação foi mediado pelo recurso a um modelo de pesquisa cuja capacidade de explicação do problema de investigação se constitui como evidência científica em diversos e múltiplos contextos, tendo-se formado num processo de teorização da realidade, através da mobilização de quadros de referência da Gestão e da Enfermagem, conducente a uma tentativa de explicação do real.

A representação do real assumimo-la sob a forma de um “esquema” de análise que, tendo por base o modelo de pesquisa proposto, evidencia os principais resultados obtidos e permite mobilizar alguns pressupostos sob a forma de conceitos, aos quais atribuímos poder explicativo dadas as características estatisticamente assinaladas e, a dimensão universal que os mesmos apresentam, quando referenciados às teorias e modelos que os suportam.

Consideramos o esquema apresentado na fig. 7 como a forma inteligível de sintetizar os aspetos relevantes do estudo, imediatamente antes das conclusões e implicações dos resultados do mesmo.

Enquanto modelo de avaliação da qualidade dos cuidados relevam-se as três componentes: Estrutura, Processo e Resultados, suportadas em Donabedian (1966, 1980), Irvine *et al.* (1998) e Mitchell & Lang (2004).

Para além dos suportes teóricos referenciados a estes autores, procurámos atribuir significado teórico a outras perspetivas paradigmáticas, pelo que mobilizámos da estrutura do conhecimento em enfermagem, de entre outros, Orem (2001), McCormack & McCance (2006); da qualidade em saúde, Santos (2008) e Lopes & Capricho (2007) e por forma a permitir um confronto mais sistémico, com Bronfenbrenner e Morris (1998) e imprescindível na atual conjuntura pela crescente necessidade da valorização da Gestão em enfermagem, incluímos outros teóricos como, Porter-O'Grady (2003a,b) e Lopes (2012) e de forma mais específica a Liderança (Yukl, 2006; Kouzes & Posner, 2009).

Desta perspetiva de relações explicitadas, sempre com apelo à complexidade do pensamento, destacamos como emergentes no nosso estudo:

- O contexto, enquanto microssistema onde ocorrem diferentes e múltiplas interações que facilitam ou dificultam a prática de cuidados de enfermagem;

- A política de qualidade da organização, caracterizada por formas de pensamento e ação, valorizadas coletiva e individualmente ao nível dos vários sistemas (do micro ao macrossistema - políticas públicas);

- A pessoa/cliente enquanto agente de autocuidados, com a qual o enfermeiro interage, por meio de um sistema de enfermagem, nomeadamente o de apoio e educação, considerando a pessoa o centro do processo de cuidados, privilegiando práticas que promovam a autonomia da pessoa/cliente.

- O profissional/enfermeiro, ao desenvolver um processo de cuidados assente numa perspetiva paradigmática que valorize a centralidade da pessoa/cliente de cuidados, no referido processo caracterizado por múltiplas interações, valoriza de entre outros aspetos, a gestão e a liderança como dimensões presentes na realidade estudada.

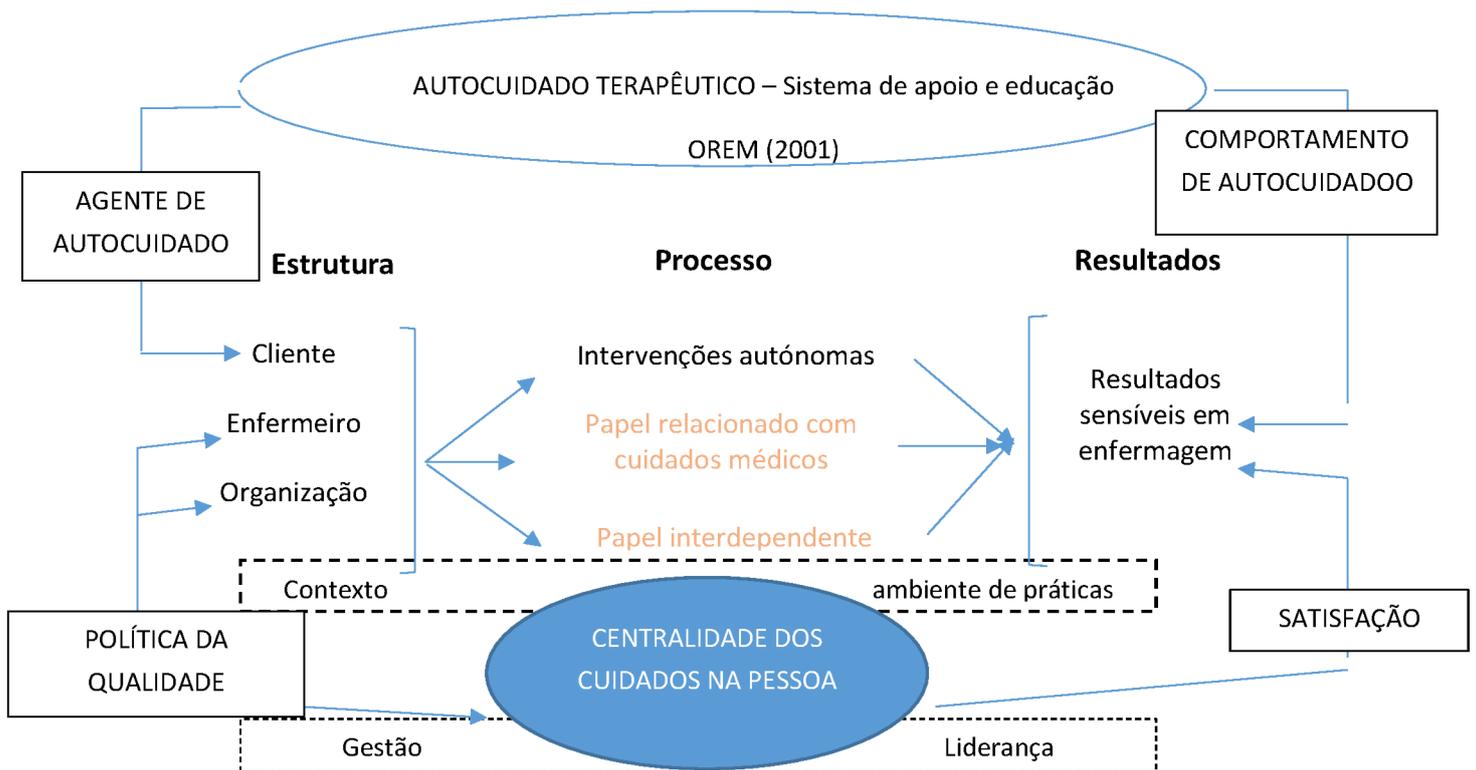
“A configuração final” do serviço prestado assume neste estudo o que designamos por resultados sensíveis em enfermagem, ou seja, são o resultado das intervenções de enfermagem, concretamente o que emerge e se suporta, na centralidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros realizam intervenções, com a pessoa/cliente através de práticas que respeitam valores, crenças, conhecimentos e preferências de cada pessoa, que por meio de um sistema de apoio e educação desenvolvem comportamentos de autocuidado, para que a pessoa saiba gerir as suas atividades de vida diária, de acordo com a sua condição de saúde.

Outro dos conceitos que emerge com importância, enquanto resultado sensível, é a funcionalidade do cliente, na medida em que a mesma é afetada por fatores estruturais, que indiretamente influenciam a prestação de cuidados, tendo por base a centralidade dos cuidados, como seja pelo número de horas de cuidados planeados.

A satisfação da pessoa, enquanto agente de autocuidado, revela e valoriza os resultados sensíveis em enfermagem. O conceito de satisfação adquire igualmente relevo na perspetiva dos profissionais, na medida em que a mesma se relaciona numa perspetiva sistémica com as características da estrutura e do processo, com especial relevância para os conceitos de gestão e liderança, ao explicitarem uma dimensão importante e por vezes pouco valorizada na explicação do real.

Fig.7 - Modelo Teórico da Pesquisa – Uma explicação para a realidade encontrada



Começamos a nossa pesquisa pela identificação de questões reais, fundadas na teoria com o propósito de estabelecer relações empíricas, por meio de um processo que termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. Assim, ao refletirmos os dados empíricos (relativos à realidade) e os dados abstratos (relativos à teoria), pretendemos essencialmente propor uma representação da realidade a discutir em torno das questões de investigação formuladas e dos objetivos propostos, constituindo-se o capítulo seguinte no momento em que se explicitam as conclusões e as principais implicações do estudo.

8. Conclusões

Neste momento do trabalho, e refletindo sobre o realizado, consideramos pertinente produzir o relevante do estudo, face aos resultados obtidos e ao suporte teórico desenvolvido. Assim, começamos por fazer uma análise das questões de investigação apresentadas tendo por base os resultados obtidos, no subcapítulo das evidências. No segundo subcapítulo aludimos aos contributos e as limitações do estudo.

8.1. As evidências

O estudo partiu da preocupação centrada na aparente discrepância entre uma política de contenção de custos, nomeadamente pelo limite de recursos e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, hoje uma exigência não só de instâncias superiores nacionais e internacionais, mas também como um objetivo a atingir profissionalmente, contemplado nos padrões de competências definidos pela OE. Face a esta preocupação sentimos que era impreterível analisar os efeitos dos cuidados de enfermagem, ou seja, os resultados sensíveis em enfermagem.

Desta preocupação surgiu a primeira questão de investigação: quais os resultados sensíveis em enfermagem face aos cuidados de enfermagem centrados na pessoa?

Sendo a centralidade dos cuidados um imperativo à qualidade desses cuidados, surgiu a segunda questão: Quais as dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros e percecionadas pela pessoa, sujeito dos cuidados?

Na confluência da obtenção dos melhores resultados sensíveis em enfermagem com a qualidade dos cuidados e atendendo às relações encontradas entre a gestão, liderança e resultados surgiu outra inquietação no sentido de compreender quais os contributos da gestão e liderança para os cuidados de enfermagem. Assim, emergiu a terceira questão: Quais as práticas de

gestão/liderança do enfermeiro chefe ou líder formal do serviço/organização, percecionadas pelos enfermeiros e que contribuem para a obtenção dos resultados sensíveis em enfermagem?

Haycock-Stuart & Kean (2012) referem que novos papéis de liderança têm emergido em enfermagem que envolvem novas responsabilidades para assegurar que a qualidade é o “coração” dos cuidados prestados. Neste estudo, as práticas de gestão e liderança do enfermeiro enquanto chefe e líder do serviço/organização foram avaliadas por meio da operacionalização da escala PESNWI pelos enfermeiros. Com a aplicação da escala identificaram-se cinco construtos: gestão e liderança do enfermeiro chefe e/ou executivos, adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados, relação enfermeiro médico, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados. Analisando o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro chefe e principal (quadro 5) com a escala PESNWI verificamos que são vários os itens que podem dar resposta ao referido conteúdo funcional, sendo o mais representativo o construto relativo à adequação de recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados.

Relativamente às práticas de gestão e liderança do enfermeiro chefe, os resultados obtidos, e tal como se pode observar no quadro 4, revelam uma visão burocrática e humanista da gestão, características inerentes a uma burocracia profissional.

Quadro 5 - Construto gestão e liderança do enfermeiro chefe

Enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem
Enfermeiro chefe é um bom gestor e líder
Enfermeiro chefe apoia a equipa na tomada de decisões, mesmo quando o conflito é com o médico
Enfermeiros chefes/supervisores utilizam o erro como oportunidade de aprendizagem e não de crítica
Enfermeiro chefe consulta enfermeiros no que respeita a problemas e procedimentos diários
Tempo e oportunidades para discutir com outros enfermeiros problemas dos cuidados ao cliente

Constata-se, também, que são valorizadas pelos enfermeiros práticas de “liderança exemplar” (Kouzes & Posner, 2009) como a clarificação de valores inerentes aos papéis que cada um desempenha através de um programa de acolhimento aos enfermeiros recentemente contratados, o envolvimento dos enfermeiros numa filosofia clara de cuidados e que tem por base um modelo de enfermagem, criação de um ambiente que promova oportunidades de aprendizagem, nomeadamente, em termos da prática de enfermagem, encorajar a vontade pelo mérito e reconhecimento em relação a um trabalho bem feito, credibilizando os enfermeiros e

apoiando-os. Da análise do construto da dimensão gestão e liderança e dadas as práticas identificadas parece-nos que se valoriza um conjunto de funções vão ao encontro de uma liderança transformacional.

Dos resultados obtidos, identificamos como positivo os construtos: gestão e liderança do enfermeiro enquanto gestor e líder do serviço/organização, fundamentos de enfermagem tendo por base a qualidade dos cuidados e a relação enfermeiro médico e como negativo, dado que se situam abaixo do ponto neutro (Lake, 2002) os construtos: participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e adequação de recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados.

Verifica-se, então que é aqui valorizada pelos enfermeiros a dimensão da qualidade a qual tem implícito princípios como a conceção e operacionalização de um quadro de referência em enfermagem, “por meio de um plano de cuidados escrito e atualizado para todos os clientes” e “uso de diagnóstico de enfermagem”; um método de trabalho em enfermagem que promove a centralidade dos cuidados; a competência dos enfermeiros e o seu envolvimento em comissões e departamentos de enfermagem. A valorização destas características pelos enfermeiros remete-nos para uma prestação de cuidados de qualidade. Autores têm encontrado evidências de que um ambiente de trabalho positivo é um bom preditor de cuidados de qualidade (Aiken *et al.*, 2002a,b; Aiken *et al.*, 2012; Anzai, Douglas, & Bonner, 2013; Laschinger *et al.*, 2001; Patrician *et al.*, 2010; ; Sochalski, 2004; van Bogaert *et al.*, 2009, 2010).

Pensamos que estas características inerentes à qualidade dos cuidados possam ser, também, um bom contributo para o desenvolvimento de uma prática de governação clínica nos serviços e nas organizações, nomeadamente pela definição da responsabilidade pela qualidade dos cuidados, tal como preconizado pela ARSLVT (Ministério da Saúde, 2009), bem como dão visibilidade a um modelo de gestão subjacente à melhoria contínua da qualidade.

Para além da valorização da gestão e liderança e da qualidade dos cuidados, os enfermeiros valorizam também a relação enfermeiro médico.

Este construto salienta não apenas o trabalho colaborativo entre enfermeiros e médicos, mas também a visibilidade do enfermeiro diretor no hospital: “Enfermeiro diretor possui poder e autoridade enquanto executivo” e “Enfermeiro diretor acessível, “visível” para os colaboradores”, sugerindo que o papel do enfermeiro diretor é um contributo importante para esta relação colegial.

O construto da relação colegial tem sido relacionado positivamente com a satisfação dos enfermeiros no trabalho, a qualidade dos cuidados e maior autonomia e controlo da prática dos enfermeiros (Aiken & Patrician, 2000; Choi *et al.*, 2004; Lake, 2002; Wade *et al.*, 2008).

Os construtos menos valorizados foram a adequação de recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados e participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital. Similares resultados foram encontrados por Aiken *et al.* (2001) revelando que a inadequação de recursos afetam não só o ambiente de trabalho (Chiang & Lin, 2008) como os resultados, colocando em causa a segurança dos clientes (Kirwan, Matthews & Scott, 2013) e outros riscos, que têm sido demonstrados como o desenvolvimento de úlceras de pressão (Aiken *et al.*, 2001) e aumento da mortalidade.

Nesta sequência, constata-se que falar de ambientes de trabalho da prática de enfermagem tem implícito a qualidade dos cuidados, valorizada por todos, chefes, coordenadores, prestadores, numa relação de interação, que se quer colegial, nomeadamente com o médico, onde se aprecia o enfermeiro chefe/executivo enquanto líder, o enfermeiro enquanto elemento da organização e onde haja adequados recursos humanos.

Dos resultados obtidos é valorizada a gestão e liderança do enfermeiro chefe, a qual tem sido identificada como um preditor significativo de resultados positivos para enfermeiros e clientes.

Dos resultados deste estudo, sobressai também, a importância da participação dos enfermeiros enquanto elementos da organização para assegurar a qualidade dos cuidados, sendo, para isso, necessário o número suficiente de enfermeiros. Da relação enfermeiro médico, destaca-se o trabalho em conjunto, para além da boa relação entre ambos. Nesta dimensão parece ser importante o papel do enfermeiro diretor, enquanto elemento de poder e autoridade, bem como, um programa de acolhimento aos “novos” enfermeiros. Um trabalho de parceria eficaz entre o enfermeiro e o médico é um componente importante de um ambiente de trabalho positivo (McClure, 1983). Juntamente com os outros elementos da organização do ambiente, este fator tem sido consistentemente identificado com influência significativa nos resultados (Lake, 2002; van Bogaert, 2010; Gunnarsdóttir, 2009).

O envolvimento dos enfermeiros nos assuntos do hospital pode ser uma oportunidade de valorização e progressão na carreira, pela partilha de preocupações e participação em decisões políticas e talvez por isso a dimensão menos valorizada pelos enfermeiros, dado que as perspetivas de evolução na carreira são escassas ou inexistentes.

Ainda na sequência desta terceira questão de investigação, e por onde começamos esta análise das evidências, apresentamos, de seguida, outras evidências dos resultados obtidos no teste de hipóteses relacionados com o ambiente de trabalho da prática de enfermagem.

De acordo com os resultados obtidos evidenciam-se as variáveis estruturais. Os fatores organizacionais, como o exossistema de inserção dos Centros Hospitalares e os serviços de internamento revelam-se significativos para o ambiente de trabalho da prática de cuidados de enfermagem, confirmando-se a hipótese 1. Também as variáveis relativas aos enfermeiros, variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, como a idade, formação pós-graduada, categoria profissional e área de ação, bem como o género, experiência profissional e método de trabalho em enfermagem evidenciam resultados significativos sobre o ambiente de trabalho da prática de enfermagem. Estes resultados surgem na sequência da confirmação da hipótese 2, bem como de algumas das relações entre as variáveis da hipótese 3, não sendo, no entanto confirmada.

O género tem um impacto na valorização dos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, não se observando outras diferenças significativas face a esta variável. A enfermagem é uma profissão predominantemente feminina, contudo as mulheres representam um papel “reprimido” de liderança (Barr & Dowding, 2002). Estes autores referem que um dos fatores para a discrepância é a comunicação, que nas mulheres é considerada mais passiva, afável e sensível, características que tradicionalmente são consideradas negativas na liderança. Por outro lado, ao trabalharem com médicos estes assumem um papel mais dominador (Sherring, 2012).

Os enfermeiros com formação pós-graduada têm significativamente melhor perceção da gestão e liderança do enfermeiro chefe, da importância da qualidade dos cuidados e participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital. São os enfermeiros com mais de 31 anos e com formação pós-graduada que mais valorizam a gestão e liderança e fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados. Aiken, *et al.* (2003) constataram que o elevado nível de escolaridade dos enfermeiros (mestrado ou o doutoramento), está associado a melhores resultados nos clientes.

Os resultados sugerem que a participação dos enfermeiros em atividades de gestão contribui para a valorização da qualidade dos cuidados e a consequente necessidade de adequação de recursos humanos na prestação de cuidados e também a relação enfermeiro médico, pois verifica-se que são os enfermeiros coordenadores e chefes de equipa que significativamente mais valorizam a adequação dos recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados, bem como a importância da relação colegial.

Em relação à categoria profissional, verifica-se que são os enfermeiros graduados com formação que, significativamente, mais valorizam a gestão e liderança do enfermeiro chefe, a relação colegial e os fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados. Pérez-Campos, Sánchez-García, & Pancorbo-Hidalgo (2014) também obtiveram resultados coincidentes e significativos em função da categoria dos enfermeiros.

Quanto à segunda questão de investigação: quais as dimensões da centralidade dos cuidados de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros e percebidas pela pessoa, sujeito dos cuidados, verificamos que os resultados são consistentes com os de Sidani (2008) e Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008, 2010) revelando que a aplicação do PCC dá resposta às dimensões da centralidade dos cuidados, relativamente aos enfermeiros e aos clientes. Constata-se que enfermeiros e clientes consideram que os cuidados de enfermagem dão resposta às necessidades e preferências dos clientes e realizam educação para a saúde e informação de saúde de forma adequada. Contudo, os enfermeiros percebem as dimensões da centralidade dos cuidados de forma mais homogênea e positiva e os clientes apresentam uma percepção mais heterogênea e menos positiva da centralidade dos cuidados.

Consideramos estes resultados fundamentais para a qualidade dos cuidados, pois conhecendo o que os clientes consideram ser a centralidade dos cuidados será mais fácil para os enfermeiros dar resposta ao que pensamos ser o primado dos cuidados de qualidade.

No estudo realizado por Poochikian-Sarkissian *et al.* (2008) os clientes responderam ao PCC, com uma percepção moderada a elevada das dimensões da centralidade dos cuidados, uma semana após a saída do hospital, tendo os autores concluído que os resultados da centralidade dos cuidados são uma informação útil tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados, pois permite identificar os aspetos menos positivos da prestação de cuidados e melhorá-los.

Suhonen *et al.* (2011), por meio de um estudo de âmbito internacional, compararam as percepções dos enfermeiros e dos clientes sobre a individualização dos cuidados de enfermagem e verificaram que ambos, enfermeiros e clientes, avaliam de uma forma positiva a individualização dos cuidados, contudo os enfermeiros percebem de uma forma mais elevada.

Assim, os nossos resultados vêm confirmar o pressuposto de que os enfermeiros tendem a considerar que a centralidade dos cuidados que prestam é maior do que aquela que os clientes percebem.

Dos resultados obtidos face aos construtos da centralidade dos cuidados evidenciam-se as relações obtidas entre as variáveis estruturais e as variáveis de processo, tal como tínhamos preconizado no modelo de pesquisa do estudo. Estes resultados vão ao encontro da teoria de medio alcance de McCormack e McCance, (2006), “person centred nursing” quando apontam os pré-requisitos como os primeiros a serem considerados numa relação concêntrica com a centralidade dos cuidados. Para além do construto dos pré-requisitos, cujo foco são os atributos dos enfermeiros (competências, formação, vínculo com o local de trabalho e características pessoais), os autores apresentam mais três construtos, entre eles o contexto de cuidados, por nós considerada uma variável organizacional e que se revelou significativa, no que diz respeito aos Centros Hospitalares e serviços.

Das variáveis relativas aos enfermeiros e apesar de se ter infirmado a hipótese 4, destacam-se as variáveis sociodemográficas como o género, a idade e a formação.

O género revela um efeito significativo na prestação de cuidados no que diz respeito à resposta das necessidades dos clientes, atender às preferências e disponibilizar educação para a saúde, verificando-se que são as enfermeiras que melhor perceção têm destas dimensões.

Quanto à idade, são os enfermeiros com mais de 31 anos que apresentam melhor perceção da educação para a saúde que realizam junto dos clientes.

A formação pós-graduada dos enfermeiros evidencia-se enquanto efeito de interação com a idade, revelando-se fundamental nos enfermeiros com mais de 31 anos, pois são estes que mais valorizam a realização de educação para a saúde. Contudo, para os enfermeiros mais jovens a formação é independente da resposta que estes dão face ao atendimento das preferências. Perante estes resultados, parece existir maior sensibilidade dos enfermeiros mais jovens no atender das preferências dos clientes. Chappell *et al.* (2007, citado por Idvall *et al.*, 2012) refere que os enfermeiros mais jovens têm mais facilidade em comunicar quer com a equipa quer com os clientes e, por isso, mais facilidade em avaliar a individualização de cuidados e melhor adequar a sua resposta.

Resultados de outros estudos têm mostrado uma relação positiva entre elevada formação dos enfermeiros e melhor perceção da individualidade dos cuidados (Kubsch, *et al.*, 2008 citado por Idvall *et al.*, 2012), porém Idvall, *et al.* (2012) obtiveram resultados onde, relativamente à individualidade dos cuidados, o comportamento dos enfermeiros com formação ao nível de mestrado era semelhante aos detentores de licenciatura.

Das relações entre as variáveis socioprofissionais dos enfermeiros e a centralidade dos cuidados destacam-se a experiência e categoria profissional, a área de ação, o método de organização do trabalho, o contexto de inserção do CH e os serviços de internamento

A hipótese 6 foi infirmada. Porém as características dos clientes, variáveis sociodemográficas e situacionais, têm um efeito direto nas dimensões da centralidade dos cuidados, nomeadamente, a idade, a escolaridade, dias de internamento, HCNDti e o contexto de cuidados. Verifica-se que são os clientes com mais de sessenta anos que referem ter uma menor perceção do atendimento das suas preferências e também da educação para a saúde e os clientes com maior escolaridade, concretamente os que têm o ensino secundário e curso superior/licenciatura apresentam menor perceção da educação para a saúde realizada. Parece-nos que este aspeto se deve às expetativas que são mais elevadas nos clientes com maior escolaridade. Obteve-se também um efeito de interação entre o número de horas de cuidados de enfermagem e a idade dos clientes. Verifica-se que os clientes com mais de sessenta anos apresentam melhor perceção da educação para a saúde quando no total do internamento são planeadas menos horas de cuidados de enfermagem (<980.5h.) e inversamente, os mais jovens (20-30 anos) apresentam uma melhor perceção dessa dimensão quando se preveem mais horas de cuidados de enfermagem.

Suhonen, *et al.* (2011) realizaram um estudo em cinco países da Europa para comparar a perceção da individualidade dos cuidados entre enfermeiros e clientes e obtiveram como resultados significativos as variáveis género, idade, nível de escolaridade e dias de internamento.

Ibe *et al.* (2008), ao analisarem outros resultados sensíveis em enfermagem, afirmam que número de horas de cuidados de enfermagem é um preditor da baixa prevalência de outros resultados sensíveis em enfermagem, como as úlceras de pressão.

Assim, e relativamente à centralidade dos cuidados, destaca-se a valorização positiva atribuída, quer pelos enfermeiros, quer pelos clientes, verificando-se uma ligeira discrepância de perceções que pensamos ser importante atender no sentido dos enfermeiros estarem atentos, pois a sua perceção não é exatamente a mesma que a dos clientes.

Respondendo à primeira questão de investigação, obteve-se como resultados sensíveis em enfermagem o autocuidado terapêutico e a satisfação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa/cliente centro do processo de cuidados. Obteve-se como significativo que os pressupostos da centralidade dos cuidados são preditores do autocuidado terapêutico (hipótese 7), bem como os construtos da centralidade dos cuidados (responder às necessidades e atender às

preferências) são preditores da satisfação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes (hipótese 8).

Valorizando cada um dos resultados sensíveis em enfermagem obtidos salientamos o seguinte:

✓ Os construtos da centralidade dos cuidados são pressupostos ao autocuidado terapêutico. É imprescindível que os enfermeiros desenvolvam competências inerentes à centralidade dos cuidados para que os clientes sejam capazes de gerir medicamentos e sintomas e realizar as suas atividades de vida diária, construtos inerentes ao desenvolvimento de capacidades e conhecimentos da pessoa/cliente para iniciar ou desempenhar atividades para manter a saúde, gerir problemas de saúde e restaurar a função. O desempenho de intervenções relacionadas com a centralidade dos cuidados de enfermagem promove na pessoa/cliente o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado que requerem a prática de ações/estratégias individuais com a pessoa, no sentido de melhorar o seu funcionamento e desenvolvimento de saúde e bem-estar.

✓ Construtos específicos da centralidade dos cuidados determinam a satisfação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa/cliente. O desenvolvimento de intervenções que permita ao enfermeiro responder às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais da pessoa/cliente, bem como respeitar a opinião, escolhas e preferências sobre os cuidados prestados são pressupostos de satisfação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa/cliente no hospital. Assim, os construtos responder às necessidades dos clientes e atender às suas preferências contribuem, de forma decisiva, para a satisfação dos cuidados de enfermagem prestados, valorizando-se a cortesia, respeito, amizade e simpatia do enfermeiro, a forma como este comunica com o cliente e familiares, como o atenderam e mantiveram “o controlo da situação”, a rapidez com que o ajudaram e a forma como foram realizadas as intervenções mais técnicas.

Estes resultados reforçam os obtidos por Doran *et al.* (2002), Sidani (2008) e Poochikian-Sarkissian *et al.* (2010).

As variáveis estruturais relativas aos clientes, como o género e a escolaridade também contribuem para a explicação do autocuidado terapêutico.

A educação para a saúde e a informação de saúde realizadas pelos enfermeiros, bem como a escolaridade dos clientes, são preditores da gestão de medicamentos e sintomas, enquanto que

para a realização das atividades de vida diárias as variáveis que têm maior poder de explicação são a informação de saúde, a escolaridade e o estado civil dos clientes.

Consideramos estes pressupostos essenciais para que o enfermeiro quando presta cuidados saiba valorizá-los por forma a obter a melhoria da qualidade dos cuidados.

A influência da centralidade dos cuidados no estado funcional da pessoa parece ser indireta. A centralidade dos cuidados não está associada à melhoria das funções física e mental dos clientes com diferentes condições agudas. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Sidani (2008), mas não coincidentes com os de Doran *et al.* (2006), que obteve um efeito direto da centralidade dos cuidados no estado funcional dos clientes. Sidani (2008) aponta que diferenças de características dos clientes podem ser possíveis explicações para a inconsistência dos resultados, verificando-se que neste estudo são, sobretudo as variáveis estruturais (idade, escolaridade, género e dias de internamento) que melhor explicam o estado funcional dos clientes (hipótese 9). Tal como Doran *et al.* (2006), neste estudo a variável que mais contribui, quer para a dimensão física, quer para a dimensão mental, é a idade.

Aiken *et al.* (2002a) e Doran *et al.* (2002) referem que mesmo quando as condições de ambiente de trabalho são ótimas, nem sempre as intervenções de enfermagem são efetivas, aludindo esse facto a resultados que surgem associados a outras variáveis como a idade ou a situação de doença e são incluídos como fatores de ajuste à análise estatística (Palese *et al.*, 2013).

Concluindo, e sendo esta investigação inovadora, na medida em que estabelece relação entre variáveis estruturais relativas aos enfermeiros, clientes e organização e os resultados sensíveis em enfermagem, bem como, variáveis de processo, como a centralidade dos cuidados e os resultados sensíveis em enfermagem, podemos dizer que se confirma a proposta de pesquisa do estudo. Os resultados confirmam, o desenho do modelo proposto, admitindo-se a possibilidade da existência de outras variáveis que possam, inclusive, melhorar a proposta de modelo de estudo.

Apesar de não se obter resultados significativos na relação entre o ambiente de trabalho e a centralidade dos cuidados (hipótese 5), há evidências na literatura de que o ambiente de trabalho “adequado” permite uma melhor resposta dos enfermeiros na qualidade dos cuidados (Aiken *et al.*, 2002a,b, Aiken *et al.*, 2012; Laschinger *et al.*, 2001; Patrician *et al.*, 2010; Sochalski, 2004; van Bogaert *et al.*, 2009) de enfermagem prestados. Porém, neste estudo verificamos que o construto dos fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados de enfermagem foi o mais valorizado pelos enfermeiros. Acreditamos que o contexto do ambiente de trabalho se traduz na visibilidade do desempenho profissional, pela centralidade dos cuidados, na resposta às

necessidades e problemas da pessoa/cliente, definidas pelo exo e macrosistema e por um processo de coordenação e controlo interpessoal, definido no sistema micro.

Atendendo a que os CH são uma estrutura característica de uma burocracia profissional, os mecanismos de coordenação e controlo do trabalho dos enfermeiros, standardização das qualificações ou competências (Mintzberg, 1994), pressupõem a prestação de um serviço que exija grande competência técnica e de conhecimentos, que vão para além da formalização e centralização de procedimentos ou da fixação de resultados. Ou seja, a forma como o trabalho é executado relaciona-se com as qualificações ou competências de cada um. Anderson *et al.* (2003 citado por Wong & Cummings, 2007) refere que, nomeadamente a liderança, talvez esteja associada indiretamente a resultados nos clientes como efeito do desempenho em enfermagem.

8.2. Contributos e limitações

Um importante contributo do estudo é a forte relação entre as variáveis estruturais, de processo e resultados, revelando a importância do modelo de pesquisa na compreensão das relações entre variáveis e na objetividade dos resultados. O modelo dá resposta à efetividade das intervenções de enfermagem, permite identificar e valorizar o efeito dos cuidados de enfermagem nos resultados observados nos clientes, atendendo às características dos clientes, enfermeiros e organização. Assim, os resultados sensíveis em enfermagem são avaliados e contextualizados de acordo com as várias dimensões do modelo. O modelo dá visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro face aos resultados obtidos.

Os enfermeiros são cruciais em cada nível de desempenho nas organizações de saúde pelo papel que desenvolvem na valorização da qualidade dos cuidados e do cliente enquanto pessoa centro do processo dos cuidados, na equipa interdisciplinar e no papel de gestor e líder dos cuidados.

O modelo de pesquisa do estudo evidencia e dá resposta, também, à necessidade de explorar relações entre variáveis moderadoras e/ou mediadoras associadas aos resultados nos clientes (Wong & Cummings, 2007), tendo-se constatado que a centralidade dos cuidados é preditora dos resultados sensíveis em enfermagem, nomeadamente o autocuidado terapêutico e a satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes.

Valorizamos as dimensões das intervenções autónomas dos enfermeiros. Os resultados sensíveis em enfermagem obtidos, surgem em função de intervenções que resultam da prescrição, diagnóstico e planeamento realizado pelos enfermeiros. Verificamos que responder às necessidades e atender às preferências dos clientes, bem como, realizar educação para a saúde e disponibilizar informação de saúde, são pressupostos indispensáveis à satisfação da qualidade dos cuidados pelos clientes e à gestão de sintomas e atividades desempenhadas pelos clientes, revelando a importância do papel do enfermeiro nestas áreas

Os resultados do estudo confirmam que os clientes são capazes de avaliar as diferentes dimensões da centralidade dos cuidados, que neste estudo foi avaliada entre moderada a elevada. Para além disso, os clientes indicaram que as dimensões da centralidade dos cuidados estão associadas a resultados sensíveis em enfermagem, como a satisfação e o autocuidado terapêutico. Os clientes valorizam que os enfermeiros respondam às suas necessidades, atendam às suas preferências, realizem educação para a saúde e disponibilizem informação de saúde.

A centralidade dos cuidados valorizados pela pessoa/cliente é um atributo de elevada qualidade dos cuidados revelando que os cuidados prestados se enquadram num paradigma holista, de flexibilidade e reciprocidade, tal como refere Williams & Jones (2006).

De salientar que as escalas utilizadas na colheita de dados mostraram boas propriedades psicométricas e foram traduzidas e validadas para a língua portuguesa, tendo sido utilizadas em investigações anteriores. Tradicionalmente os investigadores têm tendido para uma atitude cautelosa e a recomendar alguma atenção na generalização da validade. Porém, encontra-se na literatura em investigação que os resultados obtidos devem ser valorizados sempre que os procedimentos sejam claros e credíveis (Doran, 2003, 2011; Moreira, 2009).

Os nossos resultados sugerem um maior investimento na qualidade do ambiente de trabalho da prática de enfermagem, nomeadamente na área dos recursos humanos e na participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital. Os enfermeiros consideram ser essencial, para um melhor ambiente de trabalho da prática de enfermagem, o seu envolvimento na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem, a sua participação nos assuntos do hospital, colaborando em comissões ou departamentos, onde impere um clima de confiança, competência e valores profissionais. O ambiente da prática de enfermagem é essencial à prestação de cuidados de elevada qualidade onde os enfermeiros trabalham de forma mais positiva e prestam melhores cuidados (van Bogaert, *et al.*, 2010, 2013).

Claramente, evidencia-se, um desafio para a liderança e gestão em enfermagem quer em relação à organização quer em relação aos resultados obtidos, face à qualidade dos cuidados. É

essencial dar visibilidade ao contributo dos enfermeiros nos resultados obtidos. Neste estudo, obteve-se uma relação direta entre liderança e gestão do enfermeiro chefe e a qualidade dos cuidados na perspetiva dos enfermeiros, que importa sedimentar e continuar a valorizar. Estes são por nós considerados aspetos relevantes, dada a complexidade cada vez maior dos cuidados a prestar, dos contextos cada vez mais desafiantes e dificultadores (aumento do número de horas de trabalho, dotações de enfermeiros “não seguras”, não progressão na carreira e desvalorização do desenvolvimento profissional, pela não aposta das organizações na formação do seu capital humano), quer pelas constantes mudanças que têm surgido, não apenas em termos de gestão e organização dos serviços, mas também pela competitividade entre organizações de saúde que se quer sejam credíveis, onde os clientes se sintam seguros e confiantes.

Consideramos que os resultados do estudo dão contributos válidos às várias dimensões da enfermagem. As evidências obtidas, cremos, enriquecem o corpo de conhecimentos em enfermagem e podem servir de guia no desenvolvimento da prática de enfermagem, da investigação e da gestão, bem como, serem integradas na formação dos enfermeiros.

O estudo reforça a necessidade e as mais-valias da formação em enfermagem. A tomada de decisão dos enfermeiros relativamente ao que os clientes pretendem, necessitam e preferem e a forma como intervêm são aspetos relevantes da centralidade dos cuidados que são valorizados nos currículos dos cursos de formação. Intensifica-se a necessidade da formação face aos resultados encontrados, junto dos mais jovens, pela menor valorização da educação para a saúde observada e pela importância da aplicação de um sistema de apoio e educação e, dos que têm mais anos de experiência profissional, pela relevância do seu envolvimento nas tomadas de decisão junto dos seus pares ou superiores, bem como pela valorização da centralidade dos cuidados.

Os construtos da centralidade dos cuidados por nós obtidos são consistentes com resultados anteriores e têm subjacentes comportamentos base inerentes à prática e à qualidade dos cuidados (Lusk & Fater, 2013), como a comunicação, saber ouvir, tratar os clientes como pessoas únicas (Bastiaens *et al.*, 2007; Lee & Ling, 2010, citado por Lusk & Fater, 2013; Robinson *et al.*, 2008; Sidani, 2008; Wolf *et al.*, 2008), um processo de ensino aprendizagem (Breen *et al.*, 2009 citado por Lusk & Fater, 2013; Flach *et al.*, 2004; Meterko *et al.*, 2010) respeitar valores e responder às necessidades dos clientes (Breen *et al.*, 2009 citado por Lusk & Fater, 2013; Meterko *et al.*, 2010). Assim, os construtos da centralidade dos cuidados são pressupostos para a qualidade dos cuidados.

De salientar, e atendendo aos resultados obtidos, confirmado também por outros estudos (Sidani, 2008) a diferença de perceção da centralidade dos cuidados entre enfermeiros e clientes, pelo que, torna-se ainda mais importante atender à centralidade dos cuidados na perspetiva dos

clientes, só assim o cliente se torna resiliente, adquirindo mais conhecimentos e desenvolvendo novas estratégias de atuação no sentido da sua autonomia e bem-estar durante e após o internamento. Concluindo, a centralidade dos cuidados pode ser “medida” e os construtos aqui identificados podem ser valorizados e avaliados, para que os enfermeiros possam pôr em prática a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Conhecendo os resultados, será mais fácil ir ao encontro do que são as expectativas dos clientes e, conseqüentemente, melhorar os resultados na pessoa/cliente.

As práticas de gestão e liderança têm sido relatadas como um fator que influencia o ambiente de trabalho da prática de enfermagem, o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados (Cummings 2010; Gifford, *et al.*, 2007; Hughes, 2005; McGillis Hall & Doran, 2007; Wong & Cummings, 2007), pelo que devem ser também valorizadas, nomeadamente na área da educação e gestão em enfermagem. Kouzes & Posner (2009) dizem-nos que quando estão no seu melhor, os líderes apresentam práticas que vão para além de modelos contingenciais de liderança. Estes autores consideram que a liderança é um processo compreensível com características também universais e que, apesar de cada líder ser único existem padrões comuns à prática da liderança e estas podem ser aprendidas. Pelo exposto, consideramos que enquanto educadores da área de gestão em enfermagem estas práticas podem contribuir para o sucesso, não só dos resultados, como também para um ambiente promotor da qualidade de cuidados que seja valorizado por todos.

Os resultados do estudo podem, também, facilitar a tomada de decisão consciente e fundamentada sobre políticas de saúde e de gestão de recursos, incluindo a valorização da formação dos enfermeiros, com repercussões igualmente importantes ao nível do ambiente de trabalho (valorização do papel do chefe/líder, fundamentos de qualidade dos cuidados) e dos próprios cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente no âmbito das intervenções autónomas. Concordamos com Palese *et al.* (2013) que referem que as políticas de saúde podem ter um papel importante nos ambientes de trabalho da prática de enfermagem com repercussões para a efetividade da enfermagem, com impacto ao nível da estrutura e do processo, resultante da condição de saúde dos clientes e dos recursos em enfermagem.

A replicação do estudo, nomeadamente em outro tipo de serviços, como serviços de cuidados críticos, crónicos ou cuidados primários, bem como uma metodologia de colheita de dados em vários momentos (desenho longitudinal) poderá dar contributos diferentes e complementares valorizando a centralidade dos cuidados na obtenção dos resultados sensíveis em enfermagem. Também a replicação do estudo em outras regiões de saúde do País poderá trazer

resultados interessantes, já que as variáveis organizacionais relativas ao contexto de cuidados revelaram-se importantes face à centralidade dos cuidados e ao ambiente da prática de trabalho em enfermagem. A replicação do estudo deve ter em conta não apenas a dimensão da amostra, mas também o número de elementos dos diferentes grupos em análise que, no nosso caso, e relativamente ao número de enfermeiros chefes, limita a análise realizada.

Considera-se necessário desenvolver futura investigação para conhecer as relações entre as variáveis estruturais, de processo e outros resultados, por exemplo em relação a efeitos adversos, gestão de sintomas ou face a outras variáveis como experiências anteriores de internamento e segundo a condição de saúde da pessoa/cliente. Nesta sequência, parece-nos pertinente analisar as relações reciprocamente, entre resultados e as variáveis de processo e/ou estruturais, já que se pressupõe que a centralidade dos cuidados também é recíproca e, por conseguinte, os enfermeiros intervêm de acordo com as características de cada cliente.

Para a confirmação e sustentação do modelo de pesquisa do estudo, e cuja âncora é o modelo da efetividade do papel da enfermagem, evidenciando as relações propostas, seria também interessante recorrer a um estudo longitudinal, onde se analisaria em mais de um momento os resultados sensíveis em enfermagem (à saída do hospital e ao fim de um mês de internamento), o que, pensamos, resultaria numa valorização das intervenções autónomas como um elemento chave não apenas do autocuidado, mas também da qualidade de vida e bem-estar da pessoa/cliente.

Em conclusão, o estudo foi desenhado para explorar as relações entre fatores estruturais, como as características inerentes aos clientes, enfermeiros e organização e os resultados sensíveis em enfermagem, atendendo à prestação de cuidados de enfermagem, tendo por base a centralidade dos cuidados. Os resultados do estudo dão resposta às questões de investigação e respondem aos objetivos inicialmente traçados e que é possível associar.

Os resultados que emergem do presente estudo podem ter relevância a nível nacional e internacional. A nível nacional dado que oferecem um suporte à gestão e liderança em enfermagem pelas melhores práticas valorizadas pelos enfermeiros facilitando a tomada de decisão entre dirigentes e enfermeiros chefes. Pode ter repercussões a nível de políticas de saúde já que é valorizada pelos enfermeiros a sua participação em assuntos do hospital, bem como a necessidade fundamental de adequação de recursos para um melhor ambiente hospitalar, um imperativo na qualidade dos cuidados. Os resultados podem afetar políticas nacionais no sentido de se obter resultados positivos para os clientes e criar recomendações apropriadas que suporte a prática de enfermagem. A nível internacional pela identificação e comparação com resultados semelhantes que suporta a efetividade em enfermagem em diferentes países.

Limitações do estudo

Deste estudo resultam, porém, algumas limitações decorrentes da dificuldade em estimar a representatividade da amostra na população em estudo. Apesar de considerarmos a amostra como aleatória simples, esta pode não ser representativa da população, a condição mais importante para a generalização dos resultados, segundo Almeida e Freire (2008). Para que a generalização seja possível é necessário que as características da população estejam refletidas na amostra considerada. Os autores anteriormente referidos identificam como princípios a atender para a generalização dos resultados, nomeadamente, o conhecimento prévio das características da população relevantes para o estudo e o conhecimento da distribuição da população pelas características identificadas, o que neste caso não se verificou.

Acresce a este facto que a complexidade dos contextos onde ocorre a prestação de cuidados apresenta um cariz de instabilidade, incerteza e insegurança, quer para os clientes, quer para os enfermeiros; não apenas pela situação de doença, que é cada vez mais complexa, incapacitante e onerosa, mas também pelo clima atual que se vivencia, nomeadamente ao nível do macro e exossistema de carência económica e social, que torna os “ambientes” cada vez mais singulares.

Outra potencial limitação do estudo, reporta-se à constituição não equitativa dos diferentes grupos de clientes e enfermeiros que participaram no estudo, por um lado, pelo desconhecimento minucioso dos estratos da população, e por outro, dificultaria o acesso ao campo de dados, muito mais tempo e recursos seriam necessários.

Também a escassez de estudos, nomeadamente em Portugal, que reportam a relação entre gestão, liderança e resultados, bem como dimensões de centralidade dos cuidados e resultados sensíveis em enfermagem limita a consolidação das relações aqui observadas.

Julgamos, no entanto, que estas limitações não comprometem o sucesso dos objetivos definidos para este estudo, nem os contributos que surgiram da operacionalização do modelo de pesquisa proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhadi, N., & Drach-Zahavy, A. (2011). Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), pp. 1276–1287.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2011, agosto). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem SCD/E. Relatório Anual 2010*. Obtido de www.acss.min-saude.pt.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2012, Dez). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem SCD/E. Relatório Anual 2011*. Obtido de www.acss.min-saude.pt.
- Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (2009). *Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho*. Obtido de http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos_hospitais_-_Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *Enabling patient-centered care through health information technology. Evidence Report/Technology Assessment No. 206*. Obtido de www.ahrq.gov: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2001). Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Health and Human Services Administration*, 23, pp. 416–442.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002b, Sep–Oct). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), pp. 187–194.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., & Koen Van . (2012). *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. Obtido de BMJ: doi: 10.1136/bmj.e1717 (Published 20 March 2012)
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Kutney Lee, A. (2012). *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. Obtido de British Medical Journal: http://www.bmj.com/highwire/filestream/574655/field_highwire_article_pdf/0/bmj.e1717
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., van den Heed, K., & Sermeus, W. (2013, Feb). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 143–153.
- Aiken, L., & Patrician, P. (2000, May-Jun). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 49(3), pp. 146-153.

- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration, 18*(5), pp. 223-229.
- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002a). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA, 288*, pp. 1987-1993.
- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D., & Silber, J. (2003). Education levels of hospital nurses and patient mortality. *Journal of the American Medical Association 290* (12), pp. 1617–1623.
- Alenius, L. S., Tishelman, C., Runesdotter, S., & Lindqvist, R. (2014, Mar). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *British Medical Journal Quality Safety, 23*(3), pp. 242-249.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação. 5.ª ed.* Braga: Psiquilibrios Edições.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação. 5.ª ed.* Psiquilibrios Edições.
- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção. O que pensam os estudantes. *Nursing, jul-ago*, pp. 8-14.
- Amendoeira, J. (2006a). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Revista Sinais Vitais, 67*, pp. 19-27.
- Amendoeira, J. (2006b). *Uma biografia partilhada da enfermagem.* Coimbra: Formasau.
- Amendoeira, J. (2012). *A ética das profissões. Ética e deontologia profissional. A partir do debate em torno dos conceitos de ética e de profissão.* Lisboa: FORGEP.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Ferreira, I., Godinho, C., Saragoila, F., . . . Domingos, F. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de Enfermagem. Expressões e significados.* Santarém: Escola Superior de Saúde.
- American Nurses Associations. (2012). *The impact of nursing care on quality.* Obtido de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement>
- André, O., & Rosa, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde. Satisfação dos utentes. *Enfermagem Oncológica, 1*(3), pp. 13-33.
- Anzai, E., Douglas, C., & Bonner, A. (2013, Jun). Nursing practice environment, quality of care and moral of hospital nurses in Japan. *Nursing Health Sciences, 16*.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors

- with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, pp. 240-252.
- Bastiaens, H., Royen, P. V., Richard, B., & Pavlic, D. R. (2007, Oct). Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1), pp. 33-42. .
- Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A., & Comiskey, C. M. (2013). Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), pp. 1323–1337.
- Behrenbeck, J., Timm, J. A., Griebenow, L. K., & Demmer, K. A. (2005, Jan-Mar). Nursing-Sensitive Outcome Reliability Testing in a Tertiary Care Setting. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16(1), pp. 14-20.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. 2ª ed.* Coimbra: Quarteto.
- Beswick, S., Hill, P. D., & Anderson M.A., M. A. (2010). Comparison of nurse workload approaches. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 592–598.
- Bezold, C. (2005). The future of patient-centered care: scenarios, visions, and audacious goals. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 11(1), pp. S77-S84.
- Bigbee, J., & Issel, L. M. (2012 Jul-Aug). Conceptual models for population-focused public health nursing interventions and outcomes: the state of the art. *Public Health Nursing*, 29(4), pp. 370-379.
- Bilhim, J. A. (2005). *Teoria organizacional. Estruturas e pessoas. 4.ª ed.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Biron, A. D., Riccher, M.-C., & Ezer, H. (2007). A Conceptual Framework Contributing to Nursing Administration and Research. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 188-196.
- Bismark, M. M., & Studdert, D. M. (2013). *Governance of quality of care: a qualitative study of health service boards in Victoria, Australia*. Obtido de The international journal of healthcare improvement: BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2013-002193
- Boev, C. (2012). The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), pp. 368-375.
- Boev, C. (2013, Apr). Critical analysis of 2 nurse perception instruments: the index of work satisfaction and the practice environment scale of the nursing work index. *journal of nursing administration* 43(4), pp. 215-220.
- Bolton, L. B., & Goodenough, A. (2003, Oct-Dec). A magnet nursing service approach to nursing's role in quality improvement. *Nursing Administration Quaterly*, 27(4), pp. 344-354.

- Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenber, M., & Secic, M. (2013, Jan-Feb). Patient safety in medical-surgical units: can nurse certification make a difference? *Research for Practice*, 22(1), pp. 26-37.
- Bonneterre, V., Liaudy, S., Chatellier, G., Lang, T., & de Gaudemaris, R. (2008). Reliability, validity, and health issues arising from questionnaires used to measure psychosocial and organizational work factors (POWFs) among hospital nurses: a critical review. *Journal of Nursing Measurement*, 16(3), pp. 207-230.
- Bowles, T. (2012, Jun). Measuring quality: an evaluation of a nurse-led stoma care outpatient clinic. *Gastrointestinal Nursing*, 10(5), pp. 11-15.
- Boyle, S. M. (2004, May-Jun). Nursing Unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics*, 22(3), pp. 111-123.
- Brilman, J. (2000). *As melhores práticas de gestão no centro do desempenho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental process. Em W. Damon, & R. M. Lerner, *Handbook of child psychology, vol1* (pp. 993-1028.). New York: Wiley.
- Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., Kramer, M., Schmalenberg, C., & van Achterberg, T. (2014). Measuring the nursing work environment: translation and psychometric evaluation of the Essentials of Magnetism. *International Nursing Review*, 61(1), pp. 99-108.
- Brown, C., Bornstein, E., & Wilcox, C. (2012, Feb). Partnership and empowerment program: a model for patient-centered, comprehensive, and cost-effective care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), pp. 15-17.
- Brown, D. S., Donaldson, N., Bolton, L. B., & Aydin, C. E. (2010, Nov-Dec). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal of Healthcare Quality*, 32(6), pp. 9-17.
- Brown, D., Ward-Griffin, C., & McWilliam, C. (2006). Client-centred empowering partnering in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 53(2), pp. 160-168.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2011). *Quantitative data analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19. A guide for social scientists*. New York: Routledge.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2011). *Understanding nursing research: building an evidence-based practice. 5 th ed*. Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2013). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1-10.
- Butts, J. B. (2011). Components and levels of abstraction in nursing knowledge. Em J. B. Butts, & K. L. Rich, *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (pp. 89-112). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

- Byers, J. F., & Brunell, M. L. (1998, May). Demonstrating the value of the advanced practice nurse: an evaluation model. *AACN Clinical Issues*, 9(2), pp. 296-305.
- Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2013, Jun). Spiritual distress—proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(2), pp. 77-84.
- Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Carlson, M. J., Shaul, J. A., Eisen, S. V., & Cleary, P. D. (2002). The influence of patient characteristics on ratings of managed behavioral health care. *J. Behav. Health Serv. Res. Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29, pp. 481-489.
- Case, M. A. (2010). Oncology nurse navigator: ensuring safe passage. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), pp. 33-40.
- Chaboyer, W., Johnson, J., Hardy, L., Gehrke, T., & Panuwatwanich, K. (2010 May). Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), pp. 1111-1119.
- Chaboyer, W., Ringdal, M., Aitken, L., & Kendall, E. (2013). Self-care after traumatic injury and the use of the therapeutic self care scale in trauma populations. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), pp. 286–294.
- Chang, K. (1997). Dimensions and indicators of patients' perceived nursing care quality in the hospital setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 11(6), pp. 26-37.
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1988, Sep). The Urgent Need to Improve Health Care Quality Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *The Journal of American Medical Association*, 280(11), pp. 1000-1005.
- Cheng, C., & Liou, S. (2010). Intention to leave of Asian nurses in US hospitals: does cultural orientation matter? *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2033–2042.
- Cho, S., Mark, B. A., Yun, S., & Kyung, K. J. (2011). Differences in intensive care unit work environments among and within hospitals using subscales and a composite measure of the Revised Nursing Work Index. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2637-2648.
- Choi, J., & Boyle, D. K. (2014). Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies in press*.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W., & Delbanco, T. L. (1992). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Quality Review Bulletin*, 18, pp. 53-59.
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2013, Feb). A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 162–173.

- Cohen, J., Stuenkel, D., & Nguyen, Q. (2009, Oct-Dec). Providing a healthy work environment for nurses: the influence on retention. *Journal Of Nursing Care Quality, 24(4)*, pp. 308-315.
- Conceição, S. C., & Taylor, L. D. (2007 Sep-Oct). Using a constructivist approach with online concept maps: relationship between theory and nursing education. *Nursing Education Perspectives, 28(5)*, pp. 268-275.
- Covell, C. L., & Sidani, S. (2012). Nursing intellectual capital theory: operationalization and empirical validation of concepts. *Journal of Advanced Nursing, 69(8)*, pp. 1785–1796.
- Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research, 3*, pp. 24-39.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010, Mar). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 47(3)*, pp. 363-385.
- Davidson, P. M., Elliot, D., & Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management, 14*, pp. 180-187.
- De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J. M., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., Perello'-Campaner, C., & Gómez-Picard, P. (2012). Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, 68(2)*, pp. 452–459.
- De Pedro-Gomez, J., Morales-Asencio, J. M., Sese'-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J., & Miguélez-Chamorro, A. (2011). Psychometric testing of the Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in a primary healthcare context. *Journal of Advanced Nursing, 68(1)*, pp. 212–221.
- Decreto Lei nº122/10 de 11 de novembro, Diário da República n.º 219/10- I Série. Ministério da Saúde. Portugal .
- Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, Diário da República nº249/05- I Série A. Ministério da Saúde. Portugal.
- Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de setembro, Diário da República nº 184/09-I Série. Ministério da Saúde. Portugal.
- Decreto-Lei n.º 248/09 de 22 de setembro, Diário da República nº 184/09 - I Série. Ministério da Saúde. Portugal.
- Decreto-Lei n.º 30/11 de 2 de março, Diário da República nº 43- 2 - I Série. Ministério da Saúde. Portugal.
- Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro, Diário da República nº 184/91- I Série. Ministério da saúde. Portugal.

- Desmedtb, M., De Geesta, S., Schubert, M., Schwendimanna, R., & Ausserhofer, D. (2012, Dec, 21). *A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research*. Obtido de Swiss Med Wkly. 2012;142:w13733: doi:10.4414/smw.2012.13733
- Dewi, W. N., Evans, D., Bradley, H., & Ullrich, S. (2013, April). Person-centred care in the Indonesian health-care system. *International Journal of Nursing Practice* , pp. 1-7.
- Dewing, J. (2004, Mar). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), pp. 39-44.
- Dierckx de Casterlé, B., Willemse, A., Verschueren, M., & Milisen, K. (2008, Sep). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *Journal of Nursing Management*, 16, pp. 753-763.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional da Saúde 2012-2016*. Obtido de www.portaldasaude.pt: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_1_Enquadramento_2013-01-151.pdf
- Direção Geral da Saúde. (4 de maio de 2014). *DGS* . Obtido de <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Donabedian, A. (1966). Evaluation the Quality of Medical Care. *The Milbank Quaterly*, 44(3), pp. 166-203.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Editado por Rashid Bashshur. New York: Oxford University Press, Inc.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing-sensitive outcomes. State of the science*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes. The State of the Science. 2nd ed*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D., McGillis Hall, L., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., Donner, G., & Baker, G. (2001). Nursing Staff Mix and Patient Outcome Achievement: The Mediating Role of Nurse Communication. *The Journal of International Nursing Perspectives*, 1, pp. 74-83.
- Doran, D., & Sidani, S. (2007, Mar). Outcomes-focused knowledge translation: a framework for knowledge translation and patient outcomes improvement. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(1), pp. 3-13.
- Doran, D., Harrison, M. B., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., . . . Granley, L. (2006). Relation between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health*, 29(1), pp. 61-70.

- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39.
- Dowding, L., & Barr, J. (2002). *Managing in health care. A guide for nurses, midwives & health visitors*. London: Prentice Hall.
- Dowding, L., & Barr, J. (2007). *Managing in health care. A guide for nurses, midwives & health visitors*. London: Prentice Hall.
- Drach-Zahavy, A. (2009). Patient-centred care and nurses' health: the role of nurses' caring orientation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), pp. 1463–1474.
- Drach-Zahavy, A., & Dagan, E. (2002). Caring to Managing and Beyond: an Examination of the Head Nurse's Role. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 19-28.
- Dubois, C., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Blais, R. (2013). *Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals*. Obtido de International Journal of Quality Health Care, 25(2): doi: 10.1093/intqhc/mzt019
- Duff, E. (2011). Relating the nursing paradigm to practice: A teaching strategy. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1), pp. 1548-1923.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research* 24, pp. 244-255.
- Duffield, C., Roche, M., Diers, D., Catling-Paul, C., & Blay, N. (2010). Staffing, skill mix and the model of care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 2242–2251.
- Edwardson, S. (1985, Jan-Feb). Measuring Nursing Productivity. *Nursing Economics*, 3, pp. 9-14.
- Eneh, V. O., Vehviläinen-julkunen, K., & Kvist, T. (2012). Nursing leadership practices as perceived by Finnish nursing staff: high ethics, less feedback and rewards. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 159-169.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2012, mar, 12). *Estudo de avaliação dos Centros Hospitalares*. Obtido de ERS: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/400/Sum_rio_executivo_CH.pdf
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011, Mar-April). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), pp. 100-103.
- Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of Nursing Management*, 3(4), pp. 59-76.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Hesketh, K. L., Giovanne, P., Thomson, D., . . . Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health, 25*, pp. 256-268.
- Fachada, O. (2014). *Liderança. A prática da liderança. A liderança da prática*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Fawcet, J. (2011a). Theory testing and theory evaluation. Em J. B. Butts, & K. L. Rich, *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (pp. 605-623). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Fawcet, J. (2011b). Using theory in evidence-based advanced nursing practice. Em J. B. Butts, & K. L. Rich, *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (pp. 625-642). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Fawcett, T. N., & McCulloch, C. (2014, march). Pursuing a career in nursing research. *Continuing Professional Development, 28(28)*, pp. 54-58.
- Fedoruk, M., & Pincombe, J. (2000, Jan). The Nurse Executive: Challenges for the 21st Century. *Journal of Nursing Management, 8(1)*, pp. 13-20.
- Ferreira, M. R., & Amendoeira, J. (2014, ago). Estudo de adaptação e validação da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(4)*, pp. 690-697.
- Ferreira, M., & Amendoeira, J. (2011). Resultados sensíveis a cuidados de enfermagem. *Referência, revista de Enfermagem 4, III Série (2)*, p. 586.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13*, pp. 55-66.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa, 13*, pp. 119-126.
- Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2014b). Nursing-sensitive outcomes: instruments. *Revista da UIIPS, Unidade de Investigação, 6*, p. no prelo.
- Fiedler, F. E. (1978). The contingency model and the dynamics of the leadership process. Em L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology* (pp. 59-112). New York: Academic Press.
- Finkelman, A. W. (2006). *Leadership and management in nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Flach, S. D., McCoy, K. D., Vaughn, T. E., Ward, M. M., Bootsmiller, B. J., & Doebbeling, B. N. (2004). Does patient-centered care improve provision of preventive services? *Journal of General Internal Medicine, 19*, pp. 1019-1026.
- Flynn, I., Carryer, J., & Budge, C. (2005). Organizational attributes valued by hospital home care, and district nurses in the United States and New Zealand. *Journal of Nursing Scholarship, 37(1)*, pp. 67-72.

- Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G., Xie, M., & Suh, D. (2012). Nurses' practice environments, error interception practices and inpatient medication errors. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(2), pp. 180-186.
- Flynn, M., & McKeown, M. (2009). Nurse staffing levels revisited: a consideration of key issues in nurse staffing levels and skill mix research. *Journal of Nursing Management, 17*, pp. 759–766.
- Fortin, M.-F. (2003). *Processo de investigação. Da concepção à realização. 3ª ed.* Loures: Lusociência.
- Fox, M. T., Sidani, S., Streiner, D. L., McGilton, K. S., & Grad, C. (2011). Effect of the response tree format on the utility and psychometric properties of scales measuring symptoms in adults undergoing inpatient rehabilitation. *Research in Nursing & Health, 34*, pp. 508–519.
- Fox, R., Fox, D. H., & Wells, P. J. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit performance. *Journal of Nursing Administration, 29*, pp. 12-18.
- Friese, C. R. (2012, Mar). Practice environments of nurses employed in ambulatory oncology settings: measure refinement. *Oncology Nursing Forum, 39*(2), pp. 166-172.
- Friese, C. R., & Manojlovich, M. (2012). Nurse-Physician Relationships in Ambulatory Oncology Settings. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(3), pp. 258-265.
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., & Sochalski, J. (2008, Aug). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research, 43*(4), pp. 1145–1163.
- Gabriel, A. S., Erickson, R. J., Moran, C. M., Diefendorff, J. M., & Bromley, G. E. (2013, Dec). A multilevel analysis of the effects of the practice environment scale of the nursing work index on nurse outcomes. *Research in Nursing & Health, 36*(6), pp. 567–581.
- Gagnon, A. J., Schein, C., McVey, L., & Bergman, H. (1999). Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*, pp. 1118-1124.
- Gantz, N. R., Sorenson, L., & Howard, R. L. (2003, Oct-Dec). A collaborative perspective on nursing leadership in quality improvement. The foundation for outcomes management and patient/staff safety in health care environments. *Nursing Administration Quarterly, 27*(4), pp. 324-329.
- Gardner, G., Gardner, A., & O'Connell, J. (2013). Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of Clinical Nursing, 23*, pp. 145-155.
- Gardner, G., Woollett, K., Daly, N., & Richardson, B. (2009). Measuring the effect of patient comfort rounds on practice environment and patient satisfaction: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice, 15*, pp. 287–293.

- Germain, B. P., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 425–439.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Walker, J. D., Stoke, D. M., Cleary, P. D., & Delbanco, T. L. (1993). What patients really want. *Health Management Quarterly*, 15(3), pp. 2-6.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., & Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: a integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3, pp. 126-145.
- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, pp. 3-24.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2007). *Os novos líderes. A inteligência emocional nas organizações*. Lisboa: Gradiva.
- Granger, B. B., Prvu-Bettger, J., Aucoin, J., Fuchs, M. A., Mitchell, M. H., Holditch-Davis, D., . . . Gilliss, C. (2012). An academic-health service partnership in nursing: lessons from the field. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), pp. 71–79.
- Green, T., Kelloway, L., Davies-Schinkel, C., Hill, M., & Lindsay, M. P. (2011). Nurses' accountability for stroke quality of care: Part one: Review of the literature on nursing-sensitive patient outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), pp. 13-23.
- Griffiths, P., Jones, S., & Bottle, A. (2013, February). Is "failure to rescue" derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 292–300.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 7th ed. Missouri: Elsevier Inc.
- Gudmundsdottir, E., Delaney, C., Thoroddsen, A., & Karlsson, T. (2004). Translation and Validation of the Nursing Outcomes Classification Labels and Definitions for Acute Care Nursing in Iceland. *Journal of advanced nursing*, 46(3), pp. 292–302.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009, Jul). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. a survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), pp. 920-927.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing. An integrative approach*. 4th ed. USA: Saunders Elsevier.
- Hauck, S., Winsett, R. P., & Kuric, J. (2012). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), pp. 664–674.

- Haycock-stuart, E., & Kean, S. (2012). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management* 20, 372–381, pp. 372-381.
- Hayes, B., Douglas, C., & Bonner, A. (2013, Dec). *Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses*. Obtido de journal of nursing management: journal of nursing management 2013 Dec 30. doi: 10.1111/jonm.18184.
- Herman, J., & Reichelt, P. A. (1998, Oct). Are First-line Nurse Managers Prepared for Team Building? *Nursing Management*, 29(10), pp. 68-72.
- Hersey, P., & Blanchard, K. (1984). *The management of organizational behavior*. 4th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinno, S., Partanen, P., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2011). Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1584–1593.
- Hobbs, J. L. (2009 Jan-Feb). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 58(1), pp. 52-62.
- Holland, A., & McIntosh, B. (2014). Optimising productivity, quality and efficiency in community nursing. *British Journal of Community*, 17(8), pp. 390-393.
- Hughes, C. (2005, Aug). An extensive new literature concerning low-dose effects of bisphenol. A shows the need for a new risk assessment. *Environtal Health Perspectives*, 113(8), pp. 296-33.
- Hui-Ying, C., & Lin, S. (2009). Psychometric testing of the Chinese version of nursing practice environment scale. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), pp. 919-929.
- Hwang, J. (2013). Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*, pp. 1-9.
- Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A., . . . Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, pp. 91-98.
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroglu, R., Luz, M. D., Efstathiou, G., . . . Suhonen, R. (2012). Nurses' sociodemographic background and sasessments of Individualized Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), pp. 284-293.
- INE. (18 de fevereiro de 2014). Obtido de www.ine.pt: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_faqs&FAQSfaq_boui=63632962&FAQSmodo=1
- Ingersoll, G., McIntosh, E., & Williams, M. (2000). Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), pp. 1272-1281.

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>.
- Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education. (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/>.
- Irvine, D., O'Brien-Pallas, L. ., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., & Lochhaas-Gerlach, J. (2000). The reliability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. *Research in Nursing & Health*, 23, pp. 43-54.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998a, Mar-Apr). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic\$, 16(2)*, pp. 58-64.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998b, May-Jun). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economic\$, 16(3)*, pp. 110-131.
- Ishihara, I., Ishibashi, Y., Takahashi, K., & Nakashima, M. (2013, Jul). Effect of organizational factors and work environments on newly graduated nurses' intention to leave. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(3), pp. 200-210.
- Issel, M., Bekemeier, B., & Baldwin, K. A. (2010). Three population-patient care outcome indicators for public health nursing: results of a consensus project. *Public Health Nursing*, 28(1), pp. 24-34.
- Izumi, S. (2012, Oct-Dec). Quality improvement in nursing: administrativ mandate or professional responsibility? *Nursing Forum*, 47(4,, pp. 260-267.
- Jeffs, L., Jiang, D., Wilson, G., Ferris, E., Cardiff, B., Lanceta, M., . . . Pringle, D. (2012 Dec). Linking HOBIC measures with length of stay and alternate levels of care: implications for nurse leaders in their efforts to improve patient flow and quality of care. *Nursing Leadership (Tor Ont)*. 25(4), pp. 48-62.
- Jeffs, L., Sidani, S., Rose, D., Espin, S., Smith, O., Martin, K., . . . Ferris, F. K. (2013). Using theory and evidence to drive measurement of patient, nurse and organizational outcomes of professional nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 19, pp. 141–148.
- Jenerette, C., & Murdaugh, C. (2008). testing the theory of self-care management for sickle cell disease. *Research in Nursing and Health*, 31, pp. 355-369.
- Jennings, B., Stagers, N., & Brosch, L. R. (1999). A classification Scheme for Outcome Indicators. *The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), pp. 381-388.
- Johns, C. (2003, Jan). Clinical supervision as a model for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 11(1), pp. 25-34.
- Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2010). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Joseph, A. M. (2007, Jan-Feb). The Impact of Nursing on Patient and Organizational Outcomes. *Nursing Economic\$, 25(1)*, pp. 30-34.
- Jumaa, M. O., & Crossan, F. (2007, March). Editorial. Developing, implementing and sustaining nursing leadership and management capacity: practical implications for quality patient services. *Journal of Nursing Management, 15(2)*, pp. 125-130.
- Juvé-Udina, M., Pérez, E. Z., Padrés, N. F., Samartino, M. G., García, M. R., Creus, M. C., . . . Calvo, C. M. (2014). Basic nursing care: retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurses in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship, 46(1)*, pp. 65–72.
- Kavanagh, K. T., Cimiotti, J. P., Abusalem, S., & Coty, M. B. (2012, Dec). Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing. *Journal of Nursing Scholarship, 44(4)*, pp. 385-395.
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A., & Doran, D. (2012). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing, 69(1)*, pp. 205–217.
- Kim, M. Y. (2011, Oct). Effects of oncology clinical nurse specialists' interventions on nursing-sensitive Outcomes in South Korea. *Clinical Journal of Oncology Nursing 15 (5)*, pp. E66-74.
- Kirk, H. (2008). Nurse executive director effectiveness: a systematic review of the literature. *Journal of Nursing Management, 16*, pp. 374-381.
- Kirwan, M., Mathews, A., & Scott, A. P. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies, 50*, pp. 253-263.
- Klaus, S. F., Dunton, N., Gajewski, B., & Potter, C. (2013). Reliability of the nursing care hour measure: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies, 50*, pp. 924-932.
- Knight, M. M. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing, 31*, pp. 1459-1468.
- Ko, Y., Wu, H., & Lin, P. (2013). A survey of patients' quality of life and health-care needs prior to undergoing total joint replacement surgery. *International Journal of Nursing Practice, 19*, pp. 415–422.
- Ko, Y.-L., Wu, H.-F., & Lin, P.-C. (2013). A survey of patients' quality of life and health-care needs prior to undergoing total joint replacement surgery. *International Journal of Nursing Practice, 19(4)*, pp. 415–422.
- Kobayashi, K., Takano, A., Kadowaki, T., & Kazum, K. (s.d.). Shibayama, T., Kobayashi, K., Takano, A., Kadowaki, T., & Kazuma, K. (2007). Effectiveness of. *lifestyle counseling by certified expert nurse of Japan for non- insulin treated diabetic outpa.*

- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2009). *O desafio da liderança*. Casal de Cambra: Caleidoscópio - Edição e Artes Gráficas, SA.
- Kouzes, J., & Posner, B. Z. (1988). Development and validation of the leadership practices. *Inventory Educational and Psychological Measurement*, 48, pp. 483-496.
- Krapohl, G., Manojlovich, M., Redman, R., & Zhang, L. (2010, Nov). Nursing speciality certification and nursing-sensitive patient outcomes in the intensive care unit. *AJCC American Journal of Critical Care*, 19(6), pp. 490-498.
- Kunaviktikul, W., Anders, R. L., Srisuphan, W., Chontawan, R., Nuntasupawat, R., & Pumarporn, O. (2001 Dec). Development of quality of nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), pp. 776-84.
- Kwak, C., Chung, B. Y., Xuc, Y., & Eun-Jung, C. (2010). Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, pp. 1292–1298.
- Lake, E. T. (2002, Jun). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), pp. 176-188.
- Lansiquot, B. A., Tullai-McGuinness, S., & Madigan, E. (2012). Turnover intention among hospital-based Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), pp. 187–193.
- Laschinger, H. K., & Almost, J. (2003). Patient satisfaction as a nurse-sensitive outcome. Em D. M. Doran, *Nursing-sensitive outcomes* (pp. 243-281). London: Jones & Bartlett Publishers Inc.
- Laschinger, H. K., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2004, Jun). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), pp. 527-545.
- Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001, Maio). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, pp. 260-272.
- Laschinger, H., & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36, pp. 259-267.
- Laureano, R. M. (2011). *Testes de hipóteses com o SPSS. O meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lauver, D., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., . . . Wells, T. J. (2002, Aug). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), pp. 246-255.
- Lawrence, M., & Kinn, S. (2011). Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature. *Health Expectations*, 15, pp. 295-326.

- Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro. Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, Diário da República, n.º 41- I Série. Assembleia da República. Portugal.
- Lei n.º12/2005 de 26 de janeiro. Informação genética pessoal e informação de saúde, Diário da República n.º 18/2005- I Série A. Assembleia da Republica. Portugal.
- Lei n.º59/2008, de 11 de setembro. Aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, Diário da República, n.º176 I-Série. Assembleia da República. Portugal.
- Lei nº48/90 de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde, Diário da República nº195-I Série. Assembleia da República. Portugal.
- Lianne, J., Sidani, S., Rose, D., Espin, S., Smith, O., Martin, K., . . . Ferris, E. (2013). Using theory and evidence to drive measurement of patient, nurse and organizational outcomes of professional nursing practice. *International Journal of Nursing Practice, 19*, pp. 141-148.
- Liu, K., You, L., Chen, S., Hao, Y., Zhu, X., Zhang, L., & Aiken, L. H. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing, 21*, pp. 1476–1485.
- Lohr, K. N. (1985). Concepts and tools for an effective quality-assurance program. *Health Management Quarterly, 2*(5), p. 17.
- Loke, F. C. (2001, Jul). Leadership Behaviours: Effects on Job Satisfaction, Productivity and Organizational Commitment. *Nursing Management, 9*(4), pp. 91-204.
- Lopes, A. (2012). *Fundamentos da gestão das pessoas. Para uma síntese epistemológica da iniciativa, da competição e da cooperação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual degestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 49*, pp. 1017–1038.
- Lucero, R., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 19*, pp. 2185–2195.
- Lusk, J., & Fater, K. (2013, April-Jun). A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum, 48*(2), pp. 89-98.
- Lynch, B., McCormack, B., & McCance, T. (2011). Development of a model of situational leadership in residential care for older people. *Journal of Nursing Management, 19*, pp. 1058–1069.
- Manojlovich, M., & Sidani, S. (2008). Nurse dose: what's in a concept. *Research in Nursing & Health, 31*, pp. 310–319.

- Maragh, K. A. (2011). The nurse leader as change agent and role model: thoughts of a new nurse manager. *nurse Leader*, 9(3), pp. 39-42. Obtido de nurse Leader 01/2011; 9(3):39-42: DOI: 10.1016/j.mnl.2010.09.007
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. Lisboa: Monitor.
- McCance, T. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice*, 17(2), pp. 101-116.
- McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., & Wandelt, M. A. (1983). *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Nurses Association.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), pp. 472-479.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., . . . Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, pp. 93-107.
- McCurry, M. K., Revell, S. M., & Roy, C. (2010 Jan). Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nursing Philosophy*, 11(1), pp. 42-52.
- McGillis Hall, L., & Doran, D. (2007). Nurses' perceptions of hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 15 (3), pp. 264-273.
- McGillis, H. (2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- McGillis, H., Doran, D., & Pink, G. H. (2004, Jan). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), pp. 41-45.
- McGillis, L. H. (2004). Indicators of nurse staffing and quality nursing work environments. Em H. McGillis, *Quality work environments for nurses and patient safety* (pp. 1-6). London: Jones & Bartlett Publishers.
- McGillis, L. H. (2004). Nurse staffing. Em L. H. McGillis, *Quality work environments for nurses and patient safety* (pp. 9-37). London: Jones & Bartlett Publishers.
- McGliynn, K., Griffin, M. Q., Donahue, M., & Fitzpatrick, J. J. (2012). Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 260-265.

- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). the use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, pp. 148–158.
- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. D. (2000). Building client centered systems of care: choosing a process direction for the next century. *Health Care Management Review*, 25(1), pp. 73-78.
- McMahon, M. A., & Christopher, K. A. (2011, April-Jun). Toward a mid-range theory of nursing presence . *Nursing Forum*, 46(2), pp. 71-82.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. (2009). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 2580–2589.
- McNeese-Smith, D. (1992, Nov-Dec). The Impact of Leadership Upon Productivity. *Nursing economics*, 10(6), pp. 393-396.
- Mead, N., & Bower, P. (2000, Oct). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), pp. 1087-110.
- Meterko, M., Mohr, D. C., & Young, G. J. (2004, May). Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Medical Care*, 42(5), pp. 492-498.
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patients' Judgment of hospital quality: a report on a pilot study. *Medical Care*, 28(9suppl), pp. S44-56.
- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45, pp. 1188–1204.
- Meyer, R. M., & O'Brien-Pallas, L. L. (2010). Nursing services delivery theory: an open system approach. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), pp. 2828-2838.
- Meyer, R., O'Brien-Pallas, L., Doran, D., Streiner, D., Ferguson-Paré, M., & Duffield, C. (2011). Front-line managers as boundary spanners: effects of span and time on nurse supervision satisfaction. *Journal of Nursing Management* 19, pp. 611-622.
- Mintzberg, H. (1994). Managing as Blended Care. *Journal of Nursing Administration*, 24(9), pp. 29-36.
- Mintzberg, H. (2010). *Estrutura e dinâmica das organizações. 4ª ed.* Lisboa: Dom Quixote.
- Mitchell, P., & Lang, N. M. (2004). Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality. Has the Quality Outcomes Model Been Useful? *Mitchell, P.H., & Lang, N.M. Medical Care*, 42(2), pp. 114-111.
- Moore, R., Strachan, H., O'Shead, R. A., & Leitch, J. (2012, Oct). The nursing contribution to quality health care in NHSScotland. *Journal of Nursing Regulation*, 3(3), pp. 29-34.

- Moorhead, S., & Johnson, M. (2004, April-Jun). Diagnostic-specific outcomes and nursing effectiveness research. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 15(2), pp. 49-57.
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Moule, P., & Goodman, M. (2009). *Nursing Research. An introduction*. London: Sage Publications, Ltd.
- Mrayyan, M. T. (2006, Sep). Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *International Nursing Review*, pp. 224-230.
- Munroe, D. J., & Lash, A. A. (2005, April). Achieving magnet recognition: the process. *Medsurg Nursing*, pp. 15-20.
- Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul,, W., Wichaikhum, O., Aunguroch, Y., & Aiken, L. H. (2011). Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), pp. 426–433.
- National Quality Forum. (2009, Sep). *Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure*. Obtido de <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsk, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospital. *New England Journal of Medicine*, 346, pp. 1715-1722.
- Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, S. L., Black, T., Hillman, T., . . . Gross, J. C. (2007, Sep-Oct). Nurse staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. *Rehabilitation Nursing*, 32(5), pp. 179-202.
- Nelson, E. C., Rubin, H. R., Hays, R. D., & Meterko, M. (1990). Response to Questionnaire. *Medical Care*, 28(9Suppl), pp. S18-22.
- Nunes, R. (2005). *Regulação da saúde*. Porto: Vida Económica.
- Nye, J. S. (2009). *Liderança e poder*. Lisboa: Gradiva.
- Observatório das Desigualdades. (9 de maio de 2014). *Indicadores*. Obtido de observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=indicators&id=72&lang=pt>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2005). *A relação entre as horas de cuidados de enfermagem necessárias e prestadas e os resultados observados em doentes internados em meio hospitalar*. Obtido de www.observaport.org.
- OE - Sistema de Informação de Enfermagem. (2007, out). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt.

- OE. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2005). Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 16, p. 52.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. Michigan: Mosby.
- Orts-Cortés, M. I., Moreno-Casbas, T., Squires, A., Fuentelsaz-Gallego, C., Maciá-Soler, L., & González-María, E. (2013 Nov). Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Applied Nursing Research, Volume 26, Issue 4*, pp. 5-9.
- Pai, H. C., Lee, S., & Chang, T. (2010). A confirmatory factor analysis of the clinical nursing practice environment scale with hospital registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2344–2354.
- Palese, A., Mesaglio, M., Lucia, P., Guardini, I., Forno, M., Vesca, R., . . . Salmaso, D. (2013). Nursing effectiveness in Italy: findings from a grounded theory study. *Journal of Nursing Management*, 21, pp. 251-262.
- Park, S. H., Blegen, M. A., Spetz, J., Chapman, S. A., & De Groot, H. (2012). Patient turnover and the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Research in Nursing & Health*, 35, pp. 277–288.
- Parker, D., Tuckett, A., Eley, R., & Hegney, D. (2010). Construct validity and reliability of the practice environment scale of the nursing work index for Queensland nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, pp. 352–358.
- Patrician, P. A., Loan, L., McCarthy, M., Brosch, L. R., & Davey, K. S. (2010). Towards evidence-based management: creating an informative database of nursing-sensitive indicators. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), pp. 358-366.
- Patrician, P., Shang, J., & Lake, E. T. (2010, Apr). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), pp. 99-110.
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19(14), pp. 912-917.
- Pérez-Campos, M. A., Sánchez-García, I., & Pancorbo-Hidalgo, P. (2013, Nov-Dec). Assessment of the professional practice environment by Spanish nurses who participate in internet forums. *Enfermería clínica*, 23 (6), pp. 271-278.
- Perra, B. M. (2000). Leadership: the Key to Quality Outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), pp. 56-61.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrimos a regressão. Com a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS. 5.ª ed.* Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips, J. (2005). Knowledge is power: using nursing information management and leadership interventions to improve services to patients, clients and users. *Journal of Nursing Management, 13*, pp. 524–536.
- Pires, A. R. (2004). *Qualidade. Sistemas de gestão da qualidade. 3.ª ed.* Lisboa: Edições Sílabo.
- Pitkaaho, T., Rynanen, O., Partanen, P., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2010). Data-based nurse staffing indicators with Bayesian networks explain nurse job satisfaction: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing, 67*(5), pp. 1053–1066.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed.* Porto Alegre: Artmed.
- Ponte, P., Conlin, G., Conway, J. B., Grant, S., Medeiros, C., Nies, J., . . . Conley, K. (2003, Nov). Making patient-centered care come alive: achieving full integration of the patient's perspective. *Journal of Nursing Administration, 33*(11), pp. 596-602.
- Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 32*(4), pp. 14-21.
- Poochikian-Sarkissian, S., Wennberg, R. A., & Sidani, S. (2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes on a neuroscience unit: a pilot project. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 30*(2), pp. 14-19.
- PORDATA Base de dados Portugal Contemporâneo. (12 de setembro de 2014). *PORDATA*. Obtido de <http://www.pordata.pt/Portugal:>
<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+em+percentagem+do+PIB-610>
- Portal da Saúde. (10 de setembro de 2014). Obtido de <http://www.portaldasaude.pt:>
<http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/pesquisa/resultados?q=acredita%C3%A7%C3%A3o>
- Portal da saúde. (9 de Maio de 2014). *Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde - Fevereiro de 2007*. Obtido de www.portaldasaude.pt/:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/sustentabilidade+sns.htm>
- Porter-O'Grady, T. (2003a). A different age for leadership, part 1. *Journal of Nursing Administration, 33*(10), pp. 105-110.
- Porter-O'Grady, T. (2003b). A different age for leadership, part 2. *Journal of Nursing Administration, 33*(3), pp. 173-178.

- Prezerakos, P., Galanis, P., & Moisoglou, I. (2013, Nov). *The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes*. Obtido de International Journal of Nursing Practice, 15: DOI: 10.1111/ijn.12223.
- Puchalski, C. M. (2013). Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 123(9), pp. 491-496.
- Purdy, N., Laschinger, H. K., Finegan, J., Kerr, M., & Olivera, F. (2010). Effects of work environment on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 901-913.
- Radwin, L. (2000, Jun). Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research i Nursing & Health*, 23(3), pp. 179-190.
- Radwin, L., & Cabral, H. J. (2009). Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), pp. 683-689.
- Rankinen, S., Suominen, T., Kuokkanen, L., Kukkurainen, M. L., & Doran, D. I. (2009). Work empowerment in multidisciplinary teams during organizational change. *International Journal of Nursing Practice*, 15, pp. 403-416.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013 Aug). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), pp. 351-379.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2003). Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *Journal of Nursing Management*, 11, pp. 396-403.
- Reed, P. G., & Lawrence, L. A. (2008 May). A paradigm for the production of practice-based knowledge. *Journal of Nursing Management*, 16(4), pp. 422-432.
- Rego, A., & Cunha, M. P. (2007). *A essência da liderança*. 3.ª ed. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Rego, A., & Cunha, M. P. (2009). *Liderança positiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3.ª ed. Porto: Legis Editora.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, pp. 600-607.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), pp. 317-322.
- Rubin, H. R., Ware, J. E., & Hays, R. D. (1990, Sep). The PJHQ questionnaire. Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Medical Care*, 28(9Suppl), pp. S22-29.
- Rubin, H. R., Ware, J. E., Nelson, E. C., & Meterko, M. (1990). The patient judgment of hospital quality (PJHQ) questionnaire. *Medical Care*, 28(9Suppl), pp. S17-S18.

- Ryan, K., & Rahman, A. (2012). Examining factors influencing patient satisfaction with nurse practitioners in rural urgent care centers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24, pp. 77-81.
- Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: McGraw-Hills.
- Santos, A. (2008). *Gestão estratégica. Conceitos, modelos e instrumentos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Savitz, L. A., Jones, C. B., & Bernard, S. (2005). Quality indicators sensitive to nurse staffing in acute care settings. *Advances in Patient Safety*, 4, pp. 375-385.
- Scally, G., & Donaldson, L. (1998, Jul). Clinical Governance and the Drive for Quality Improvement in the New NHS in England. *British Medical Journal*, 4(317), pp. 61-65.
- Scherb, C. A., Head, B. J., Maas, M. L., Swanson, E. A., Moorhead, S., Reed, R., . . . Kozel, M. (2011, Jan-Mar). Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: part 1. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 22(1), pp. 13-22.
- Schoot, T., Proot, I., Meulen, R. T., & Witte, L. (2005, Nov). Actual interaction and client centeredness in home care. *Clinical Nursing Research*, 14(4), pp. 370-393.
- Schreuders, L., Bremner, A. P., Geelhoed, E., & Finn, J. (2012 Jun). Nurse perceptions of the impact of nursing care on patient outcomes: an exploratory study. *Contemporary Nurse*, 41(2), pp. 190-197.
- Schub, E. (2012, Nov,9). *Patient-centered care: an overview*. Obtido de Evidence-Based Care Sheet: Cinahl Information Systems
- Schultz, A. A. (2004). Role of Research in Reconstructing Global Health Care for the 21st Century. *Nursing Administration Quarterly*, 28(2), pp. 133-143.
- Scoble, K., & Russell, G. (2003). Vision 2020, part I: Profile of the future nurse leader. *Journal of Nursing Administration*, 33, pp. 324-330.
- Scott, P. A., Matthews, A., & Kirwan, M. (2014). What is nursing in 21st century and what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*, 15, pp. 23-34.
- Sellgren, S., Ekvall, G., & Tomson, G. (2006). Leadership styles in nursing management. Preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14, pp. 348-355.
- Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (2011, mar). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp. 15-23.
- Sherring, S. (2012, Apr-May). Nursing leadership within the NHS: an evolutionary perspective. *British Journal of Nursing*, 21(8), pp. 491-494.

- Shever, S. H. (2011). The impact of nursing surveillance on failure to rescue. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 25(2), pp. 107-126.
- Shoshanna, S. S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Reviews Public Health*, 26, pp. 513-559.
- Shuldham, C., Parkin, C., Firouzi, A., Roughton, M., & Lau-Walker, M. (2009). The relationship between nurse staffing and patient outcomes: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, pp. 986-992.
- Sidani, S. (2003). Self-care. In D. M. Doran, *Nursing-sensitive outcomes. State of the science* (pp. 65-114). Subbury M A: Jones & Bartlett Publishers.
- Sidani, S. (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research & Theory for Nursing Practice*, 22(1), pp. 24-37.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (1998). Evaluating nursing interventions: A theory-driven approach. Thousand Oaks, CA: Sage. Sage,.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Sidani, S., & Doran, D. (2010 Jan-Mar). Relationships between processes and outcomes of nurse practitioners in acute care: an exploration. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), pp. 31-38.
- Sidani, S., & Fox, M. (2014 Mar). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), pp. 134-41.
- Sidani, S., & Irvine, D. (1998). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), pp. 58-66.
- Sidani, S., Doran, D. M., & Mitchell, P. H. (2004). A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), pp. 60-65.
- Sidani, S., Epstein, D. R., & Moritz, P. (2003). An alternative paradigm for clinical nursing research: an exemplar. *Research in Nursing & Health*, 26, pp. 244-255.
- Sidani, S., Epstein, D. R., & Moritz, P. (2003). Focus on research methods an alternative paradigm for clinical nursing research: an exemplar. *Research in Nursing & Health*, 26, pp. 244–255.
- Sidani, S., Epstein, D. R., Bootzin, R. R., Moritz, P., & Miranda, J. (2009). Assessment of preferences for treatment: validation of a measure. *Research in Nursing & Health*, 32, pp. 419-431.
- Sidani, S., Epstein, D., & Miranda, J. (2006). Eliciting patient treatment preferences: A strategy to integrate evidence-based and patient-centered care. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 3(3), pp. 116-123.

- Sidani, S., Guruge, S., Miranda, J., Ford-Gilboe, M., & Varcoe, C. (2010). Cultural adaptation and Translation of measures: an integrated method. *Research in Nursing & Health*, 33, pp. 133–143.
- Sidani, S., Manojlovich, M., & Covell, C. (2010). Nurse Dose: Validation and Refinement of a Concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 24(3), pp. 159-171.
- Simoens, S., Diya, I., Lesaffre, E., Vleugels, A., & Seemeus, W. (2010). Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), pp. 1291–1296.
- Simões, J. (2005). *Retrato político da saúde*. Coimbra: Edições Almedina. SA.
- Smith, A. P. (2007). Nursing-sensitive care measures: a platform for value and vision. *Nursing Economic*, 25(1), pp. 43-46.
- Sochalski, J. (2004, Feb). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42(2), pp. 67-73.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Reviews Public Health*, pp. 513-559.
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10, pp. 3-14.
- Squires, M., Tourangeau, A., Lashinger, H. K., & Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 914–925.
- Starkweather, A. (2010, Jul-Aug). Improving patient-centered medical-surgical nursing practice with quality-of-life assessment. *Medsurg Nursing*, 19(4), pp. 224-232.
- Stone, P. W., & Tourangeau, A. E. (2003, May). Measuring Nursing Services in Patient Safety Research. *Applied Nursing Research*, 16(2), pp. 131-132.
- Streubert, H. S., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Suhoen, R., Schmidt, L. A., & Radwin, L. (2007). Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), pp. 77-85.
- Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., . . . Papastavrou, E. (2011). Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 1155–1167.
- Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Välimäki M, Leino-Kilp, Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), pp. 1035-1046.

- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2003). Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 11*(1), pp. 7-20.
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., . . . Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualise nursing care. *Scandinavian Journal Caring Sciences, 26*, pp. 372-380.
- Sullivan, H. D., Warshawsky, N. E., & Vasey, J. (2013, Oct). RN work engagement in generational cohorts: the view from rural US hospitals. *Journal of nursing management, 21*(7), pp. 927-940.
- Sullivan, J. L., Meterko, M., Baker, E., Stolzmann, K., Adjognon, O., Ballah, K., & Parker, V. A. (2013 Aug). Reliability and validity of a person-centered care staff survey in veterans health administration community living centers. *Gerontologist, 53*(4), pp. 596-607.
- Teixeira, A. C., Fonseca, A. R., & Maximo, I. M. (2002). Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do Curso de Psicologia do Centro UNISAL - UE de Lorena (SP). *Revista de Psicologia da Vetor Editora, 3*(1), pp. 16-27.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 5.ª ed. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tregunno, D. (2004). Organizational climate and culture. Em L. H. McGillis, *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 67-91). London: Jones & Bartlett Publishers.
- Twigg, D., & Duffield, C. (2009). A review of workload measures: A context for a new staffing methodology in Western Australia. *International Journal of Nursing Studies, 46*, pp. 132-140.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2011). The characteristics of hospital nursing staff and patient outcomes: a response to Garland and Glenn (2011). *International Journal of Nursing Studies, 48*, pp. 657-658.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2011). The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: A retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies, 48*, pp. 540-548.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing, 68*(12), pp. 2710-2718.
- Uysal, H., & Özcan, S. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International Journal of Nursing Practice, 18*, pp. 445-453.
- van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: A multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing, 19*, pp. 1664-1674.

- van Bogaert, P., Kowalski, C., & Weeks, S. M. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 50* 1667–1677.
- van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., van heusden, D., & Clarke, S. P. (2013, Dec). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*(12), pp. 1667–1677.
- van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & van de Heyning, P. (2009, Oct). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing, 65*(10), pp. 2175–2185, October 2009.
- van den Heede, K., Clarke, S. P., Sermeus, W., Vleugels, A., & Aiken, L. H. (2007). International Experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(4), pp. 290-297.
- van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies, 50*, pp. 185-194.
- van den Heede, K., Simoens, S., Diya, L., Simoens, L. D., Lesaffre, E., Vleugels, A., & Sermeus, W. (2010). Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? *Journal of Advanced Nursing, 66*(6), pp. 1291–1296.
- van Servellen, G. (1988, Jun). Nurses' perceptions of individualized care in nursing practice. *Western Journal of Nursing Research, 10*(3), pp. 291-306.
- Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Antonetti, G., . . . Alvaro, R. (2013). Psychometric testing of the self-care of heart failure index version 6.2. *Research in Nursing & Health, 36*, pp. 500–511.
- Wagner, D., & Bear, M. (2008). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing, 65*(3), pp. 692-701.
- Walker, K., Middleton, S., Rolley, J., & Duff, J. (2010). Nurses report a healthy culture: results of the practice environment scale (Australia) in an Australian hospital seeking magnet recognition. *International Journal of Nursing Practice, 16*, pp. 616-623.
- Wang, S., & Liu, Y. (2013, Sep). *Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling*. Obtido de Journal of Nursing Management: DOI: 10.1111/jonm.12124
- Wang, S., Liu, Y., & Wang, L. (2013, Nov). *Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors*. Obtido de International Journal of Nursing Practice, 15: DOI: 10.1111/ijn.12216
- Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies, 41*, pp. 457-462.

- Ware, J. E., & Serbourne, C. D. (1992). The MOS 36 item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, pp. 473–483.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Bjorner, J. B., Turner-Bowker, D. M., Gandek, B., & Maruish, M. E. (2007). *User's manual for the SF-36v2™ health survey*. 2nd ed. Lincoln (RI): QualityMetric Incorporated.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
- Warshawsky, N., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Nurs. Res.* 60 (1) 17–31.
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006 Feb). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), pp. 459-469.
- WHO. (2013). *Health systems and services: the role of acute care*. Obtido de <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664.pdf>
- WHO. (2013, jan). *Health systems and services: the role of acute care*. Obtido de <http://www.who: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.112664>
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). *What quality of life?* Obtido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/54358#sthash.RXqagu7c.dpuf>
- Williams, A., & Jones, M. (2006, Jan). Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), pp. 147-256.
- Williams, H., Harris, R., & Turner-Stokes, L. (2009). Work sampling: a quantitative analysis of nursing activity in a neuro-rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), pp. 2097 - 2107.
- Wilson, S., Bremner, A., Hauck, Y., & Finn, J. (2011 Jun). The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *International Journal of Evidence Based Healthcare*. 9(2), pp. 97-121.
- Wolf, D. M., Lehman, L., Quinlin, R., Zullo, T., & Hoffman, L. (2008, Oct-Dec). Effect of Patient-Centered Care on Patient Satisfaction and Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), pp. 316–321.
- Wong, C. A., & Cummings, G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 508-521.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21, pp. 709–724.
- Wong, F., & Chung, L. (2006). Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), pp. 358-369.

Resultados Sensíveis em Enfermagem. Avaliação da qualidade dos cuidados.

Yukl, G. (2006). *Leadership in organizations*. 6.^a ed. London: Pearson Prentice Hall.

ANEXO I



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Parecer

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 8 de Março de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado "Resultados sensíveis em enfermagem – avaliação da qualidade dos cuidados", de Maria Regina Sardinheiro do Céu Furtado Ferreira.

Foi deliberado, por unanimidade, que não se identificam objecções éticas que impeçam a aprovação deste projecto.

Lisboa, 8 de Março de 2012

Dra Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)

ANEXO II

Autorize-se a aplicação dos questionários no âmbito regular e/ou abrangendo de todos os critérios éticos e deontológicos inerentes e desde que não colidam com a sua e normal

Exmo. Sr. Enf.º Diretor do Centro Hospitalar Médio Tejo

Enf.º Nelson Paulino da Silva

funcionamento dos serviços
Nelson Paulino Silva (Enf.º) 22/09/2012
Enfermeiro Director
P.S. Deve haver o compromisso de cedência de um exemplar de trabalho ao CHMT

Assunto: Pedido de autorização para colaboração institucional através de aplicação questionários no âmbito do projeto de investigação do Doutoramento em Enfermagem.

Maria Regina Sardinheiro Céu F. Ferreira, doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, actualmente a desenvolver o projecto de investigação com o título "Resultados Sensíveis em Enfermagem. A qualidade dos cuidados", com orientação científica do Professor Doutor José Amendoeira, vem por este meio solicitar a colaboração da Instituição que V. Ex^a superiormente dirige para a consecução dos objectivos a que se propõe:

- ✓ Analisar os resultados sensíveis em enfermagem face às dimensões de estrutura e processo que englobam os cuidados de enfermagem;

O desenvolvimento do estudo assenta em 3 dimensões: a **estrutura** que contempla os factores organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho e constituem os factores estáveis: os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a prestação de serviços; o **processo**, que se refere ao desempenho - desenvolvimento das actividades inerentes à prestação de serviços e **resultados** o "produto final", o efeito dos cuidados na pessoa, grupo ou comunidade - saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Assim temos como intervenientes deste estudo: os **enfermeiros (incluindo os enfermeiros chefes)**, como os principais dinamizadores do processo de cuidados e os **utentes** o centro da individualização e prestação dos cuidados de enfermagem.

Os questionários já foram previamente validados e testados numa 1.^a fase do estudo

Vimos por este meio solicitar se digne autorizar a aplicação do estudo na V instituição, nomeadamente nos serviços de Medicina, Especialidades Médicas, Cardiologia e Nefrologia do Hospital de Torres Novas; Ortopedia, Medicina, Cirurgia no Hospital de Abrantes e Cirurgia e Urologia Otorrino no Hospital de Tomar. Prevemos a aplicação dos questionários por um período de cerca de um mês, no sentido de obtermos uma amostra representativa. Solicitamos, ainda, que providencie a designação de uma individualidade de referência com a qual possamos contactar diretamente no âmbito do acesso ao campo de investigação e esclarecimento de dúvidas.

Os questionários serão entregues após autorização concedida para aplicação dos mesmos.

Comprometemo-nos a compatibilizar as necessidades da pesquisa com o respeito ao quotidiano do funcionamento da vossa instituição.

Por outro lado, responsabilizamo-nos em esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida ou questionamento que os participantes queiram ver respondida, ou posteriormente através dos contactos: email regina.ferreira@essaude.ipsantarem.pt; telefone - 243307200 ou 964347153.

Todos os dados colhidos e recebidos, assim como as análises resultantes serão comunicados à V Instituição e estarão dependentes da sua autorização formal.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, ficamos a aguardar a vossa resposta.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Maria Regina Céu Ferreira

Prof.^a Adjunta Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Politécnico de Santarém

Santarém, 21 de Setembro, 2012

ANEXO III

Pedido de consentimento aos enfermeiros

O presente questionário integra-se num projecto de investigação desenvolvido no âmbito de um programa de doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa, com o título: “Resultados Sensíveis em Enfermagem. A Avaliação da Qualidade dos Cuidados” e tem como objectivo analisar os resultados sensíveis em enfermagem face às dimensões de estrutura e processo que englobam os cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento do estudo assenta em 3 dimensões: a **estrutura** que contempla os fatores organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho; o **processo**, que se refere ao desempenho - desenvolvimento das actividades inerentes à prestação de serviços e **resultados** o “produto final”, o efeito dos cuidados na pessoa, grupo ou comunidade - saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Assim temos como intervenientes deste estudo: os **enfermeiros (incluindo os enfermeiros chefes)**, como os principais dinamizadores do processo de cuidados e os **clientes** o centro da individualização e prestação dos cuidados de enfermagem.

Para maior sustentabilidade dos resultados deste estudo pedimos, e agradecemos, resposta a **todas as questões**.

A participação neste trabalho de investigação é voluntária e por isso solicitamos a sua colaboração e autorização, sendo garantido o anonimato pela ausência de qualquer registo que o possa identificar. Os dados serão tratados de forma confidencial e utilizados **exclusivamente** para os fins anteriormente indicados.

Agradecendo, desde já, o interesse e o tempo disponibilizado para responder a este questionário, apresento os meus cumprimentos.

Assinatura do Investigador _____

Regina Céu Ferreira (Telm: 964347153)

Data ___/___/___

Assinatura do Investigado _____

Data ___/___/___

ANEXO IV

Pedido de Consentimento aos clientes

O presente questionário integra-se num projecto de investigação desenvolvido no âmbito de um programa de doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa, com o título: “Resultados Sensíveis em Enfermagem. A Avaliação da Qualidade dos Cuidados” e tem como objectivo analisar os resultados sensíveis em enfermagem face às dimensões de estrutura e processo que englobam os cuidados de enfermagem.

Para concretizar este objectivo preciso da sua colaboração e autorização. Solicito-lhe que disponibilize um pouco do seu tempo para responder a este questionário. **A sua opinião é importante.**

Este questionário é de natureza confidencial. O seu tratamento é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

Para maior sustentabilidade dos resultados deste estudo pedimos, e agradecemos, resposta a **todas as questões.**

Agradecendo, desde já, o interesse e o tempo disponibilizado para responder a este questionário, apresento os meus cumprimentos.

Assinatura do Investigador _____

Regina Céu Ferreira (Telm: 964347153)

Data ___/___/___

Assinatura do Investigado _____

Data ___/___/___

ANEXO V

Escalas de resultados sensíveis em enfermagem. Resultado da Revisão Sistemática da Literatura

Escalas	n.º	α Cronbach	Propriedades psicométricas
Practice Environment Scale of Nursing Work Index, "PES-NWI" (Lake, 2002)	7	.94; .82 .78 - .85 .71 - .84 .82 - .87	x
Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II, "CWEQ-II" (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001)	3	.92	x
Index of work Satisfaction, "IWS" (Slavitt et al., 1978)	1	.35 - .90	x
Nyberg's Caring Assessment Scale, "NCAS" (Nyberg, J., 2004)	1	.80 - .97	—
Nursing Job Satisfaction Scale, "JES" (Hinshaw et al., 1987)	1	.86	x
Maslach Burnout Inventory, "MBI" (Maslach et al., 1996)	1	.78 - .91	x
Professional Commitment Questionnaire, "PCQ" (Lachman & Aranya, 1986)	1	.87	x
Work Morale Scale, "WMS" (Hsu, 1981)	1	.87	x
Charlson Comorbidity Index, "CCI" (Charlson, Pompei, Ales & MacKenzie, 1987)		—	—
Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes, "Q-DIO" (Müller-Staub et al., 2008)	1	.90 - .99	—
Patient-Centered Care, "PCC" (Sidani et al. 2006)	3	.88; .80; .89	x
Desired Health Outcomes, "DHOs" (Radwin et al., 2005)	1	.71 - .81	x
Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale, "OPPQNCS" (Radwin et al., 2003)	1	.87 - .95	x
Patient Judgment of Hospital Quality Questionnaire, "PJHQQ" (Rubin et al., 1991)	3	.83	x
Service Quality Scale, "SERVQUAL" (Parasuraman et al., 1994)	1	.86 - .93	x
Schmidt Perception of Nursing Care Survey, "SPNCS" (Schmidt, 2003)	1	.84 - .92	—
Nursing-Sensitive Patient Satisfaction Scale, "NSPSS" (Yan, 1997)	1	.90	x
Therapeutic self-care Scale, "TSC" (Sidani & Doran, 2004)	3	.85	x
36-Item Short-Form Health Survey, "SF-36" (Ware et al., 1993)	3	.70 - .90	x
Depression and Cognitive Performance Scales, "MDS" (Hirdes et al., 1999)	1	.88 - .91	—
Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, "NKASRP" (Ferrell, McGuire, & Donovan, 1993)	2	.70	x
Pain Reassessment Data Tool (PRDT) (Idell, et al., 2007)	1	—	—
Pain Competency Evaluation, "PCE" (Hope, 2006)	1	—	—
Patient Pain Questionnaire, "PPQ" (Ferrell, 1994)	1	.74	x
Brif Pain Inventory, "BPI" (Cleeland et al., 1996)	2	.77 - .91	x
Symptom Distress Scale, "SDS" (McCorkle & Young, 1978)	1	.85	—
Rhodes Index Nausea, Vomiting and Retching e Press Ganey Inpatient Survey, "INVR" (Rhodes & McDaniel, 1999)	1	.94	x
The Breast Cancer Treatment Response Inventory, "BCTRI" (Budin & Hoskins, 2000; Cartwright-Alcarese, 2005)	1	.64 - .72	x

ANEXO VI

Escala “PESNWI”

As afirmações que a seguir se apresentam referem-se ao seu ambiente de trabalho.

Para cada item, por favor indique até que ponto concorda que esse mesmo item está presente no seu ambiente de trabalho.

Indique o grau de concordância colocando um **círculo** no número apropriado.

	Discordo total mente	Discordo	Concordo	Concordo total mente
Um adequado serviço de apoio permite ao enfermeiro passar tempo com os seus clientes.	1	2	3	4
Médicos e enfermeiros têm boa relação de trabalho.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem.	1	2	3	4
Activo desenvolvimento do pessoal ou programas de formação continua para enfermeiros.	1	2	3	4
Oportunidade de subida de escalão na carreira.	1	2	3	4
Oportunidade para os enfermeiros participarem nas decisões políticas.	1	2	3	4
Supervisores/Enfermeiros chefes utilizam os erros dos enfermeiros como oportunidade de aprendizagem e não para crítica.	1	2	3	4
Tempo e oportunidades suficientes para discutir com os outros enfermeiros problemas sobre os cuidados ao cliente.	1	2	3	4
Enfermeiros suficientes, de forma a assegurar a qualidade de cuidados ao paciente.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe que é um bom gestor e líder.	1	2	3	4
O enfermeiro director que é altamente visível e acessível aos trabalhadores.	1	2	3	4
Enfermeiros suficientes para concretizar o trabalho.	1	2	3	4
Mérito e reconhecimento para com um trabalho bem feito.	1	2	3	4
Elevados níveis de cuidados de enfermagem são esperados pela administração.	1	2	3	4
O enfermeiro director possui poder e autoridade equivalente aos outros executivos.	1	2	3	4
Muito trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros.	1	2	3	4
Oportunidades de progressão.	1	2	3	4
Uma filosofia clara de cuidados de enfermagem que protege o ambiente de cuidados seguro.	1	2	3	4
Trabalha com enfermeiros que são clinicamente competentes.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na sua tomada de decisões, mesmo quando o conflito é com um médico.	1	2	3	4
A Administração ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4

Resultados Sensíveis em Enfermagem. Avaliação da qualidade dos cuidados.

Um programa de garantia de qualidade activa.	1	2	3	4
Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital.	1	2	3	4
Trabalho conjunto (prática colaborativa) entre enfermeiros e médicos.	1	2	3	4
Um programa de acolhimento aos enfermeiros recentemente contratados.	1	2	3	4

ANEXO VII

Escala PCC Enfermeiro

As afirmações seguintes descrevem **aspectos do cuidado/atendimento que os enfermeiros podem fornecer**.

Por favor, avalie até que ponto estas afirmações reflectem a sua experiência enquanto enfermeiro. Todas as respostas são importantes. Não existem respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal.

Por favor, desenhe um círculo em redor do número que achar mais apropriado, em que **0** (zero) significa que a afirmação **não reflete de todo** a sua situação e **5** a afirmação **reflete de todo** a sua situação. Os valores entre 0 e 5 são valores intermédios.

	Não reflete de todo			Reflete de todo		
Fui capaz de prestar /responder às necessidades físicas (ex. conforto) do cliente.	0	1	2	3	4	5
Fui capaz de responder às necessidades emocionais (ex. preocupação e medo) do cliente.	0	1	2	3	4	5
Fui capaz de responder às necessidades sociais (ex. estar com a minha família) do cliente.	0	1	2	3	4	5
Fui capaz de responder às necessidades espirituais (ex. encontrar significado na minha experiência) do cliente.	0	1	2	3	4	5
Auxiliei o cliente em todos os seus problemas no hospital.	0	1	2	3	4	5
Ajudei a encontrar soluções para os problemas do cliente após a alta do hospital.	0	1	2	3	4	5
Providenciei serviços especiais /subsequentes de saúde (tal como ter visitas de uma enfermeira em casa) após a alta.	0	1	2	3	4	5
Perguntei ao cliente a sua opinião e preferência sobre os cuidados prestados.	0	1	2	3	4	5
Respeitei a opinião e preferência do cliente sobre os cuidados prestados.	0	1	2	3	4	5
Considerei/apoiei as escolhas do cliente relativamente aos cuidados prestados.	0	1	2	3	4	5
Tomei a decisão final sobre os cuidados prestados.	0	1	2	3	4	5
Fui flexível na resposta para com os desejos especiais do cliente.	0	1	2	3	4	5
Ensinei o cliente como tomar a medicação após a alta.	0	1	2	3	4	5
Ensinei o cliente como tomar conta de si próprio após a alta (ex. que tipo de actividades posso fazer, que comida posso comer).	0	1	2	3	4	5
Ensinei o cliente como controlar problemas emocionais após a alta.	0	1	2	3	4	5
Ensinei o cliente como controlar problemas físicos após a alta.	0	1	2	3	4	5
Falei com o cliente sobre formas de melhorar a saúde em geral, após a alta do hospital.	0	1	2	3	4	5
Mantive a família do cliente informada sobre a sua condição de saúde.	0	1	2	3	4	5
Expliquei ao cliente o que esperar do plano de tratamento, enquanto no hospital.	0	1	2	3	4	5
Expliquei o que esperar do plano de tratamento após a alta do hospital.	0	1	2	3	4	5

Expliquei ao cliente a sua condição de saúde.	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

Escala PCC Pessoa

As afirmações seguintes descrevem **aspectos do cuidado/atendimento que os enfermeiros podem fornecer**.

Por favor, avalie até que ponto estas afirmações reflectem a sua experiência com os enfermeiros que lhe prestaram cuidados. Todas as respostas são importantes. Não existem respostas certas ou erradas.

Por favor, desenhe um círculo em redor do número que achar mais apropriado à sua situação, em que **0** (zero) significa que **não reflete de todo** a sua situação e **5** a afirmação **reflete de todo** a sua situação. Os valores entre 0 e 5 são valores intermédios.

	Não reflete de todo					Reflete de todo	
Os enfermeiros foram capazes de prestar /responder às minhas necessidades físicas (ex. conforto).	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros foram capazes de responder às minhas necessidades emocionais (ex. preocupação e medo).	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros foram capazes de responder às minhas necessidades sociais (ex. estar com a minha família)	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros foram capazes de responder às minhas necessidades espirituais (ex. encontrar significado na minha experiência)	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros auxiliaram-me em todos os problemas que eu tive enquanto no hospital	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros ajudaram-me a encontrar soluções para os problemas que eu possa ter <u>após a alta</u> do hospital	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros providenciaram serviços especiais/subsequentes de saúde (tal como ter visitas de uma enfermeira em casa) que eu posso precisar <u>após a alta</u>	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros perguntaram-me a opinião e preferência sobre os cuidados prestados	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros respeitaram a minha opinião e preferência sobre os cuidados	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros levaram a cabo/ suportaram as minhas escolhas relativamente aos cuidados	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros tiveram a decisão final sobre os cuidados	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros foram flexíveis na sua resposta para com os meus desejos especiais	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros ensinaram-me como tomar a medicação <u>após a alta</u>	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros ensinaram-me como tomar conta de mim próprio <u>após a alta</u> (ex. que tipo de actividades posso fazer, que comida posso comer)	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros ensinaram-me como controlar problemas emocionais <u>após a alta</u>	0	1	2	3	4	5	
Os enfermeiros ensinaram-me como controlar problemas físicos <u>após a alta</u>	0	1	2	3	4	5	

Resultados Sensíveis em Enfermagem. Avaliação da qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros falaram comigo sobre formas em como eu posso melhorar a minha saúde geral <u>após a alta</u> do hospital	0	1	2	3	4	5
Os enfermeiros mantiveram a minha família informada sobre a minha condição	0	1	2	3	4	5
Os enfermeiros explicaram-me o que esperar do meu plano de tratamento enquanto no hospital	0	1	2	3	4	5
Os enfermeiros explicaram-me o que esperar do meu plano de tratamento <u>após a alta</u> do hospital	0	1	2	3	4	5
Os enfermeiros explicaram-me a minha condição médica	0	1	2	3	4	5

ANEXO VIII

Autocuidado Terapêutico

As questões que a seguir se apresentam são sobre aspectos dos cuidados relacionados com a sua condição de saúde.

A condição de saúde significa a condição pela qual veio ao hospital e outras condições que afectam a sua saúde.

Para cada questão, indique **o quanto consegue realizar cada uma das actividades relacionadas com os cuidados a ter quando for para casa.**

Por favor, coloque uma **crux** no quadrado correspondente à sua opinião em cada uma das afirmações.

	Nada	Muito pouco	Pouco	Um bom bocado	A maioria das vezes	Sempre
Sabe que medicamentos tem que tomar?	<input type="checkbox"/>					
Sabe para que são os medicamentos? (ou seja, sabe o que os medicamentos fazem à sua condição de saúde).	<input type="checkbox"/>					
Consegue tomar os medicamentos conforme prescrição/ indicação?	<input type="checkbox"/>					
Consegue reconhecer as alterações no corpo (sintomas) relacionadas com a sua doença ou condição de saúde? Exemplos de sintomas: dor, cansaço, tonturas.	<input type="checkbox"/>					
Sabe a que se devem esses sintomas (alterações no seu corpo) relacionados com a sua doença ou condição de saúde?	<input type="checkbox"/>					
Sabe o que fazer (coisas ou actividades) para controlar esses sintomas (alterações no corpo)?	<input type="checkbox"/>					
Consegue realizar o tratamento ou actividades que lhe foram ensinadas para controlar esses sintomas (alterações no corpo)?	<input type="checkbox"/>					
Consegue realizar actividades para cuidar de si próprio e manter a sua saúde em geral?	<input type="checkbox"/>					
Sabe quem contactar para o/a ajudar a realizar as suas actividades diárias?	<input type="checkbox"/>					
Sabe quem contactar em caso de emergência médica?	<input type="checkbox"/>					
Consegue desempenhar as actividades diárias (como tomar banho, fazer compras, preparar refeições, sair com os amigos)?	<input type="checkbox"/>					
Consegue adaptar as suas actividades diárias quando há alterações no seu corpo (sintomas) relacionado com a doença ou condição de saúde?	<input type="checkbox"/>					

ANEXO IX

Satisfação dos clientes da qualidade dos cuidados de enfermagem

Agora gostaríamos de saber a sua opinião sobre o seu **nível de satisfação** durante a sua estadia no hospital, em termos de excelente, muito bom, bom, fraco ou pobre, em relação aos **enfermeiros**.

Por favor, coloque uma **cruz** no quadrado correspondente à sua opinião em cada uma das afirmações.

	Exce- lente	Muito Bom	Bom	Fraco	Pobre	Não sabe
Como foram feitos os procedimentos, como dar os medicamentos e manusear os injectáveis.	<input type="checkbox"/>					
Com que frequência o atenderam e como mantiveram o controlo da sua situação.	<input type="checkbox"/>					
Com que rapidez o ajudaram.	<input type="checkbox"/>					
Como avalia a cortesia e respeito para consigo; amizade e simpatia.	<input type="checkbox"/>					
De que modo os enfermeiros comunicaram com os doentes, familiares e médicos.	<input type="checkbox"/>					
NO GERAL, qual o seu grau de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados.	<input type="checkbox"/>					

ANEXO X

SF-36

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser escreva um comentário a seguir à pergunta.

Por favor, coloque uma **crúz** no quadrado que melhor descreve a sua saúde.

No geral, diria que a sua saúde é:

Ótima Muito boa Boa Razoável Fraca

Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor Com algumas melhoras Aproximadamente igual Um pouco pior Muito pior

As perguntas que se seguem são sobre **actividades que executa no seu dia-a-dia**.

Será que a sua saúde o/a **limita** nestas actividades? Se sim, quanto?

Por favor, coloque uma **crúz** no quadrado que melhor descreve a sua situação.

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado/a
Actividades vigorosas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar uma casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar ou pegar nas compras de mercearia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir vários lanços de escada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir um lanço de escada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar mais de um km.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar vários quarteirões ou grupos de casas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar um quarteirão ou grupo de casas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as **últimas 4 semanas, quanto** do seu tempo teve, no seu trabalho ou nas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Por favor, coloque uma **cruz** no quadrado que melhor descreve a sua situação.

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades?	<input type="checkbox"/>				
Fez menos do que queria?	<input type="checkbox"/>				
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades?	<input type="checkbox"/>				
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades diárias (por exemplo, foi preciso esforçar-se mais)?	<input type="checkbox"/>				

Durante as **últimas 4 semanas, quanto** do seu tempo teve, no seu trabalho ou nas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (ou como consequência de problemas emocionais? (tal como sentir-se deprimido ou ansioso)

Por favor, coloque uma **cruz** no quadrado que melhor descreve a sua situação.

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades?	<input type="checkbox"/>				
Fez menos do que queria?	<input type="checkbox"/>				
Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume?	<input type="checkbox"/>				

Durante as **últimas 4 semanas**, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="checkbox"/>				

Durante as últimas 4 semanas teve **dores**?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
<input type="checkbox"/>					

Durante as **últimas 4 semanas**, de que forma é que a **dor interferiu** com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="checkbox"/>				

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas semanas.

Para cada pergunta coloque, por favor, uma cruz no quadrado que melhor descreve a sua situação.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas?	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu com muita energia?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu triste e deprimido	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu estafado/a?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu feliz?	<input type="checkbox"/>				
Se sentiu cansado/a?	<input type="checkbox"/>				

Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo/vezes a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram nas suas **atividades sociais** (como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<input type="checkbox"/>				

Resultados Sensíveis em Enfermagem. Avaliação da qualidade dos cuidados.

Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas?	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Parece que adoço mais facilmente que os outros.	<input type="checkbox"/>				
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	<input type="checkbox"/>				
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.	<input type="checkbox"/>				
A minha saúde é ótima.	<input type="checkbox"/>				

ANEXO XI

RESULTADOS DO ESTUDO PRELIMINAR - ENFERMEIROS

Participaram no estudo 51 enfermeiros de serviços de cuidados agudos do CHSU.

ESCALA PESNWI

Adequação das perguntas e das categorias de resposta.

1 – Ausência de respostas em cada item:

Verifica-se que a maior percentagem de valores omissos por item é de 3.9%.

2 – Distribuição das respostas por item:

Observa-se que a maioria das respostas apresentam alguma dispersão ($.46 < DP < .94$).

Análise descritiva univariada e frequência absoluta e relativa dos “Valores omissos” da escala PESNWI					
	N	Média	DP	Valores omissos	
				N	%
pes1	51	3.39	.63	0	.0
pes2	51	3.00	.66	0	.0
pes3	51	2.90	.76	0	.0
pes4	51	3.02	.71	0	.0
pes5	51	1.80	.94	0	.0
pes6	51	1.88	.97	0	.0
pes7	51	2.41	.85	0	.0
pes8	51	2.76	.84	0	.0
pes9	51	2.33	.93	0	.0
pes10	51	2.82	.82	0	.0
pes11	50	2.26	.85	1	2.0
pes12	51	2.33	.79	0	.0
pes13	51	2.45	.88	0	.0
pes14	50	3.20	.61	1	2.0
pes15	49	2.61	.81	2	3.9
pes16	51	2.67	.86	0	.0
pes17	51	1.96	.80	0	.0
pes18	51	2.92	.59	0	.0
pes19	51	3.35	.52	0	.0
pes20	49	2.63	.70	2	3.9
pes21	50	2.16	.71	1	2.0
pes22	50	2.68	.77	1	2.0
pes23	50	2.06	.77	1	2.0
pes24	51	2.76	.89	0	.0
pes25	51	2.92	.69	0	.0
pes26	51	3.35	.69	0	.0
pes27	51	3.00	.66	0	.0
pes28	51	3.08	.63	0	.0
pes29	51	3.61	.49	0	.0
pes30	51	3.57	.54	0	.0
pes31	50	3.70	.46	1	2.0

ESCALA PCC

Adequação das perguntas e das categorias de resposta.

1 – Ausência de respostas em cada item:

Verifica-se que a maior percentagem de valores omissos é de 5.9%.

2 – Distribuição das respostas por item:

Observa-se que a maioria das respostas apresentam alguma dispersão ($.52 < DP < 1.55$).

Análise descritiva univariada e frequência absoluta e relativa dos "Valores omissos" da escala PCC					
	N	Média	DP	Valores omissos	
				N	%
pcc1	49	4.35	.52	2	3.9
pcc2	49	3.88	.63	2	3.9
pcc3	49	4.04	.82	2	3.9
pcc4	49	3.37	.95	2	3.9
pcc5	49	4.00	.79	2	3.9
pcc6	49	4.08	.73	2	3.9
pcc7	49	3.20	1.55	2	3.9
pcc8	48	3.73	.98	3	5.9
pcc9	48	4.23	.72	3	5.9
pcc10	49	4.12	.63	2	3.9
pcc11	48	4.00	.68	3	5.9
pcc12	49	4.08	.64	2	3.9
pcc13	49	4.29	.89	2	3.9
pcc14	49	4.53	.54	2	3.9
pcc15	49	3.43	.91	2	3.9
pcc16	49	3.94	.69	2	3.9
pcc17	49	4.16	.80	2	3.9
pcc18	49	4.08	.64	2	3.9
pcc19	49	3.98	.78	2	3.9
pcc20	49	3.73	.70	2	3.9
pcc21	49	3.86	.65	2	3.9

Conclusão: dos resultados obtidos verifica-se que poucos foram os itens não respondidos e por isso consideramos que as perguntas não são ambíguas, sensíveis, nem solicitam informação desconhecida aos enfermeiros.

RESULTADOS DO ESTUDO PRELIMINAR - CLIENTES

Participaram no estudo 51 pessoas internadas em serviços de cuidados agudos do CHSU.

ESCALA PCC

Adequação das perguntas e das categorias de resposta.

1 – Ausência de respostas em cada item:

Observa-se que dois itens têm uma resposta de 25.5% de valores omissos e a maioria dos itens apresenta uma percentagem <16% (14 itens).

2 – Distribuição das respostas por item:

Verifica-se que a maioria das respostas apresentam uma dispersão considerável (DP> 1.0).

Análise descritiva univariada e frequência absoluta e relativa dos "Valores omissos" da escala PCC					
	N	Média	DP	Valores omissos	
				N	%
pcc1	50	4.76	.48	1	2.0
pcc2	50	4.60	.64	1	2.0
pcc3	50	4.54	1.03	1	2.0
pcc4	43	4.07	1.18	8	15.7
pcc5	50	4.72	.54	1	2.0
pcc6	41	4.32	.96	10	19.6
pcc7	38	2.58	1.97	13	25.5
pcc8	46	3.91	1.55	5	9.8
pcc9	47	4.15	1.44	4	7.8
pcc10	43	3.88	1.65	8	15.7
pcc11	45	3.80	1.69	6	11.8
pcc12	42	3.98	1.42	9	17.6
pcc13	38	4.05	1.58	13	25.5
pcc14	41	4.17	1.26	10	19.6
pcc15	39	3.44	1.65	12	23.5
pcc16	40	3.77	1.62	11	21.6
pcc17	43	3.84	1.63	8	15.7
pcc18	45	4.24	1.32	6	11.8
pcc19	46	4.07	1.27	5	9.8
pcc20	43	3.93	1.42	8	15.7
pcc21	45	4.04	1.33	6	11.8

ESCALA TSC

Adequação das perguntas e das categorias de resposta.

1 – Ausência de respostas em cada item:

Verifica-se que a maior percentagem de não respostas é de 9.8% e em apenas um item.

2 – Distribuição das respostas por item:

Observa-se que a maioria das respostas apresentam alguma dispersão ($.55 < DP < 1.65$).

Análise descritiva univariada e frequência absoluta e relativa dos “Valores omissos” da escala TSC					
	N	Média	DP	Valores omissos	
				N	%
tsc1	49	3.96	1.65	2	3.9
tsc2	48	4.40	.98	3	5.9
tsc3	49	4.59	.64	2	3.9
tsc4	51	4.27	.75	0	.0
tsc5	50	3.42	1.11	1	2.0
tsc6	49	3.51	1.19	2	3.9
tsc7	46	4.00	.84	5	9.8
tsc8	50	4.12	1.04	1	2.0
tsc9	51	4.14	1.25	0	.0
tsc10	49	4.69	.55	2	3.9
tsc11	51	4.24	1.27	0	.0
tsc12	51	3.73	.90	0	.0

ESCALA PJHQ

Adequação das perguntas e das categorias de resposta.

1 – Ausência de respostas em cada item:

Verifica-se que a maioria das pessoas responderam a todas as questões (4% do total dos valores omissos).

2 – Distribuição das respostas por item:

Observa-se alguma concentração das respostas ($DP \leq 1.0$).

Análise descritiva univariada e frequência absoluta e relativa dos “Valores omissos” da escala PJHQ					
	N	Média	DP	Valores omissos	
				N	%
sat1	50	4.38	.81	1	2.0
sat2	51	4.25	.59	0	.0
sat3	51	4.33	.82	0	.0
sat4	51	4.59	.67	0	.0
sat5	50	4.36	.69	1	2.0
sat6	51	4.51	.67	0	.0

ESCALA SF-36

Adequação das perguntas e das categorias de resposta.

1 – Ausência de respostas em cada item:

Verifica-se que a maioria das pessoas responderam às perguntas. A maior percentagem de não respostas é de 11.8%.

2 – Distribuição das respostas por item:

Observa-se que a maioria das respostas apresentam uma dispersão considerável ($DP \geq 1.0$).

Análise descritiva univariada e respetiva frequência absoluta e relativa dos “Valores omissos” da escala SF-36					
	N	Média	DP	Valores omissos	
				N	%
sf1	51	3.55	1.15	0	.0
sf2	51	3.18	1.29	0	.0
sf3a	48	1.83	.81	3	5.9
sf3b	50	2.12	.82	1	2.0
sf3c	50	2.24	.85	1	2.0
sf3d	50	2.02	.82	1	2.0
sf3e	50	2.24	.77	1	2.0
sf3f	51	2.16	.73	0	.0
sf3g	50	2.16	.89	1	2.0
sf3h	51	2.08	.87	0	.0
sf3i	50	2.28	.76	1	2.0
sf3j	51	2.53	.64	0	.0
sf4a	45	3.07	1.40	6	11.8
sf4b	47	2.98	1.48	4	7.8
sf4c	47	3.00	1.55	4	7.8
sf4d	47	2.87	1.45	4	7.8
sf5a	46	3.17	1.42	5	9.8
sf5b	46	3.04	1.48	5	9.8
sf5c	46	3.17	1.47	5	9.8
sf6	48	2.52	1.25	3	5.9
sf7	49	3.31	1.45	2	3.9
sf8	47	2.94	1.41	4	7.8
sf9a	46	3.24	1.12	5	9.8
sf9b	49	3.12	.95	2	3.9
sf9c	45	3.76	.98	6	11.8
sf9d	49	2.71	1.15	2	3.9
sf9e	48	3.38	1.28	3	5.9
sf9f	49	3.49	1.04	2	3.9
sf9g	47	2.87	1.23	4	7.8
sf9h	46	2.78	1.17	5	9.8
sf9i	49	2.67	1.09	2	3.9
sf10	48	3.2917	1.37	3	5.9
sf11a	46	3.7609	1.32	5	9.8
sf11b	46	2.8696	1.36	5	9.8
sf11c	46	3.8043	1.24	5	9.8
sf11d	46	3.1957	1.49	5	9.8

Conclusão: dos resultados obtidos verifica-se que a frequência relativa dos valores omissos é baixa (a grande maioria dos itens apresenta um resultado <10%), mostrando que poucos foram os itens não respondidos.