

**Ambiente da Prática de Enfermagem e a Satisfação dos Clientes com os Cuidados de
Enfermagem em Contexto Hospitalar**

Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho

Orientador(es): Prof. Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar
Prof. Doutora Teresa Maria Ferreira Santos Potra

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



**Ambiente da Prática de Enfermagem e a Satisfação dos Clientes com os Cuidados de
Enfermagem em Contexto Hospitalar**

Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho

Orientador(es): Prof. Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Prof. Doutora Teresa Maria Ferreira Santos Potra

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Evora;
- Doutora Cândida Rosa de Almeida Clemente Ferrito, Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Maria João Ferreira Nicolau dos Santos, Professora Associada com Agregação do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa;
- Doutor Afonso Miguel das Neves Cavaco, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa;
- Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientadora.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Filomena Gaspar e Teresa Potra, pela orientação, críticas construtivas e sobretudo perseverança...

À minha família, a minha base de suporte...

Aos Pacientes...

Aos Enfermeiros e Instituições de Saúde que colaboraram neste estudo...

Às Colegas e Amigos que partilharam comigo, mais de perto as dificuldades de gerir o tempo profissional com o tempo académico e pessoal...

Ao Francisco...sem ti não teria conseguido...

Às minhas Filhas.... Por compreender...

À memória do meu Pai

A Deus...por nunca me abandonar...

...a todos o meu **BEM HAJA!**

RESUMO

No presente estudo procurou-se descrever o ambiente da prática de enfermagem em hospitais portugueses, bem como a perceção dos enfermeiros sobre as interações do enfermeiro-paciente e a perceção dos clientes face à satisfação com os cuidados de enfermagem.

O modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy & Hoskins, 2015) foi norteador do percurso de investigação e, integra o conceito de satisfação enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem, adequado ao contexto hospitalar e à relação terapêutica estabelecida entre o cliente e os enfermeiros.

O estudo estruturado segundo uma parte teórica fundamentada com base na revisão da literatura realizada. No percurso metodológico predominantemente de cariz quantitativo foram realizadas diferentes abordagens estatísticas nomeadamente análise descritiva, inferencial e preditiva. Foram utilizados modelos por regressão simples a fim de examinar a associação entre o *ambiente da prática de enfermagem*, as *interações enfermeiro-paciente* e a *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem*. Na análise estatística foram utilizados IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 24) e IBM SPSS AMOS® (versão 22).

O Estudo 1, constitui-se num estudo exploratório, transversal e descritivo com uma amostra não probabilística e intencional constituída por 147 enfermeiros em quatro unidades de internamento hospitalar, com a finalidade da tradução e validação para o contexto cultural português da *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23), por forma a disponibilizar um instrumento válido como ferramenta para avaliar e compreender as perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados. Este estudo demonstrou que a versão portuguesa com a *Escala Interações Enfermeiro-Paciente-22 PT* (EIEP-22 PT), um instrumento válido e fiável.

O estudo 2 fases 1 e 2, teve como finalidade avaliar a existência de relação entre o *ambiente da prática de enfermagem*, as *interações enfermeiro-paciente* e a *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar*, constituindo a premissa fulcral sobre a qual se apoiam os resultados da investigação. Desta forma, a questão de investigação definida foi a seguinte: *Qual a relação entre o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente avaliadas pelos enfermeiros e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar?* Em consequência emergem objetivos específicos que determinam a realização de duas fases distintas.

Estudo 2 Fase 1, com o objetivo de avaliar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem e as interações enfermeiro-paciente. Abrange 248 enfermeiros, de 12 serviços de 4 hospitais Portugueses. Foi utilizada a escala do ambiente da prática de enfermagem, *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) e a EIEP-22 PT. Quanto aos resultados os enfermeiros consideraram-se satisfeitos na qualidade com o ambiente da prática e com as relações estabelecidas. No entanto, consideram os recursos disponíveis, a participação nas políticas hospitalares e o apoio da gestão e liderança como não favorável para continuar a desenvolver as suas funções. No que se refere a avaliação das interações enfermeiro-paciente, os enfermeiros percebem maior importância e frequência aos atributos/dimensões relacionados com a interação no tratamento (cuidados clínicos), como interagem com os clientes (cuidados relacionais) e elevada capacidade de resposta às suas necessidades (cuidados de conforto) e à competência técnica.

Estudo 2 Fase 2, esta fase desenvolveu-se com o objetivo de avaliar a relação entre o *ambiente da prática de enfermagem*, as *interações enfermeiro-paciente* e a *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar*. Abrange 169 clientes de 12 serviços de 4 hospitais Portugueses. Utilizaram-se as escalas de avaliação da *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem (EASCCE18)*, *PES- NWI* e *EIEP- 22 PT*, tendo sido emparelhados as respostas dos clientes e enfermeiros nos respetivos serviços. Como resultados, os clientes estão, de uma forma global, satisfeitos com as competências dos enfermeiros para lidar com a sua situação de doença/saúde e a capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica. Os clientes consideraram que os enfermeiros transmitem por vezes a utilidade da informação durante o internamento e após a alta, em algumas circunstâncias fornecem aos clientes competências necessárias para lidar com a sua situação de doença/saúde. Quanto à associação entre variáveis verifica-se a relevância dos cuidados de conforto como preditora da satisfação com os cuidados de enfermagem, no que se refere ao ambiente da prática como preditoras da satisfação dos clientes a participação dos enfermeiros na governação do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e suporte dos enfermeiros e relações colegiais entre médicos e enfermeiros.

Palavras-chave: Ambientes da prática de enfermagem; Hospitalização; Profissionais de enfermagem; Satisfação do cliente.

ABSTRACT

In the present study, we sought to determine and describe the environment of nursing practice in Portuguese hospitals, and also the nurse's perception about their interactions with patients and their satisfaction with the nursing care system.

The Quality-Care© model (Duffy & Hoskins, 2015) was the guide of the research path and integrates the concept of satisfaction as a sensitive result to nursing care, appropriate to the hospital context and the therapeutic relationship established between the patients and the nurses.

The study was structured according to a theoretical part, based on the literature review. In the predominant methodological path of quantitative nature, different statistical approaches were performed. These, namely descriptive, provided an inferential and predictive analysis. Simple regression models were used to examine the association between the nursing practice environment, nurse-patient interactions, and customer satisfaction with nursing care. The IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (version 24) and IBM SPSS AMOS® (version 22) were used in the statistical analysis.

Study 1 consists of an exploratory, cross-sectional and descriptive study with a non-probabilistic and intentional sample, consisting of 147 nurses, in four hospitalization units, with the purpose of the translation and validation of the cultural context Portuguese *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23), in order to provide a valid instrument as a tool to evaluate and understand nurses' perceptions about their interventions in care practice. This study demonstrated that the Portuguese version of the *Nurse-Patient Interactions-22 PT Scale* (EIEP-22 PT) was a valid and reliable instrument.

Study 2, divided in two phases: phases 1 and 2, aimed to evaluate the existence of a relationship *between the nursing practice environment, nurse-patient interactions, and customer satisfaction with nursing care in the hospital context*, constituting the central premise on which the results of the investigation are supported. Thus, the research question defined was: *What is the relationship between the nursing practice environment, the nurse-patient interactions assessed by nurses and the satisfaction of clients with nursing care in the hospital context?* As a result, specific objectives emerge that determine the realization of the two distinct phases.

Study 2 Phase 1 - This stage had the goal to evaluate the relationship between the environment of nursing practice and nurse-patient interactions. It covered 248 nurses, from 12 services of 4 Portuguese hospitals. The scale of the nursing practice environment, *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) and the EIEP-22 PT were used. Regarding the

results, the nurses considered themselves satisfied with the quality of the practice environment and with the established relationships. However, they noted that the resources available, the participation in hospital policies and the support of management and leadership were not favorable to continue to develop their functions. Regarding the evaluation of nurse-patient interactions, nurses understand greater importance and frequency to attributes/dimensions related to interaction in treatment (clinical care), how they interact with patients (relationship care) and high capacity to respond to their needs (comfort care), as well as technical competence.

Study 2 Phase 2 - This phase was developed with the objective of evaluating the relationship between the nursing *practice* environment, *nurse-patient interactions and customer satisfaction with nursing care in the hospital context*. It covered 169 clients, from 12 services of 4 Portuguese hospitals. The scale scan scans of customer satisfaction with nursing care (EASCCE18), PES-NWI and EIEP-22 PT were used, and the responses of the clients with their services were paired. As a result, clients are, in a global way, satisfied with nurses' skills to deal with their disease/health situation and the ability to solve problems in a timely manner, responsiveness to their needs and technical competence. Clients considered that nurses sometimes transmit the usefulness of information during hospitalization and after discharge, and in some circumstances provide clients with the necessary skills to handle their disease/health care. Regarding the association between variables, the relevance of relational care as a predictor of satisfaction with nursing care is verified, in regards to the practice environment as predictors of customer satisfaction, and the participation of nurses in the management of the hospital; nursing foundations for the quality of care; management capacity, leadership and support of nurses and academic relationships between physicians and nurses.

Keywords: Nursing practice environments; Hospitalization; Nursing professionals; Customer satisfaction.

RESUMÉ

La présente étude visait à décrire l'environnement de la pratique infirmière dans les hôpitaux portugais, ainsi que la perception des infirmières des interactions infirmière-patient et la perception des clients de la satisfaction à l'égard des soins infirmiers.

Le modèle Quality-Care © (Duffy & Hoskins, 2015) a guidé le cheminement de la recherche et intègre le concept de satisfaction comme résultat sensible des soins infirmiers, approprié au contexte hospitalier et à la relation thérapeutique établie entre le patient et les soignants.

L'étude a été structurée selon une partie théorique basée sur la revue de la littérature réalisée. Dans la voie méthodologique prédominante de nature quantitative, différentes approches statistiques ont été menées, à savoir l'analyse descriptive, inférentielle et prédictive. Des modèles de régression simples ont été utilisés pour examiner l'association entre l'environnement de la pratique infirmière, les interactions infirmière-patient et la satisfaction des clients à l'égard des soins infirmiers. Dans l'analyse statistique, IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (version 24) et IBM SPSS AMOS® (version 22) ont été utilisés.

L'étude 1 est une étude exploratoire, transversale et descriptive avec un échantillon non probable et intentionnel composé de 147 infirmières dans quatre unités hospitalières, dans le but de traduire et de valider le contexte culturel portugais de *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23), afin de fournir un instrument valide comme outil pour évaluer et comprendre les perceptions des infirmières de leurs interventions dans la pratique des soins. Cette étude a démontré que la version portugaise avec *l'échelle d'interaction infirmière-patient-22 PT* (EIEP-22 PT) est un instrument valide et fiable.

L'étude en 2 phases 1 et 2 visait à évaluer l'existence d'une relation entre l'environnement de pratique infirmière, les interactions infirmière-patient et la satisfaction des clients à l'égard des soins infirmiers dans un contexte hospitalier, constituant la prémisse clé sur laquelle les résultats de la recherche sont soutenus. Ainsi, la question de recherche définie était la suivante : *Quelle est la relation entre l'environnement de pratique infirmière, les interactions infirmière-patient évaluées par les infirmières et la satisfaction de la clientèle à l'égard des soins infirmiers en contexte hospitalier?* En conséquence, des objectifs spécifiques émergent qui déterminent la réalisation de deux phases distinctes.

Étude 2 Phase 1, ayant pour objectif d'évaluer la relation entre l'environnement de pratique infirmière et les interactions infirmière-patient. Il couvre 248 infirmières de 12 services dans 4 hôpitaux portugais. *L'échelle de l'environnement de la pratique infirmière, l'échelle de*

l'environnement de la pratique de l'indice du travail infirmier (PES-NWI) et l'EIEP-22 PT ont été utilisés. Quant aux résultats, les infirmières s'estiment satisfaites de la qualité du milieu de pratique et des relations établies. Cependant, ils considèrent que les ressources disponibles, la participation aux politiques hospitalières et le soutien de la direction ne sont pas favorables pour continuer à développer leurs fonctions. En ce qui concerne l'évaluation des interactions infirmière-patient, les infirmières perçoivent une plus grande importance et fréquence des attributs/dimensions liés à l'interaction dans le traitement (soins cliniques), à la façon dont elles interagissent avec les patients (soins relationnels) et une grande réactivité à leurs besoins (soins de confort) et compétence technique.

Étude 2 Phase 2, cette phase a été développée dans le but d'évaluer la relation entre l'environnement de pratique infirmière, les interactions infirmière-patient et la satisfaction des clients à l'égard des soins infirmiers en contexte hospitalier. Il couvre 169 clients de 12 services dans 4 hôpitaux portugais. *L'échelle d'évaluation de la satisfaction des clients à l'égard des soins infirmiers (EASCCE18), PES-NWI et EIEP-22 PT ont été utilisées, et les réponses des clients ont été jumelées aux services respectifs. En conséquence, les clients sont, de manière globale, satisfaits des compétences des infirmières pour faire face à leur maladie/situation de santé et la capacité de résoudre les problèmes en temps opportune, la capacité de répondre à leurs besoins et la compétence technique.*

Les clients considéraient que les infirmières transmettent parfois l'utilité de l'information pendant l'hospitalisation et après le congé et, dans certaines circonstances, fournissent aux clients les compétences nécessaires pour faire face à leur maladie/état de santé. Quant à l'association entre les variables, la pertinence des soins relationnels comme prédicteur de la satisfaction à l'égard des soins infirmiers est vérifiée, en ce qui concerne l'environnement de pratique comme prédicteurs de la satisfaction de la clientèle, la participation des infirmières à la gestion hospitalière ; fondations infirmières pour la qualité des soins; compétences en gestion, leadership et soutien des infirmières et relations collégiales entre médecins et infirmières.

Mots-clés: Environnements de pratique infirmière; Hospitalisation; Professionnels des soins infirmiers; Satisfaction du client.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AFC - Análise fatorial confirmatória

AFE - Análise fatorial exploratória

ANA - Associação de Enfermeiros Americana

APE - Ambiente da Prática de Enfermagem

BT1 - Retrotradução 1

BT2 - Retrotradução 2

CFI - Comparative Fit Index

C-NPES - Nursing Practice Environment Scale

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio padrão

EASCCE18 - Escala de avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem

EIEP-22-PT - Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT

EIIP-23 - L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23

EOMII - Essentials of Magnetism II

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

EUA - Estados Unidos da América

F - Frequência

GFI - Goodness of Fit Index

HWE - Healthy Work Environment

ICN - International Council of Nurses

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

JC - Joint Commission

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

Máx. - Máximo

Mdn - Mediana

Min. - Mínimo

MS - Ministério da Saúde

n - Frequência

N.º - Número

NQF - National Quality Forum

NWI-R - Revised Nursing Work Index

OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCFI - Parsimony Comparative Fit Index
PES NWI - Practice Environment Scale of the Nursing Work Index
PPE - Professional Practice Environment
PPWEI - Professional Practice Work Environment Inventory
REPE - Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro
RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*
RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation
RN4Cast - Nurse Forecasting in Europe
RPPE - Revised Professional Practice Environment
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SUCEH₂₁ - Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital
T1 - Tradução 1
T12 - Consenso de tradução de T1 e T2
T2 - Tradução 2
ULS - Unidade Local de Saúde
WHO - World Health Organization
 \bar{x} - Média

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	25
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 - AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	33
1.1. Ambiente da Prática de Enfermagem nos Resultados Associados ao Cliente, à Enfermagem e à Organização	35
1.2. Principais Instrumentos do Ambiente da Prática de Enfermagem	39
CAPÍTULO 2 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR	45
2.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	46
2.2. O Modelo de Qualidade- <i>Caring</i>	49
2.3. Interação “Enfermeiro-Paciente”	53
CAPÍTULO 3 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE	57
3.1. A Satisfação do Cliente Enquanto Domínio Fundamental dos Cuidados de Enfermagem	59
3.2. Relação da Satisfação do Cliente Hospitalizado com a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	62
PARTE II – MÉTODO	
CAPÍTULO 4 - ESTUDO 1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	67
4.1. Metodologia e Tipo do Estudo	67
4.2. Questão de Investigação e Objetivos.....	67
4.3. Participantes	68
4.4. Procedimentos Formais e Éticos	71
4.5. Questionário <i>L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23</i> (EIIP-23).....	72
4.6. Tradução e Validação da L'EIIP23 para o Contexto Cultural Português.....	73
4.6.1. Processo de Tradução	73
4.6.2. Resultados.....	76
CAPÍTULO 5 - ESTUDO 2 FASE 1 E 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ...	85
5.1. Tipo de Estudo	85
5.2. Questão de Investigação e Objetivos.....	85
5.2.1. Estudo 2 - Fase 1	86
5.2.2. Estudo 2 - Fase 2	86

5.3. Material e Métodos	87
5.3.1. Contexto do Estudo	87
5.3.2. Estudo 2 - Fase 1	88
5.3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão	88
5.3.2.2. Participantes	89
5.3.3. Estudo 2 - Fase 2	90
5.3.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão	90
5.3.3.2. Participantes	91
5.3.4. Caracterização dos Instrumentos de Medida	92
5.3.4.1. Questionário do Ambiente da Prática de Enfermagem - <i>Practice Environment Scale of Nursing Work Index</i>	93
5.3.4.2. Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT	95
5.3.4.3. Escala da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem	96
5.4. Procedimentos	97
5.4.1. Análise Estatística	98
5.4.2. Procedimentos Formais e Éticos	99
 PARTE III - RESULTADOS ESTUDO 2 FASES 1 E 2	
 CAPÍTULO 6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS ESTUDO 2.....	105
6.1. Análise Descritiva do Estudo 2 - Fase 1.....	105
6.1.1. Participantes - Enfermeiros	105
6.1.2. Avaliação do Ambiente da Prática de Enfermagem em Contexto Hospitalar	108
6.1.3. Avaliação das Interações Enfermeiro-Paciente	110
6.1.4. Relação das Variáveis do Ambiente da Prática do Ambiente com as Interações Enfermeiro-Paciente	112
6.2. Análise Descritivos do Estudo 2 - Fase 2	114
6.2.1. Participantes	114
6.2.2. Avaliação da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem em Contexto Hospitalar	122
6.2.3. Relação das Variáveis do Ambiente da Prática de Enfermagem, das Interações Enfermeiro-Paciente com a Satisfação do Cliente em Contexto Hospitalar	124
 CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	129
7.1. Estudo 1	129
7.2. Estudo 2 - Fase 1	131

7.3. Estudo 2 - Fase 2	138
CAPÍTULO 8 - CONCLUSÕES	145
8.1. Implicações do Estudo	147
8.2. Limitações e Sugestões	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
ANEXOS	
ANEXO I	
Autorização dos dirigentes da instituição (Estudo 1)	
ANEXO II	
Autorização da aplicação <i>L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23</i> (EIIP-23)	
ANEXO III	
Questionário <i>L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23</i> (EIIP-23)	
ANEXO IV	
Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT (EIEP-22- PT)	
ANEXO V	
Instrumento <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i> (PES-NWI)	
ANEXO VI	
Escala de Avaliação Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem (EASCCE18)	
ANEXO VII	
Variáveis sociodemográficas para caracterização geral	
ANEXO VIII	
Autorização da aplicação do Instrumento <i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i> (PES-NWI)	
ANEXO IX	
Autorização da aplicação da Escala de Avaliação Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem (EASCCE18)	
ANEXO X	
Autorização dos Conselhos de Administração e Comissões de Ética das Instituições de Saúde	
ANEXO XI	
Tabela a - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência - valores médios) (n=248)	
Tabela b - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (importância - valores médios) (n=248)	
ANEXO XII	
Tabela a - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência - valores médios) (n=169)	
Tabela b - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (importância - valores médios) (n=169)	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra dos serviços de internamento da Unidade Local de Saúde, EPE - taxa de respostas.....	69
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra em frequência e percentagem	70
Tabela 3 - Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT (EIEP-22-PT) componentes	79
Tabela 4 - Análise da validade de construto da EIEP-22-PT, variância média extraída.....	81
Tabela 5 - Dimensões da escala PES-NWI original e valores do <i>alfa de Cronbach</i>	94
Tabela 6 - Dimensões da escala PES-NWI em Portugal e valores do <i>alfa de Cronbach</i>	94
Tabela 7 - Dimensões da escala EIEP-22-PT em Portugal e valores do <i>alfa de Cronbach</i>	95
Tabela 8 - Distribuição da amostra por instituição, segundo o sexo	105
Tabela 9 - Distribuição de cada escalão etário dos enfermeiros dos quatro hospitais.....	106
Tabela 10 - Média de idades e desvio padrão da amostra segundo a idade	106
Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros por hospital, segundo as variáveis sociodemográficas (n=248)	107
Tabela 12 - Análise descritiva da PES-NWI por item (valores médios) (n=248).....	108
Tabela 13 - Análise descritiva da PES-NWI por dimensões em contexto hospitalar.....	110
Tabela 14 Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência e importância - valores médios) (n =248)	110
Tabela 15 - Análise descritiva da EIEP-22-PT por dimensões (frequência e importância) em contexto hospitalar.....	112
Tabela 16 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados relacionais - modelo de regressão linear (n=248)	113
Tabela 17 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados clínicos - modelo de regressão linear (n=248)	113
Tabela 18 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados de conforto - modelo de regressão linear (n=248)	114
Tabela 19 - Distribuição da amostra (n=169) por instituição, segundo o sexo dos clientes .	115
Tabela 20 - Distribuição de cada escalão etário dos clientes dos quatro hospitais.	115
Tabela 21 - Média de idades e desvio padrão da amostra segundo a idade	115

Tabela 22 - Distribuição da amostra por hospital, segundo as habilitações literárias, estado civil, situação laboral e necessidade de cuidados de enfermagem após alta	115
Tabela 23 - Análise descritiva da PES-NWI por item (valores médios) (n=169).....	117
Tabela 24 - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência e importância - valores médios) (n=169)	119
Tabela 25 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados relacionais - modelo de regressão linear (n=169)	121
Tabela 26 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados clínicos - modelo de regressão linear (n=169)	121
Tabela 27 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados de conforto - modelo de regressão linear (n=169)	122
Tabela 28 - Análise descritiva da EASCCE18 por item (n=169).....	122
Tabela 29 - <i>Alfa de Cronbach</i> das subescalas da EASCCE18	124
Tabela 30 - Análise descritiva da EASCCE18 por item dimensão (n=169)	124
Tabela 31 - Influência do ambiente de prática de enfermagem (PES-NWI) e das interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) na satisfação do cliente em contexto hospitalar (EASCCE18) - qualidade dos cuidados - modelo de regressão linear	125
Tabela 32 - Influência do ambiente de prática de enfermagem (PES-NWI) e das interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) na satisfação do cliente em contexto hospitalar (EASCCE18) - qualidade da informação - modelo de regressão linear	126
Tabela 33 - Influência do ambiente de prática de enfermagem (PES-NWI) e das interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) na satisfação do cliente em contexto hospitalar (EASCCE18) - qualidade do atendimento - modelo de regressão linear	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado©	51
Figura 2 - Síntese da trajetória metodológica de tradução e adaptação cultural da <i>L'Échelle Interactions Infirmière-Patient-23</i> , para o português	73
Figura 3 - Modelo de três fatores da Escala Interação Enfermeiro-Paciente (EIEP-22-PT) nos cuidados de saúde hospitalares em Portugal.....	80
Figura 4 - Síntese do Modelo Final.	127

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos principais instrumentos de avaliação do ambiente da prática de enfermagem e respectivas dimensões.....	40
Quadro 2 - Tríade Base da Qualidade em Saúde de Donabedian (1990).....	48
Quadro 3 - Aplicação dos questionários aos enfermeiros em contexto hospital.....	89
Quadro 4- População do estudo em contexto hospitalar	90
Quadro 5 - Aplicação dos questionários aos clientes em contexto hospital	91
Quadro 6 - População do estudo em contexto hospitalar	92
Quadro 7 - Classificação do ambiente da prática de enfermagem utilizando o questionário PES-NWI com a escala tipo <i>likert</i> de 4 pontos	95
Quadro 8 - Estrutura fatorial da EASCCE18.....	97

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório do processo de investigação realizado no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa em articulação com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O tema sobre o qual este percurso de investigação foi desenvolvido prende-se com motivos de ordem científica, social, pessoal e profissional.

A última década, em Portugal e na Europa, tem sido caracterizada por mudanças profundas em diferentes contextos, orientadas por pressões económico-financeiras, sociais e políticas, implicando uma constante adaptação das organizações a diferentes níveis. Vários são os fatores que contribuem para o sucesso organizacional na saúde, porém a complexidade e imprevisibilidade do sistema é uma realidade, que torna o contexto bastante desafiante.

As organizações envolvidas em cuidados de saúde a nível nacional demonstraram uma maior flexibilidade, uma melhor resposta às exigências dos clientes¹ e uma maior racionalidade dos custos associada quase paradoxalmente a um requisito de melhoria da qualidade (Androniceanu & Pegulescu, 2020; Gillespie & Reader, 2018; Guerra, 2019). Este novo paradigma originou seguramente repercussões nas atitudes, nos comportamentos e no desempenho dos colaboradores, traduzindo-se na emergência de novos valores e expectativas face à relação estabelecida com a organização e a profissão (Ducharme, Bernhardt, Padula & Adams, 2017; Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin & Frost, 2018; Silva & Costa, 2019).

Devido à importância do tema nos cuidados de saúde foram várias as estratégias adotadas mundialmente a fim de proporcionar cuidados de saúde de excelência e com qualidade. Foram desenvolvidos e adotados novos conhecimentos e habilidades, novas ferramentas de monitorização e melhoria da qualidade (como indicadores de qualidade, auditorias e gestão do risco), consciencialização da acreditação e implementados padrões e critérios de atuação (Chalupowski, 2016; Grindel, 2016; ICN, 2021).

¹Ao longo do presente trabalho utilizaremos o termo cliente como forma de nos referirmos à pessoa que é alvo dos cuidados de saúde. Esta opção pretende seguir a mesma linha definida pela Ordem dos Enfermeiros (2001) aquando a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, partilhando a conotação do termo com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados, onde existe uma troca de algo e não necessariamente aquele que, numa visão economicista, paga. Todavia a palavra paciente poderá surgir ao longo do texto, uma vez que mantivemos as designações, por exemplo, das variáveis do estudo presentes no instrumento de colheita de dados, ou quando nos referidos a outros documentos, de forma a manter a fiabilidade na referência dos documentos.

O *International Council of Nurses* (ICN, 2007) alertou para uma realidade urgente, para ambientes da prática profissional saudáveis e de qualidade. Certo é que, na última década, diversas pesquisas têm evidenciado que ambientes favoráveis à prática de enfermagem trazem vantagens para os profissionais (OE, 2007), para os clientes, bem como para as instituições (Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018).

É prioritária a implementação de medidas que garantam ambientes da prática profissional promotores da qualidade dos cuidados, isto porque a melhoria do ambiente de trabalho no hospital pode ser uma estratégia de custo relativamente baixo para melhorar os cuidados e, conseqüentemente, os resultados para os clientes e profissionais de enfermagem (Wei et al., 2018; Gaalan, Kunaviktikul, Akkadechanunt, Wichaikhum & Turale, 2019).

Os referidos ambientes começaram a ser estudados após os anos 80, com o propósito de compreender o seu efeito na enfermagem e clientes permitindo demonstrar que estes promovem uma maior satisfação nos profissionais, níveis de *burnout* mais baixos, tal como, menor intenção de mudar de local de trabalho ou profissão (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski & Silber, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan & Hughes, 2006; Wei, et al., 2018) condições promissoras para a excelência do desempenho profissional conduzindo à melhor qualidade dos cuidados.

O ambiente da prática de enfermagem é difícil de conceptualizar e mensurar (Lake & Frise 2006), sendo definido por diferentes autores ao longo dos tempos, porém parece ser a perspectiva teórica da Lake (2002) a mais consensual entre os mesmos (Amaral & Ferreira, 2013), fato que concretiza a utilização da referida perspectiva neste estudo.

Com os avanços tecnológicos, aumento de custo e competitividade das instituições, cresce a busca pela melhoria na qualidade dos serviços de saúde (Hovenga & Lowe, 2020). Sendo o foco das discussões nos serviços de saúde e nas atividades da enfermagem, a qualidade deve ser compreendida como a probabilidade da prestação de serviços levar ao conforto e bem-estar do cliente (Loureiro, 2020).

A qualidade em saúde está intimamente ligada a vários fatores organizacionais e culturais das instituições, é um foco central nos sistemas de cuidados de saúde, quer a nível internacional (Doran, Mildon & Clarke, 2011; Acharya, Ghimire, Shrestha, Yadav & Bhandari, 2019), quer nacional (Ministério da Saúde, 2015), verificando-se forte evidência científica que melhorias associadas ao ambiente da prática podem constituir se numa estratégia, para melhorar a qualidade na assistência hospitalar, logo conseqüentemente aumentar a satisfação dos clientes (Aiken et al., 2012), devendo-se aumentar a responsabilização pela qualidade de todos os

patamares do sistema e aumentar o envolvimento dos profissionais e das lideranças, conforme consta da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

Outra área estruturante neste estudo diz respeito ao cuidado como elemento central dos cuidados de enfermagem e expressa a importância de ambientes favoráveis (Aiken et al., 2008). O cuidado humano descreve as atitudes e comportamentos que demonstram interesse pelo respeito, pelos valores psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes (Watson, 2012). Esse desenvolve-se como uma competência específica em etapas, por meio da educação em enfermagem e da prática clínica, em paralelo com outras competências de enfermagem, como ‘agir de maneira profissional’, ‘raciocínio clínico em enfermagem’ e ‘liderança de enfermagem clínica’ (Létourneau, Cara & Goudreau, 2017; Loureiro, 2020).

A importância das interações enfermeira-paciente com base em comportamentos do cuidado foi comprovada por vários teóricos como Watson, Leininger, Boykin e Swanson (Dyess, Boykin & Bulfin, 2013; Blasdell, 2017; Vujanović, Prlić & Lovrić, 2020). Referem estes autores que cuidar é a essência da enfermagem e o elemento-chave das interações enfermeiro-paciente para cuidados de saúde de alta qualidade. A implementação de modelos de interação enfermeiro-paciente, com base em comportamentos do cuidado nos sistemas de saúde podem melhorar ambientes de trabalho, proporcionar um maior nível de satisfação nos enfermeiros e pacientes (Fortuno, Oco & Clores, 2017; Feo, Donnelly, Athlin & Jangland, 2018), garantir um nível mais alto de segurança do paciente e cuidados de saúde de qualidade (Feo, Conroy, Wiechula, Rasmussen & Kitson, 2019; Haryani, 2019; Calong & Soriano, 2019).

Apesar do conceito de cuidado de enfermagem ser multidimensional, envolvendo um conjunto de dimensões e condicionantes (Cossette, Pepin & Fontaine, 2019), a sua avaliação é imprescindível para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem (Hovenga & Lowe, 2020). É relevante identificar se os enfermeiros percebem as suas atitudes e comportamentos na sua prática profissional, sendo pertinente a utilização de instrumentos de medida válidos e fiáveis (Oliveira, Kuznier, Souza & Chianca, 2018), para uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde (Silva & Costa, 2021) e alcançar bons resultados de cuidados de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003).

As afirmações produzidas anteriormente levam-nos a salientar que a *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23), que foi projetada para avaliar e compreender as percepções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados, visando alcançar melhores resultados de saúde. Elaborada por Cossette, Côté, Pepin, Ricard & D'Aoust em 2006, descreve as atitudes e os comportamentos dos enfermeiros na sua prática profissional (Genet, Lheureux

& Truchot, 2018), podendo ser avaliados de acordo com importância, frequência, satisfação e competência (Cossette, 2015).

Pelo que é pertinente, avaliar e compreender as percepções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados, para obter melhores resultados de saúde, logo consequentemente aumentar a satisfação dos clientes (Aiken et al., 2012).

A satisfação do cliente é um dos fatores que integra a qualidade dos cuidados de saúde (Ng & Luk, 2019). Tem sido foco de investigação nas últimas duas décadas (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam & Amenta, 2015). A investigação, no âmbito da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem, no contexto hospitalar, tem procurado encontrar os fatores que a aumentam e focados nos atributos dos cuidados que mais a influenciam. Ter clientes satisfeitos no âmbito dos cuidados de saúde é importante porque os mantém fidelizados ao serviço/hospital, apresentam maior adesão aos cuidados de saúde em casa, tratamentos e medicação (Otani, Herrmann & Kurz, 2011; Nikmanesh, Mohammadzadeh, Nobakht & Yusef, 2018).

Os estudos têm proliferado exponencialmente, com a finalidade de identificar quais os atributos mais relevantes do conceito de satisfação e possíveis relações com outros conceitos. Um grupo particularmente estudado têm sido os clientes hospitalizados o que advém do stress e insatisfação associado à experiência hospitalar, mas também pelos custos elevados que a hospitalização acarreta para os sistemas de saúde (Quintana et al., 2006; Vanholder et al., 2017; Loureiro, 2020).

A satisfação do cliente, é um indicador importante e legítimo da qualidade dos cuidados de saúde. É por isso de extrema importância definir, medir e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a fim de promover a satisfação do cliente (Kasa & Gedamu, 2019; Nabili & Bastani, 2020), pelo que substantifica o presente estudo. Vários autores têm vindo a corroborar com os resultados relacionados com a satisfação dos clientes (Kanai-Pak, Aiken, Sloane & Poghosyan, 2008; Liu, Lee, Chia, Chi & Yin, 2012; Freitas, Parreira & Domingues, 2016; Elewa & Elkattan, 2017) e a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem (Aiken, Burmeister, Clayton, Dalais & Gardner, 2011; Cho, Mark, Yun & June, 2011; Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans & Heyning, 2009; Mulugeta, Wagnaw, Dessie, Biresaw & Habtewold, 2019).

É consensual a influência dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, na satisfação dos clientes, em particular em contexto hospitalar (Kol, Arıkan, İlaslan, Akıncı & Koçak, 2018; Nugraheni & Kirana, 2018). Comparativamente a outros profissionais de saúde, os enfermeiros

passam mais tempo com os clientes hospitalizados e também interagem com eles mais frequentemente, pelo que têm um impacto significativo na experiência de hospitalização (Duffy, 2013; Armstrong, 2019). Dessa forma, os enfermeiros têm a oportunidade de se aproximar dos clientes e conhecer suas expectativas (Karaca & Durna, 2019).

São os pressupostos anteriormente apresentados que estão na gênese da problemática em estudo, que permitem atribuir como conceitos chave o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes, enquanto elementos estruturais da presente tese. Propõe-se desenvolver um estudo que proporcione evidência científica que fomente e justifique o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão, em Portugal, que garantam a qualidade e a satisfação dos cuidados prestados aos clientes através da promoção de ambientes das práticas favoráveis.

Neste sentido, esta pesquisa tem como intuito revelar as relações previstas entre o ambiente da prática de enfermagem na qualidade dos cuidados e satisfação do cliente. Assim, com o propósito de aumentar o conhecimento existente sobre o cuidado de enfermagem propõe-se avaliar e compreender as perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados, para obter melhores resultados de saúde.

E o que conduziu à questão de partida desta investigação: *“Qual a relação entre o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar?”*

Face ao exposto, são objetivos gerais deste trabalho:

- Traduzir, adaptar e validar o questionário EIIP-23 para português, avaliando as suas propriedades psicométricas.
- Avaliar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Procurou-se organizar a tese com uma estrutura lógica que facilite a leitura e compreensão pelo leitor. Desta forma, após a presente introdução, na qual tentou-se proceder à contextualização do estudo e apresentou-se a estrutura do trabalho, inicia-se o estudo teórico efetuado, com base na revisão da literatura executada, constituído o primeiro capítulo da tese, reporta-se ao ambiente da prática de enfermagem. O segundo capítulo refere-se aos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar e aos seus contributos para a qualidade dos cuidados, por fim o último capítulo contempla a satisfação do cliente, onde se pretende explicitar as abordagens teóricas consistentes com a análise a realizar.

O estudo empírico tem dois capítulos, onde se descreve o percurso metodológico efetuado, seguindo-se a apresentação dos resultados obtidos. Por fim a discussão dos resultados é realizada em confronto com a literatura atual, sendo o último capítulo a conclusão, onde se realçam os elementos fundamentais da génese e conceptualização do estudo. Inclui ainda as limitações e sugestões seguindo-se as implicações para a prática de cuidados na investigação em enfermagem. A bibliografia e toda redação da tese segue a organização da norma da *American Psychological Association*, sexta edição.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este capítulo, tem como finalidade desenvolver o suporte teórico que sustenta esta investigação. Abordou-se o conceito de ambiente da prática de enfermagem e a sua influência nos resultados associados ao cliente, à enfermagem e à organização assim como a sua medição com instrumentos mais referenciados para a sua medição.

O ambiente da prática de enfermagem (APE) é um dos conceitos que sustenta a presente investigação tendo-se utilizado a perspetiva teórica de Lake (2002). Segundo a autora o ambiente da prática de enfermagem é definido como um conjunto de características que potenciam ou constroem a prática profissional e operacionalizado em cinco dimensões que são descritos por Lake (2002) da seguinte forma:

- *Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital*: a dimensão descreve o papel participativo dos enfermeiros no contexto hospitalar, onde se verifica a inclusão destes na governação interna, nas decisões políticas e comissões, com oportunidades de progressão, comunicação aberta com os gestores e reconhecida a acessibilidade, poder e visibilidade da administração executiva de enfermagem;
- *Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*: a dimensão enfatiza fundamentos de enfermagem para altos *standarts* dos cuidados aos clientes, onde um modelo de cuidados de enfermagem deve estar presente, verificando-se a existência de vários indicadores como a continuidade dos cuidados, utilização de diagnósticos e de planos de cuidados de enfermagem. A qualidade deve ser assegurada por um programa formal, tal como a atratividade de novos colaboradores e formação contínua dos colaboradores;
- *Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros*: a dimensão foca-se na perceção dos enfermeiros sobre o papel crítico da gestão de enfermagem, pela dualidade do papel de gestor e líder, bem como pelo suporte aos enfermeiros em situação de conflitos com os médicos, realização de erros, mas também o reconhecimento do trabalho bem desenvolvido;
- *Adequação de recursos humanos e materiais*: a dimensão descreve as premissas de adequação dos recursos para a prestação de cuidados com qualidade, onde o equilíbrio nos recursos humanos para a prestação de cuidados, os serviços de apoio, tempo e oportunidade para promover discussão entre colegas sobre casos clínicos, assumem um cariz significativo;

▪ *Relação entre médicos e enfermeiros*: a dimensão envolve a existência de relações de trabalho positivas, entre médicos e enfermeiros.

A preocupação com o ambiente da prática de enfermagem não é recente, e emergiu, por um lado, da escassez de enfermeiros e, por outro, da apreensão com a elevada rotatividade de profissionais a nível hospitalar, tornando necessário atraí-los, reter e motivar (Lake, 2002; ICN, 2021).

Atendendo a tal condição, a Academia Americana de Enfermagem, em 1980, realizou um estudo para identificar e avaliar os hospitais *Magnet*, os quais eram deste modo designados pela capacidade de atrair e reter os enfermeiros (Aiken, Sloane, Barnes, Cimiotti, Jarrín & McHugh, 2018). O *Magnet Hospital* é reconhecido como uma ferramenta que incentiva os hospitais a melhorar ambientes da prática e, conseqüentemente, a terem um impacto positivo na prestação de cuidados ao cliente (Armstrong, 2019; Brito, Pacheco, Lopes, Borges, Nascimento & Andrade, 2021).

Lake (2002) refere que os Hospitais *Magnet* apresentam um conjunto de características organizacionais comuns que se centram na descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem; uma forte e eficaz liderança de enfermagem; reconhecimento da autonomia profissional de enfermagem, *accountability*, e responsabilidade pela qualidade dos cuidados ao cliente; adequação dos recursos humanos e horários flexíveis. E possuem uma acreditação realizada pela Associação de Enfermeiros Americana (ANA). Essa acreditação é constituída por 5 componentes essenciais: *Transformational Leadership; Structural Empowerment; Exemplary Professional Practice; New Knowledge, Innovation and Improvements; Empirical Outcomes* (Haller, Berends & Skillin, 2018).

A partir dos anos 90, a preocupação com o estudo deste conceito dirige-se essencialmente à qualidade dos cuidados e dos resultados obtidos nos clientes, para o reconhecimento das organizações como *Magnet Hospital*, onde devia prevalecer a alocação dos recursos, um compromisso para uma cultura de excelência, bem como sistemas de apoio na prestação de cuidados ao cliente e o desenvolvimento profissional. Assume-se que o ambiente da prática é composto pelo efeito acumulado de inúmeros fatores inter-relacionados, que afetam o desempenho e a satisfação (Jesus, Roque & Amaral, 2015; Mota, Castilho & Martins, 2021).

Vários estudos têm vindo a ser desenvolvidos, especialmente na América do Norte há mais de três décadas, como o estudo RN4Cast e a criação de consórcios para o mesmo, também na Europa durante os últimos anos (Aiken et al., 2012; Jesus et al., 2015).

A primeira publicação, associada à avaliação do ambiente da prática de enfermagem em Portugal, foi em 2012, desenvolvida por Amaral, Ferreira & Lake. Os autores tiveram como objetivo traduzir e validar a *Practice Environment Scale of the NWI* (Lake, 2002) para a produção da versão portuguesa, da referida escala.

Utilizando também a versão portuguesa da PES-NWI (Amaral et al., 2012), Jesus et al., (2015) numa amostra bem mais abrangente (2235), com o objetivo de descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos ambientes da prática de enfermagem.

O APE encontra-se associado à capacidade operativa de medição do conceito, tal como pelo reconhecimento atual por diferentes organismos na acreditação da qualidade dos serviços de saúde, como National Quality Forum (NQF) e Joint Commission (JC).

1.1. O Ambiente da Prática de Enfermagem nos Resultados Associados ao Cliente, à Enfermagem e à Organização

O ambiente da prática de enfermagem, à luz da evidência científica das últimas décadas, produz impactos significativos nos níveis da qualidade e segurança dos cuidados aos clientes, na saúde e bem-estar laboral dos profissionais e da qualidade, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Lake, Sanders, Duan, Riman, Schoenauer & Chen, 2019).

Lake (2007) refere que o APE deve ser o foco principal de preocupação dos sistemas de saúde para evitar crises em duas áreas: na escassez de enfermeiros e na segurança dos clientes. Monitorizar o ambiente da prática de enfermagem e minimizar as suas lacunas, permite a implementação de processos de melhoria contínua, melhorando por sua vez os resultados relacionados com a saúde.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2021) considera que existe uma escassez de enfermeiros, cujos motivos são complexos e variados, estando, entre os principais, os ambientes pouco favoráveis, que enfraquecem o desempenho ou contribuem para o alheamento dos enfermeiros e, com demasiada frequência, os afastam de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão (Van Bogaert, Timmermans, Weeks, Van Heusden, Wouters & Franck, 2014; Cho & Han, 2018). Como tal, na última década, a carência global de enfermeiros teve como consequência o aumento do interesse académico internacional sobre o ambiente da prática

de enfermagem (Jesus, et al., 2015; Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017; Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo, 2020; Mota et al., 2021).

O conhecimento e a avaliação dos ambientes onde decorrem as práticas dos cuidados, permite contribuir para as melhorar e, conseqüentemente, promover a qualidade dos cuidados de enfermagem (Danski et al., 2017; Gea-Caballero, Juárez-Vela, Díaz-Herrera, Mármol López, Alfaro Blazquez & Martínez-Riera, 2019; Lucas & Nunes, 2020; Van Wicklin, 2020). O ambiente da prática de enfermagem está igualmente relacionado com a satisfação profissional, com a qualidade dos cuidados de enfermagem e com a segurança do cliente (Park, Hanchett & Ma, 2018; De Jager, Gunnarsson & Ho, 2019; Silva et al., 2020) e, ainda, com a efetividade dos cuidados para os clientes (Weiser & Haynes, 2018; Silva, Gama, Pereira & Camarão, 2018) e para a eficiência das organizações (Swiger, Patrician, Miltner, Raju, Breckenridge-Sproat & Loan, 2017; Pires, Oliveira, Siqueira, Feldman, Oliveira & Gasparino, 2018; Solsky et al., 2020; Hessels, Paliwal, Weaver, Siddiqui & Wurmser, 2018).

A prática de cuidados de enfermagem é desenvolvida num ambiente de crescente complexidade e stresse para os profissionais (Bratt & Felzer, 2011; Hayes, Douglas & Bonner, 2015; Tomaszewska, Kłos & Majchrowicz, 2017; Lake et al., 2019), resultados associados aos enfermeiros como o *burnout*, satisfação com o trabalho, qualidade dos cuidados no serviço, baixa produtividade, absenteísmo (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede & Sermeus, 2013; Kirwan, Matthews & Scoott, 2013; Van Bogaert et al., 2014; Nantsupawat et al., 2017; Gillespie et al., 2018; Haugen, Sevdalis & Sjøfteland, 2019; Moisoglou, Yfantis, Tsiouma & Galanis, 2020; Azevedo, Rodrigues & Cimiotti, 2018) e, a longo prazo, contribui para a falta de pessoal (Jesus et al., 2015; Tomaszewska et al., 2017; Roque, 2016).

Noutros estudos, no que concerne aos resultados nos clientes, há evidência que o APE afeta variáveis como a qualidade dos cuidados nos serviços (Patrician, Shang & Lake, 2010; Coetzee, Klopper, Ellis & Aiken, 2013; Anzai, Douglas & Bonner, 2014; You et al., 2013; Haugen et al., 2019), segurança do cliente no serviço (Aiken et al., 2012; Liu, You, Zheng, Ross & Liu, 2016; Karlsson, Gunningberg, Lecturer & Pöder, 2019) e eventos adversos (Kirwan et al., 2013; Halfon, Staines & Burnand, 2017; Suliburk et al., 2019), como infeção associada a cateter venoso central, infeções do trato urinário e pneumonia associada a ventilação mecânica (Kelly, Kutney-lee, Lake & Aiken, 2013; Cho, Chin, Kim & Hong, 2016; Roque, 2016; Solsky et al., 2020).

Sabe-se, também, que os ambientes onde os enfermeiros possuem autonomia, controlo sobre o ambiente e boas relações com a equipa médica resultam em menores níveis de *burnout* (AL

Ma'mari, Sharour & Al Omari, 2020; Chen, Ramalhal & Lucas, 2019; Guirardello, 2017; Nantsupawat, Kunaviktikul, Wichaikhum, Hienthong & Poghosyan, 2017; Liu et al., 2018; Nogueira, Sousa, Guedes, Turrini, Cruz & Santos, 2018; Xian, Zhai, Xiong & Han, 2020), maior satisfação profissional (Almeida et al., 2020; Chen et al., 2019; De Sul & Lucas, 2020; Dorigan & Guirardello, 2017), menor intenção de deixar o emprego (Alves & Guirardello, 2016; Leone et al., 2015; Lucas & Nunes, 2020; Xian et al., 2020) e melhores resultados para os clientes no que diz respeito à qualidade dos cuidados (Aiken et al., 2017; Almeida et al., 2020; Alves & Guirardello, 2016; Guirardello, 2017; Zhu, Zheng, Liu & You, 2019) e segurança dos clientes (Aiken et al., 2017; Almeida et al., 2020; Liu et al., 2018; Lucas & Nunes, 2020; Elsous, Radwan & Mohsen, 2017).

Outro aspecto fundamental no contexto de trabalho está relacionado com as estratégias de liderança. A revisão sistemática de Cummings, et al. (2018), revelou que a existência de um estilo de liderança focalizada na concretização de tarefas, está associado a menor satisfação das equipas de enfermagem, enquanto uma liderança focada nas pessoas e nas relações está associada a maior satisfação profissional.

Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na organização dos cuidados de saúde, tendo, no entanto, que lidar com questões e problemas relacionados com o trabalho, num ambiente de cuidados de saúde em constante mudança e desafiador (Adriaenssens, Hamelink & Van Bogaert, 2017). Laschinger, Borgogni, Consiglio & Read (2015), referem que o comportamento de liderança autêntica dos gestores de enfermagem, como a autoconsciência e transparência, comportamento ético-moral e apoio nos processos, desempenham um papel importante na criação de ambientes da prática de enfermagem favoráveis (Soares, Camelo, Resck & Terra, 2016; Schwendimann et al., 2019; Wei et al., 2018). Ocupam ainda uma posição de gestão numa das áreas mais cruciais das organizações de saúde, as unidades prestadoras de cuidados. Constituindo-se como a linha da frente dos serviços de saúde é nas unidades prestadoras de cuidados que se operacionalizam a maioria das decisões sobre os processos de saúde/doença dos clientes, que estas têm mais impacto e onde devem ser tomadas com maior rapidez (Potra, 2015; Grindel, 2016; Swiger et al, 2017; Aiken, Sloane, Ball & Bruyneel, 2018; Boamah, Laschinger, Wong & Clarke, 2017).

Sob outra perspetiva, os ambientes da prática de enfermagem pobres, com falta de apoio dos enfermeiros gestores, fraca liderança e má relação multidisciplinar estão associados a: diminuição da qualidade dos cuidados; eventos adversos nos clientes (Adams, Djukic, Gregas & Fryer, 2018; Mascarenhas, Anders, Gelbcke, Lanzoni & Ilha, 2019; Griffiths et al., 2016) como erros (Lake et al., 2016; Ducharme, Bernhardt, Padula & Adams, 2017; Lee & Scott,

2018) aumento da mortalidade e complicações (Cho et al., 2016; Aiken et al., 2017; Ball et al., 2018; Fagerström, Kinnunen & Saarela, 2018; Sousa & Guimarães, 2018; Berry et al., 2020); reinternamentos por complicações (Ma, Shang & Stone 2014; Fan et al., 2016; Anderson & Abrahamson, 2017); aumento dos custos com os cuidados de saúde (Lewis & Malecha, 2011; Sollami, Caricati & Sarli, 2015; Spector, Limcangco, Owens & Steiner, 2016; Slawomirski, Auraaen & Klazinga, 2017) prestação ineficaz de cuidados, conflitos e stresse entre os profissionais de saúde (Tomaszewska et al., 2017; Barbeito, Agarwala & Lorinc 2018; Willassen, Jacobsen & Tveiten, 2018) insatisfação profissional e aumento da rotatividade dos enfermeiros (Mahmood, Mylopoulos, Bagli, Damignani & Haji, 2018; Wei et al., 2018).

Os enfermeiros, enquanto líderes, são fundamentais para uma melhoria na comunicação com, e entre a equipa para alcançarem objetivos, tendo como finalidade a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente e a inovação em saúde (Nunes & Gaspar, 2016; Karamchandani et al., 2018; Tune, 2019; Carvalho & Lucas, 2020; Schwendimann et al., 2019; Willassen et al., 2018). Um ambiente da prática de enfermagem seguro caracteriza-se por boas relações profissionais entre os seus membros, um gestor que apoia os enfermeiros na prática de cuidados e horários de trabalho equilibrados (Alves, Silva & Guirardello, 2017; Copanitsanou, Fotos & Brokalaki, 2017; Haller et al., 2018). Caracteriza-se também por boa adequação entre a carga de trabalho e as competências dos enfermeiros, tempo para dar resposta às necessidades dos clientes, autonomia profissional, recursos adequados e oportunidades de progressão profissional (Kirwan et al., 2013; Stalpers, Kieft, Van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016).

Os enfermeiros prestadores de cuidados diretos estão cada vez mais envolvidos na tomada de decisões organizacionais e, assim, têm a oportunidade de projetar e implementar soluções para a melhoria da sua unidade (Asiri, Rohrer, Al-Surimi, Da'ar & Ahmed, 2016; WHO, 2019; Sheedy & Richard, 2020). Nesse sentido, os enfermeiros gestores devem criar um ambiente da prática de enfermagem que envolvam os enfermeiros nas decisões que influenciam os cuidados ao cliente e o ambiente de trabalho (Ong et al., 2017; Crisp & Tavistock, 2018; Mrayyan, 2019). Contudo os enfermeiros com pouca autonomia têm menor satisfação no trabalho e maior intenção de saída o que está relacionado com o ambiente da prática de enfermagem (Mrayyan, 2019; Kol et al., 2018).

Titlestad, Haugstvedt, Iglund & Graue (2018), sugerem que as linhas orientadoras de atuação dos serviços de saúde contribuem para garantir a aplicação de novos conhecimentos na prática, reduzindo efeitos indesejáveis, variações das práticas e melhorando a segurança e a qualidade. Ainda referem, que quanto maior a formação dos enfermeiros, melhor conhecimento e capacidades estes possuem para lidar com diferentes situações relativamente ao cuidado do

cliente, ao trabalho em equipa multidisciplinar, sendo maior a capacidade para adotar uma abordagem mais abrangente para a enfermagem e para a segurança do cliente (Boytim & Ulrich, 2018). Os hospitais que possuem estas características atraem enfermeiros por terem características organizacionais hospitalares positivas e ambiente da prática de enfermagem saudáveis, que por sua vez, produzem resultados positivos nos enfermeiros, nos clientes e nas organizações (Er & Sökmen, 2018; Van Wicklin, 2020).

Um dos desafios mais prementes das organizações de saúde é o da necessidade de uma imediata intervenção ao nível dos ambientes de práticas de enfermagem, pela qualidade percebida dos mesmos e significativo impacto evidenciado na qualidade, segurança e satisfação dos clientes. Uma atenção especial deve ser conduzida para o contexto hospitalar e, em particular, nos serviços de medicina, uma vez que são nestes onde aspetos quer da qualidade, quer da segurança estão mais diminuídos (Soncrant et al., 2018; Nascimento & Jesus, 2020).

Melhorar o ambiente da prática de enfermagem tem consequências, sendo que o uso de instrumentos destinados à sua avaliação fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Aiken et al., 2008; Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas & González-María, 2013; Laschinger, Zhu & Read, 2016; Neves, Parreira, Graveto, Rodrigues & Marôco, 2018; Swiger et al., 2017).

A avaliação do APE é essencial para determinar de que forma o podemos melhorar, como podemos promover a qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam e, portanto, contribuir para a melhoria dos contextos das práticas clínicas.

1.2. Principais Instrumentos do Ambiente da Prática de Enfermagem

O ambiente da prática de enfermagem envolve múltiplas dimensões e mantê-las favoráveis é importante para o trabalho dos profissionais de enfermagem. Nos últimos anos, a avaliação do APE tornou-se imperioso por agências reguladoras e certificadoras de qualidade em diversas partes do mundo (Neves et al. 2018; Swiger et al., 2017; Roque, 2016). O ambiente da prática de enfermagem exerce grande influência sobre a capacidade, desempenho e o envolvimento dos profissionais de enfermagem com a prestação dos cuidados sendo assim fator importante para que os profissionais se sintam bem, motivados e saudáveis para sua prática quotidiana de trabalho (Neves et al. 2018; Efstathiou, Andreou, Tsangari, Dimitriadou & Papastavrou, 2018).

No próximo quadro se apresenta a caracterização dos principais instrumentos de avaliação do ambiente da prática de enfermagem e respectivas dimensões.

Quadro 1 - Caracterização dos principais instrumentos de avaliação do ambiente da prática de enfermagem e respectivas dimensões.

INSTRUMENTOS	DIMENSÕES
Revised Nursing Work Index (NWI-R) (Aiken & Patrician, 2000)	1 - Autonomia; 2 - Controle sobre o ambiente da prática; 3 - Relação entre enfermeiros e médicos.
Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (Lake, 2002)	1 - Participação dos enfermeiros nos assuntos hospitalares; 2 - Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; 3 - Gestão, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem; 4 - Adequação da equipe e dos recursos; 5 - Relações colegiais entre profissionais de enfermagem e médicos.
Nursing Practice Environment Scale (C-NPES) (Chiang & Lin, 2009)	1 - gestão e liderança; 2 - Desenvolvimento profissional de enfermagem; 3 - Qualidade em enfermagem; 4 - Adequação de pessoal e recursos; 5 - Participação em assuntos hospitalares.
Professional Practice Environment (PPE) (Erickson, Duffy, Ditomassi & Jones, 2004)	1 - Liderança e autonomia na prática clínica; 2 - Relação da equipe com os médicos; 3 - Controle sobre a prática; 4 - Comunicação sobre pacientes; 5 - Trabalho em equipe; 6 - Lidar com desacordos e conflitos; 7 - Motivação interna para o trabalho; 8 - Sensibilidade cultural.
Revised Professional Practice Environment (RPPE) (Erickson, Duffy, Ditomassi & Jones, 2009)	1 - Liderança e autonomia na prática clínica; 2 - Relação da equipe com os médicos; 3 - Controle sobre a prática; 4 - Comunicação sobre os pacientes; 5 - Trabalho em equipe; 6 - Lidar com desacordos e conflitos; 7 - Motivação interna para o trabalho; 8 - Sensibilidade cultural.
Professional Practice Work Environment Inventory (PPWEI) (Erickson, Duffy, Ditomassi & Jones, 2017)	1 - Autonomia e controle sobre a prática; 2 - Comunicação sobre os pacientes; 3 - Sensibilidade cultural; 4 - Lidar com desacordos e conflitos; 5 - Relação com médicos, equipe e grupos hospitalares; 6 - Pessoal suficiente, tempo e recursos para atendimento de qualidade ao paciente; 7 - Liderança de apoio e autonomia; trabalho em equipe; 8 - Motivação no trabalho.
Essentials of Magnetism II (EOMII) (De Brouwer, Kaljouw, Kramer, Schmalenberg & Van Achterberg, 2017)	1 - Relação colaborativa entre enfermeiro e médico; 2 - Controle da prática de enfermagem; 3 - Apoio do gestor de enfermagem; 4 - Adequação do pessoal; 5 - Pares clinicamente competentes; 6 - Suporte à educação; 7 - Cultura centrada no paciente; 8 - Autonomia clínica.

Healthy Work Environment (HWE) (Ulrich, Barden, Cassidy & Varn-Davis, 2019)	1 - Comunicação qualificada; 2 - Colaboração verdadeira; 3 - Tomada de decisão eficaz; 4 - Pessoal apropriado; 5 - Reconhecimento significativo; 6 - Liderança autêntica.
---	--

Um dos primeiros instrumentos a ser desenvolvido foi o Revised Nursing Work Index (NWI-R) de Aiken & Patrician (2000) que deriva do Nursing Work Index (NWI) que foi elaborado em 1989 para avaliar a satisfação profissional em enfermagem e a percepção de qualidade dos cuidados (Gu & Zhang, 2014; Maurício, Okuno, Campanharo, Lopes, Belasco & Batista, 2017), dividido em três dimensões conforme quadro 1.

Nesse instrumento, quanto menor a pontuação, maior a presença de atributos favoráveis à prática profissional (Pires et al., 2018; Maurício et al., 2017). A nível internacional, o NWI-R, já foi adaptado e validado em vários países tendo sido aplicado em diversos contextos (Alves et al., 2017; Maurício et al., 2017; Ribeiro, Vicente, Martins, Vandresen & Silva, 2020).

O Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) foi construído por Lake em 2002, com base no NWI, bem como nas características dos *Magnet Hospitals*. Constituído por 31 itens e divididos em cinco dimensões (quadro 1), adequado para modelos de pesquisa de resultados que associam o ambiente da prática de enfermagem e os resultados nos clientes e na enfermagem (Lake, 2002). Dada a sua robustez, a utilização do PES-NWI tem sido profundamente difundida, existindo inclusive vários estudos de validação para diversas culturas (Efsthathiou et al., 2018; Gasparino & Guirardello, 2017; Alzate, Bayer & Squires, 2014; Ferreira & Amendoeira, 2014; Chiang & Lin, 2009). Na sequência de uma meta-análise, (Zangaro & Jone, 2019) concluíram que o PES-NWI é um instrumento confiável para medir ambientes da prática de enfermagem nos EUA, bem como em outros países (Ribeiro et al., 2020; Roque, 2016).

Já o instrumento Nursing Practice Environment Scale (C-NPES) refere-se à versão chinesa de uma ferramenta derivada do PES-NWI e visa avaliar as percepções dos enfermeiros de hospitais de Taiwan sobre os ambientes da prática de enfermagem (Chiang & Lin, 2009). Constituído por 30 itens, está organizado em cinco dimensões (quadro 1). Em cada item do C-NPES, as respostas variam entre 1 que correspondem a “não relevante” e 4 a “muito relevante” (Ribeiro et al., 2020).

Erickson e colaboradores desenvolveram em 2004, o Professional Practice Environment (PPE), um instrumento com constituído por 38 itens e divididos oito dimensões (quadro 1), as

respostas, numa escala tipo likert, podem assumir 4 pontos (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente) (Erickson, Duffy, Ditomassi & Jones, 2017).

Os mesmos autores desenvolveram, em 2009, o Revised Professional Practice Environment (RPPE), no sentido de continuidade do trabalho iniciado com a PPE. Este instrumento possui 39 itens (mais um que a escala anterior) divididos igualmente em oito dimensões (quadro 1), e quanto mais alta for a pontuação obtida com este instrumento mais positivos são os atributos e características do ambiente da prática de enfermagem (Farmakas, Papastavrou, Siskou, Karayiannis & Theodorou, 2014).

Derivado do PPE e do RPPE surge o Professional Practice Work Environment Inventory (PPWEI), constituído por 72 itens, distribuídos por oito dimensões (quadro 1), cada um dos 72 itens pode ser classificado, numa escala tipo *likert*, de 1 a 6 pontos (discordo totalmente, discordo moderadamente, discordo, concordo, concordo moderadamente e concordo totalmente) (Erickson et al., 2017).

Outro instrumento bastante utilizado para a medição e avaliação do ambiente da prática de enfermagem é o Essentials of Magnetism II (EOMII), amplamente usado para avaliar o impacto da estrutura organizacional e práticas profissionais nos resultados organizacionais e nos clientes. Este instrumento é constituído por 58 itens responsáveis pela avaliação de oito atributos (quadro 1), característicos da prática de enfermagem (De Brouwer, Kaljouw, Kramer, Schmalenberg & Van Achterberg, 2017).

Por último, o Healthy Work Environment (HWE), é um instrumento que tem a sua base nos padrões avançados da American Association of Critical-Care Nurse. Este instrumento é constituído por 32 itens, divididos em seis dimensões (quadro 1), as respostas, numa escala tipo likert, podem assumir 4 pontos (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente) (Ulrich, Barden, Cassidy & Varn-Davis, 2019).

O NWI-R e o PES-NWI são os instrumentos mais utilizados internacionalmente (Swiger et al., 2017). A avaliação das características do ambiente da prática de enfermagem, com recurso ao NWI-R e ao PES-NWI, proporciona suporte para o desenvolvimento de um conjunto de relações entre componentes essenciais da prática profissional de enfermagem, cujo objetivo é criar melhores condições de trabalho (Gasparino & Guirardello, 2017), permitindo, simultaneamente, identificar que ambientes são favoráveis ou desfavoráveis à segurança e qualidade do atendimento (Neves et al., 2018), bem como à satisfação e retenção de enfermeiros (Zangaro & Jones, 2019).

Assim, identificou-se os instrumentos utilizados para avaliar os ambientes da prática profissional de enfermagem no contexto hospitalar. Embora usando instrumentos distintos, destaca-se a necessidade de se investir nos ambientes da prática de enfermagem, de modo a garantir adequadas condições de trabalho, assim como a qualidade e segurança dos cuidados, aspetos que deverão ser evidenciados, precocemente, no âmbito da formação de enfermeiros gestores (Gurková, Bartoníčková & Mikšová, 2021; Norman & Sjetne, 2017).

Por outro lado, na área da gestão, monitorizar os ambientes da prática de enfermagem em contexto hospitalar globalmente e por unidade constitui uma oportunidade para melhorar a qualidade dos mesmos, com significativa repercussão na qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem (Jankowska-Polańska, Świątoniowska-Lonc, Ośmiałowska, Gałka & Chabowski, 2020; Zezulková, 2018). Tendo em conta que para garantir e avaliar a qualidade dos cuidados devem ser considerados os atributos dos componentes estrutura, processo e resultado, no âmbito da pesquisa, torna-se relevante o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a avaliação dos três componentes, o que conseqüentemente, permitirá conhecer as potencialidades e fragilidades dos diferentes contextos da prática hospitalar (Ribeiro et al., 2020).

Descrito o conceito e a influência do ambiente da prática de enfermagem nos resultados associados ao cliente, à enfermagem e à organização tal como a sua avaliação com os instrumentos mais referenciados para a sua medição, inicia-se o próximo capítulo abordando os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar. Assim descrevem-se seguidamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, o modelo de *Qualidade-Caring* e as interações enfermeiro-paciente.

CAPÍTULO 2 - OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR

A preocupação com a procura da qualidade no seio das organizações de certo modo sempre existiu, fazendo parte da essência humana. Atualmente é comum os consumidores exigirem garantias de qualidade acrescida de produtos e o que exige uma prestação de cuidados de enfermagem que responda cada vez mais às suas necessidades e expectativas (Laschinger, Gilbert & Smith, 2011; Suhonen et al., 2012; Nadi, Shojaee, Abedi, Siamian, Abedini & Rostami, 2016; Nugraheni & Kirana, 2020). Neste capítulo foi inicialmente analisada a qualidade dos cuidados de enfermagem, conceito central desta investigação, prosseguindo-se com o Modelo de Qualidade-*Caring*, referencial teórico que sustenta o estudo, e a exploração teórica do conceito das interações enfermeiro-paciente.

As organizações de saúde têm um papel crucial na definição de padrões de qualidade para os domínios de cada profissão. Estes padrões representam o desempenho global desejado para a prestação desses mesmos cuidados (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016; Lu et al., 2020). Melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde é um fator importante, de elevada prioridade, sendo o objetivo principal das iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde: garantir a segurança do cliente; melhorar o quadro clínico; e promover a responsabilidade pública (Oren, Zengin & Yildiz 2017; Nikmanesh et al., 2018; Fatehi, Nezal & Motalebi, 2019).

No contexto específico dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, os enfermeiros desenvolvem um processo intersubjetivo de partilha que conduz à parceria implícita no cuidado de enfermagem (Bakhteari, Hanif, Amini & Jafari, 2018; Weldetsadik et al., 2019). Este só acontece no reconhecimento da autonomia e das capacidades da pessoa, promovendo a participação das pessoas significativas, na prossecução do seu projeto de saúde (Vieira, 2017; Bayraktar & Sivrikaya, 2018).

Espera-se que os hospitais participem de um conjunto de atividades de melhoria da qualidade que inevitavelmente influenciam a qualidade da assistência de enfermagem (Center for Studying Health System, 2008; Nomura, Pruinelli, Da Silva & Almeida, 2018). É também consensual o contributo para a qualidade dos cuidados que ocorre da implementação de estratégias baseadas nas experiências dos clientes (Karaca & Durna, 2019). Os enfermeiros passam mais tempo com os clientes hospitalizados comparativamente a outros profissionais de

saúde e, interagem também com mais frequência, pelo que têm um impacto significativo na experiência de hospitalização (Ndengeyingoma & Ruel, 2016; Kol et al., 2018).

2.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

O conceito de qualidade tem sido estudado ao longo dos últimos anos por diferentes áreas do conhecimento, das ciências económicas e sociais às tecnologias e ciências humanas. É uma temática que assume cada vez mais importância, passando da preocupação com os procedimentos, para a focalização no cliente e finalmente para a apreciação de toda a organização e seus resultados.

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, estando apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que adota a definição de qualidade como “(...) prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (DGS, 2015).

Embora várias definições de qualidade tenham sido descritas ao longo de décadas, há um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, e centrados nas pessoas (Raadabadi, Bahadori, Ravangard & Mousavi, 2017; Gishu, Weldetsadik & Tekleab, 2019; Androniceanu, Sabie & Pegulescu, 2020). Além disso, a fim de perceber os benefícios da qualidade dos cuidados em saúde, os serviços de saúde devem ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes (WHO, OECD & WB, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) lançou, em 2001, um documento intitulado de “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade. Este documento tornou-se precursor da qualidade dos cuidados de enfermagem, funcionando como uma base para a melhoria contínua da qualidade e a segurança do exercício profissional dos enfermeiros.

A procura de qualidade nos cuidados de enfermagem exige um contínuo aperfeiçoamento das suas competências teóricas e práticas. É prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem individualizados face às necessidades da pessoa, família ou comunidade (Backes, Erdmann &

Büscher, 2015; Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2018; Ryu & Kim, 2018; Farajzadeh, Vahedian-Azimi, MirJavadi & Karimi, 2019).

A qualidade dos cuidados de enfermagem é um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o cliente/paciente e o enfermeiro. Os enfermeiros procuram assim, pautar o seu desempenho profissional baseado na evidência científica, desenvolvendo uma prática segura, e adotando medidas que visam garantir e almejar a qualidade, sendo da responsabilidade do enfermeiro gestor garantir que existem as condições necessárias para a prestação de cuidados de qualidade, uma vez que ele é, em primeira linha, o responsável pela defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Donabedian surge como proposta incontornável no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde. Os indicadores de qualidade também têm vindo a consolidar-se como uma ferramenta importante para o planeamento e tomada de decisão por parte dos gestores.

Donabedian (1990) procedeu à identificação de sete pilares de qualidade dos cuidados prestados, sendo eles:

1. Eficácia: O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis;
2. Efetividade: Grau em que a qualidade do cuidado é maximizada nas condições disponíveis;
3. Eficiência: Medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;
4. Otimização: Relação do aumento de benefícios com os custos acrescidos;
5. Aceitabilidade: Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos clientes e das suas famílias;
6. Legitimidade: Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;
7. Equidade: Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população.

Para além dos pilares da qualidade Donabedian definiu ainda a tríade base da qualidade em saúde, através dos conceitos de *estrutura*, *processo* e *resultado*, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Tríade Base da Qualidade em Saúde de Donabedian (1990)

<i>Estrutura</i>	Engloba os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.
<i>Processo</i>	Engloba atividades que envolvam profissionais de saúde e clientes. A sua análise pode ser sob o ponto de vista técnico ou administrativo. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspetos éticos e da relação médico/profissional/equipa de saúde-clientes.
<i>Resultado</i>	Refere-se ao produto final dos cuidados prestados, considerando a saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Fonte: Donabedian (1990).

A avaliação da qualidade em saúde envolve neste processo o conhecimento da relação entre a estrutura, os processos e os resultados (Donabedian, 1990). Este autor, foi um dos primeiros a introduzir esta forma de avaliação da qualidade em saúde, diferenciando-os em estrutura, processo e resultado. A *estrutura* baseia-se nas condições físicas onde são prestados os cuidados de saúde, bem como os profissionais nele envolvidos. Já os *processos*, referem-se à forma como os cuidados foram efetuados, da visão de quem recebe e de quem os presta, nomeadamente a nível de diagnóstico de tratamento. Os indicadores de *resultado*, como o nome indica, medem o resultado do efeito da prestação de cuidados de saúde, incluindo a qualidade de vida associada à saúde e a satisfação dos clientes (Donabedian, 2005).

Segundo Donabedian (2005, p.694), "... apesar dos resultados poderem indicar bom ou mau cuidado no seu conjunto, eles não permitem um discernimento sobre a natureza e a localização das deficiências e das forças a que os resultados se devem". Ou seja, embora os resultados sejam importantes para avaliar a eficácia e a qualidade dos cuidados, temos que avaliar o processo do cuidado em si mesmo, para perceber se estes são prestados de forma apropriada.

A estrutura que pode incluir processos administrativos que dão suporte ao cuidado, as instalações e equipamentos, a qualificação dos profissionais, a estrutura administrativa, entre outros (Donabedian, 2005), podemos assim, considerar o APE como uma das suas vertentes. Uma boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado.

2.2. O Modelo de Qualidade-Caring

Entre as teorias de enfermagem nesta área, optou-se pelo modelo Qualidade-Cuidado© de Duffy & Hoskins (2015), uma teoria de médio alcance, norteadora deste percurso de investigação. Uma teoria fundamentada que tem por base os pressupostos da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson (2009) e considera a satisfação do cliente como variável de resultado dos cuidados prestados (Oliveira, 2013; MacAllister, Zimring & Ryherd, 2016).

Ainda, este modelo é particularmente adequado ao contexto hospitalar (Andrade, 2016; Naghneh, Tafreshi, Naderi, Shakeri, Bolourchifard & Goyaghaj, 2017) dado que, tem na sua base conceitos centrais relacionados com a hospitalização dos quais, a relação terapêutica estabelecida entre o cliente e os enfermeiros, e o *caring* (Loureiro, 2020).

A teoria do cuidado humano (Watson, 2009) assume que o objetivo dos cuidados de enfermagem é facilitar a aquisição, por parte dos indivíduos, de um elevado grau de harmonia entre corpo-mente-espírito, promovendo o crescimento e o encontro de significado na sua existência e experiência individual (Turkel, Watson & Giovannoni, 2018; Ellison & Meyer, 2020; Loureiro, 2020). Esta harmonia será geradora de autoconhecimento e processos de autocuidado que potenciam a saúde do indivíduo.

A teoria explicita ainda os atributos necessárias para uma adequada relação com os clientes, descrevendo o *core* da enfermagem como *caring* e, definindo os processos de cuidar como transformativos e dinâmicos tanto para quem cuida como para quem é cuidado. Assume, que o cuidado deve ter um foco especial nas relações terapêuticas, uma vez que se traduzem em expressões da interação de uma ou mais pessoas (Watson, 2008; Denadai et al., 2020), sendo especificamente adequado para o contexto de cuidados de enfermagem (Norman, Rossillo & Skelton, 2016; Tonin, Lacerda, Favero, Nascimento, Rocha & Girardon-Perlini, 2019; Weldetsadik et al., 2019).

Através do que Watson (2008) designa por *clinical caritas process*, ocorre a interação da ciência e do humanismo constituindo-se como um guia para a prática consciente do cuidado na enfermagem (Tonin, Nascimento, Lacerda, Favero, Gomes & Denipote, 2017). Este processo inclui: praticar o amor, a bondade, a equanimidade para o *self* e para o outro; estar autenticamente presente, permitir/sustentar/honrar profundamente o sistema de crenças e o mundo subjetivo do *self*/outro; cultivar as próprias práticas espirituais do indivíduo, aprofundando a autoconsciência, para além do *ego-self*; desenvolver e sustentar uma autêntica relação de ajuda e confiança no cuidado; estar presente e apoiar a expressão de sentimentos

positivos e negativos, como uma conexão com o espírito mais profundo do *self* e do ser cuidado; uso criativo do ser e de todas as formas de conhecer/ser/fazer, como parte do processo de cuidado; envolver-se numa experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda a pessoa como um todo, tentando permanecer na estrutura referencial do outro; criar um ambiente restaurador a todos os níveis, onde toda a beleza, o conforto, a dignidade e a paz são potencializados; assistir com respeito e reverência as necessidades básicas, mantendo a consciência de cuidado intencional para tocar e trabalhar com outro espírito, honrando a unidade do ser; atender e dar abertura para as dimensões existenciais desconhecidas da vida/morte/sofrimento, permitindo um milagre (Watson, 2018; Sitzman & Watson, 2018; Loureiro, 2020).

A teoria em questão tem sido aplicada na prática (Tonin et al., 2017; Tonin et al., 2019; Gomes, 2018; Savieto & Leão, 2016; Medeiros, Félix & Nóbrega, 2016; Norman et al., 2016) e, neste caso, apresenta resultados positivos nos clientes e enfermeiros (Wei, Fazzone, Sitzman & Hardin, 2019; Foss, Mc Dermott, Kinney & Triner, 2015).

Em síntese, este favorece a relação terapêutica, na medida que promove interações significativas para o cuidado. Envolve, ainda, a prática do *clinical caritas process* promovendo a resolução de problemas com o outro de forma a ajudá-lo a encontrar formas alternativas de ver a situação, indo ao encontro das suas expectativas e procurando reconhecimento e satisfação (Watson, 2008; Barnett, Balkissoon & Sandhu, 2021).

Tendo em conta a centralidade do cuidar na prática de enfermagem, é essencial que sejam estabelecidas formas de identificação e avaliação desse mesmo cuidado, sendo neste sentido que surge o Modelo Qualidade-Cuidado©. Este modelo permite a avaliação do processo de cuidar, analisando a sua execução, contribuindo, deste modo, para a satisfação dos clientes, das suas famílias assim como dos próprios profissionais de saúde (Marquis & Huston, 2017).

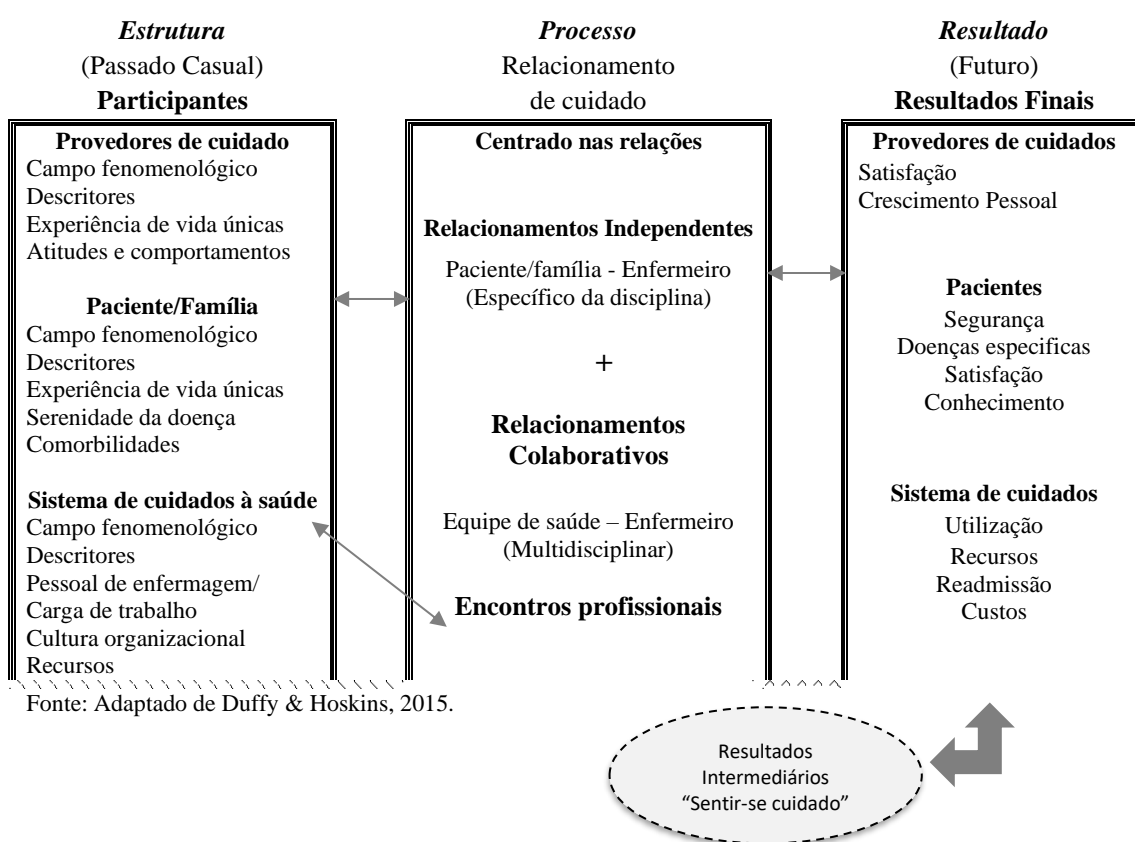
Os pressupostos principais são:

- a) O cuidar decorre sempre numa relação;
- b) O cuidar está inerente ao trabalho diário de enfermagem;
- c) Relações de cuidar são conceitos tangíveis;
- d) O conhecimento acerca de relações, é um assunto significativo para enfermeiros e profissionais de saúde;
- e) O estudo e o aumento da utilização de relacionamentos de cuidar, vai determinar o contributo de enfermagem para os cuidados de saúde (Duffy, 2013; Duffy & Hoskins, 2003).

O modelo Qualidade-Cuidado© (Duffy, 2015) abrange os fatores biomédicos e psico-socio-espirituais associados à qualidade dos cuidados (Duffy & Hoskins, 2003), a crença de que as pessoas são seres multicontextuais ligados a um mundo pluralista sendo que os enfermeiros, cliente, famílias e outros prestadores de cuidados, trabalham em parceria para alcançar efeitos positivos na saúde (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2013).

Os componentes centrais do modelo derivam dos componentes de *estrutura*, *processo* e *resultado* em harmonia com os conceitos *major* da teoria de cuidados humano de Jean Watson (2009), como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo Qualidade-Cuidado©



O primeiro componente é a *estrutura*, que contempla o constructo passado causal da teoria do cuidado humano de Watson e o conceito de pessoa. Inclui os prestadores de cuidados, os clientes/famílias e os sistemas de saúde. Cada um deles possui características singulares que compõem seus respectivos passados causais, referentes ao constructo da teoria do cuidado humano de Watson. No caso, dos profissionais de enfermagem, o seu passado causal constitui-se pelo seu campo fenomenológico: valores, sentimentos, crenças, conhecimentos, suas experiências de vida, atitudes e comportamento, entre outros. O mesmo se passa relativamente aos clientes e famílias no que diz respeito às suas experiências de vida que poderão moldar a

forma de prestação de cuidados e os seus resultados. Por último, os sistemas de saúde em que se integra, entre outros, o modelo de gestão, o que inclui os processos de supervisão, planeamento e formação contínua dos profissionais de enfermagem são elementos fundamentais da dimensão de estrutura. Além disso, pode-se afirmar que a estrutura organizacional faz parte deste componente, como os recursos humanos, que para esta pesquisa terá um grande foco, pois acredita-se que a qualidade do cuidado é inerente as questões relacionadas aos recursos humanos, carga de trabalho, preparação profissional (Venturi, Wolff, Meier, Montezeli & Peres, 2009).

O segundo componente deste modelo é o *processo* composto por duas categorias de atividades: dimensão técnica e categoria interpessoal (Duffy, 2013). A relação de cuidar domina o processo e é explicada como uma interação humana baseada no processo de assistência incluindo o trabalho físico (fazer), a interação (estar com) e a relação (conhecer). A relação de cuidar estabelece a base para os dois relacionamentos que são o foco predominante de enfermagem: relacionamentos independentes e relacionamentos colaborativos (Loureiro, 2020).

Os relacionamentos independentes incluem as interações enfermeiro-paciente que o enfermeiro realiza de forma autónoma e pelas quais é unicamente responsável. São relacionamentos primários que incluem valores, atitudes e comportamentos que os enfermeiros colocam em prática em parceria com clientes e famílias. São facilitadoras de intervenções específicas da área disciplinar de enfermagem e conduzem a resultados “altamente” sensíveis aos cuidados de enfermagem (Duffy & Hoskins, 2003). Situam-se ao nível das intervenções autónomas dos enfermeiros.

Os relacionamentos colaborativos incluem, de igual modo, as intervenções e as responsabilidades que os enfermeiros partilham com outros profissionais de saúde. Compreendem intervenções como o aconselhamento ou a coordenação de cuidados domiciliários (Duffy & Hoskins, 2003).

Estas intervenções designam-se de intervenções interdependentes e, consistem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, publicado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, nas ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum. Estas são decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (OE, 1998).

O terceiro e último componente é o *resultado* e refere-se aos resultados finais dos cuidados de saúde e são classificados como: intermediários, que correspondem a uma mudança no comportamento, podendo ou não influenciar os resultados finais; e finais que afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento. São resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e que, refletem a ligação teórica, entre a qualidade dos cuidados profissionais de enfermagem e os resultados no cliente. Os participantes do terceiro componente são os mesmos do primeiro componente do modelo, ou seja, os profissionais de saúde, pacientes/famílias e os sistemas de saúde (Duffy & Hoskins, 2003). Nesta dimensão componente integra-se a variável de satisfação.

Um importante princípio deste modelo é a compreensão de que os componentes estrutura, processo e resultado decorrem em função do tempo e circunstâncias, não estando dependentes de uma cadeia linear de eventos (Loureiro, 2020). Apesar da existência de ilimitados fatores que influenciam os três componentes do modelo num ciclo dinâmico de possibilidades, o modelo é consistente com a procura contínua da excelência da prestação de cuidados de enfermagem.

O Modelo Qualidade-Cuidado© foi referenciado em diversos estudos: relação dos cuidados e prática baseada em evidências (Duffy & Hoskins, 2003), os cuidados prestados aos idosos com problemas cardíacos (Duffy, Hoskins, Lois & Dudley-Brown, 2005), em doentes críticos (Duffy, Baldwin & Mastorovich, 2007), organização dos cuidados ao cliente (Duffy, 2015), cuidados domiciliares (Duffy, Hoskins & Seifert, 2007) e avaliação da qualidade (Duffy & Korniewicz, 2000; Duffy et al., 2007).

2.3. Interação “Enfermeiro-Paciente”

A importância das interações enfermeiro-paciente com base em comportamentos do cuidado foi comprovada por vários teóricos como Watson, Leininger, Boykin e Swanson. Referem estes que cuidar é a essência da enfermagem e o elemento-chave das interações enfermeira-paciente para cuidados de saúde de alta qualidade (Fortuno et al., 2017; Dyess et al., 2013). Cada interação com o cliente é uma oportunidade para uma intervenção curativa e tem efeitos positivos no atendimento ao cliente, na progressão da doença e na adesão ao tratamento (Coates, 2019).

O cuidado humano descreve as atitudes e comportamentos que demonstram interesse pelo respeito, pelos valores psicológicos, sociais e espirituais dos clientes (Berman & Chutka, 2016; Watson, 2012; Mistretta, 2017). Desenvolve-se como uma competência específica em etapas, através da educação em enfermagem e da prática clínica, em paralelo com outras competências de enfermagem, como ‘agir de maneira profissional’, ‘raciocínio clínico em enfermagem’ e ‘liderança de enfermagem clínica’ (Carvalho, Oliveira-Kumakura & Morais, 2017; Létourneau et al., 2017).

Quando falamos em cuidar ou no cuidado na prática de enfermagem não se está a falar apenas de ações concretas realizadas por enfermeiros, mas sim num construto que designa, ao mesmo tempo, uma compreensão filosófica, além de uma atitude prática (Karaca & Zehra, 2019), tendo em conta o sentido que as diversas ações de saúde adquirem nos mais variados contextos e situações em que se verifica a necessidade de uma ação terapêutica (OE, 2001; Cianciarullo, 2003; Ayres, 2004).

A relação interpessoal aparece, neste sentido, como sendo o *locus* do cuidado de enfermagem, posicionando, deste modo, a interação enfermeiro-paciente como núcleo central do cuidado de enfermagem (Borges, Pereira, Moreira, Silva, Loureiro & Meneses, 2017). O enfermeiro deve apresentar uma postura epistémica filosófica, utilizando a comunicação e o diálogo como fundamental e que permite assim a manifestação da ação do cuidado de enfermagem (Yalçın & Aşti, 2011). Importa olhar o outro como experiência corporal, experiência emocional, experiência relacional e experiência espiritual. Independentemente das situações que ocorrem, estas experiências permanecem, seja na saúde ou seja na doença (Borges et al, 2019).

Como se caracteriza o cuidado em enfermagem tendo em conta a interação enfermeiro-paciente? Quais os resultados relativamente ao cuidado em enfermagem e a sua importância para os clientes?

Da revisão da literatura salienta-se que a relação/interação enfermeiro-paciente, tem sido descrita como um processo de interação interpessoal (Yalçın & Aşti 2011), como uma dimensão relacional referente ao conceito do *Caring* (Watson, 2002, 2018), como estratégias de autocuidado, adesão à medicação, intervenções psicológicas (Hallet, Austin, Caress & Luker; 2000; Fahlberg, 2015; Romero-Martín, Gómez-Salgado, Robles-Romero, Jiménez-Picón, Gómez-Urquiza & Ponce-Blandón, 2019; Ellison & Meyer, 2020) e ainda, da melhoria no atendimento ao cliente (George, 2013; Griscti, Aston, Warner, Martin-Misener & McLeod, 2017; King, Linette, Donohue-Smith & Wolf, 2019; Edvardsson, Watt & Pearce, 2017; Chegini et al., 2020).

A implementação de modelos de interação enfermeiro-paciente com base em comportamentos do cuidado nos sistemas de saúde, podem melhorar os ambientes da prática, proporcionar um maior nível de satisfação nos enfermeiros e clientes (Fortuno et al., 2017; Feo et al., 2019), garantir um nível mais alto de segurança do cliente e cuidados de saúde de qualidade (Calong & Soriano, 2019; Haryani, 2019).

O paciente é geralmente considerado um sujeito passivo (Truglio-Londrigan, 2015). Assim, entende-se que, quem assume uma atitude estritamente passiva, não protesta e obedece, é considerado como um “bom paciente”. Esta concepção coloca ênfase excessiva no domínio do profissional em relação ao paciente (Arroyo-Arellano, 2014; Parse, 2019; McCaffrey, 2019). Hallet et al., (2000) associam o papel passivo de paternalismo, onde o paciente é visto como sujeito que deve limitar-se ao cumprimento das indicações terapêuticas.

Kleiman, Frederickson & Lundy, (2004) relacionam o papel passivo com a crença dos profissionais de que muitos pacientes não têm habilidades suficientes (Griffith & Tengnah, 2013). Os pacientes focalizam a sua relação com o enfermeiro na confiança e consente que esse tome decisões (Phillips, 2016). O domínio sobre o paciente causa uma despersonalização e, conseqüentemente, agrava a relação entre o enfermeiro e o paciente (Henderson, 2003; Watson, 2017). Estes argumentos são no sentido contrário à visão de cliente aquele que assume um papel central nos cuidados e tem autonomia e exprime satisfação ou insatisfação com os cuidados (Nikmanesh et al., 2018; Brito et al., 2021).

Em vários estudos, a interação enfermeiro-paciente está relacionada de forma favorável com os conceitos de conformidade (Benner & Cook, 2016; Maroudy, 2014; Nunes, Rego & Nunes, 2016), capacitação (Cole, Wellard & Mummery, 2014; Blaszkowski Helming, Shields, Avino, Rosa, Dossey & Keegan's, 2020; Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2019), empoderamento, qualidade dos cuidados (DeWolf Bosek, Jannette & Rambur, 2013; Luker, Austin, Caress & Hallet, 2000) e poder (Lusk & Fater, 2013). Uma favorável interação enfermeiro-paciente reduz os dias de internamento e melhora a qualidade e satisfação tanto do cliente como do enfermeiro. (Karaca & Zehra, 2019; Lotfi, Zamanzadeh, Valizadeh & Khajehgoodari, 2019; Aiken et al., 2018; McCaffrey, 2019).

A interação enfermeiro-paciente não deve centrar-se na mudança de valores e hábitos do cliente, mas posicionar o profissional como testemunha da vivência do processo saúde e doença no cliente e na família. (Mula & Gallo-Estrada, 2020).

O cuidado não pode ser medido ou quantificado objetivamente (Calong & Soriano, 2019). Ainda assim, instrumentos de medição específicos podem ser úteis como ferramentas

complementares para avaliação e autoavaliação em relação aos comportamentos relacionados com as interações enfermeiro-paciente que garantam cuidados de saúde de melhor qualidade (Wei et al., 2019; Rodrigues & Séchaud, 2019).

Uma referência fundamental na enfermagem emerge das interações enfermeiro-paciente, dado que proporcionam atitudes e comportamentos nos domínios humanístico, relacional e clínico da prática de enfermagem, constituindo os principais veículos para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem (Lecocq et al., 2021).

A L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23 (EIIP-23), elaborada por Cossette et al., 2006, é um instrumento que facilita a avaliação e compreensão das perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados visando alcançar melhores resultados de saúde (Genet et al., 2018), podendo ser avaliados de acordo com a sua importância, frequência, satisfação e competência (Cossette, 2015).

A escala EIIP-23 utilizada neste estudo assenta nos processos dedutivos e indutivos que descrevem as atitudes e os comportamentos do cuidar em enfermagem, correspondente a dez fatores *caratifs* (Watson, 2012). Pode aplicar-se a enfermeiros em várias áreas clínicas (incluindo unidades de cuidados intensivos, unidades de internamento) (Sitzman & Watson, 2019) e tem sido utilizada em alguns países como: China (Jiang, Ruan, Xiang & Jia, 2015), Coreia (Im, Cho & Heo, 2019), Filipinas (Calong & Soriano, 2019) e na Arábia (Sharour, 2021).

A interação enfermeiro-paciente é uma relação única e singular, representando o ponto de partida de todas as interações seguintes. Para o desenvolvimento deste relacionamento, o enfermeiro deve mobilizar todos os seus conhecimentos técnicos, científicos, mas também pessoais, de modo a ajudar e a assistir da forma mais adequada o paciente a encontrar o significado para a sua doença.

Analisada a qualidade dos cuidados de enfermagem, o Modelo de Qualidade-*Caring*, incorpora-se no próximo capítulo a satisfação do cliente.

CAPÍTULO 3 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE

A fim de sustentar o conhecimento teórico, de modo a melhoramos a prática (Watson, 2017), abordamos neste capítulo a satisfação do cliente, prosseguindo-se a satisfação dos clientes enquanto domínio fundamental dos cuidados de enfermagem e a relação da satisfação do cliente hospitalizado com a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A investigação no âmbito da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem, no contexto hospitalar, tem procurado encontrar os fatores que a aumentem focando-se nos atributos dos cuidados que mais a influenciam (Murante, Seghieri, Brown & Nuti, 2014; Elewa & Elkattan, 2017; Santos, Sardinha & Santos, 2017). Ter clientes satisfeitos no âmbito dos cuidados de saúde é importante porque os mantem fidelizados ao serviço/hospital, apresentam maior adesão aos cuidados de saúde em casa, tratamentos e medicação (Mulugeta et al., 2019; Kasa & Gedamu, 2019; Nabili & Bastani, 2020).

Adicionalmente, em muitos sistemas de saúde ter uma avaliação sistematizada da satisfação do cliente tem implicações no financiamento das Instituições (Gillet, Colombat, Michinov, Pronost & Fouquereau, 2013; Otani et al., 2011; Zaghini, Fiorini, Piredda, Fida & Sili, 2020). Os enfermeiros são o grupo profissional mais representativo e, que mais tempo passa junto dos clientes pelo que são os principais agentes que contribuem para o aumento da satisfação dos mesmos (Duffy, 2013; Alasad, Abu Tabar & AbuRuz, 2015; Armstrong, 2019; Brito et al., 2021). Contudo este é um processo complexo na medida em que os diversos atores envolvidos (clientes, enfermeiros, gestores das organizações) têm perspetivas diferentes quanto aos padrões de qualidade dos cuidados e ao valor que atribuem individualmente a cada uma das dimensões da satisfação (Ribeiro, 2005; Paz, Parreira, Lobo, Palasson, & Farias, 2014; Freitas et al., 2016; Laferton, Kube, Salzmann, Auer & Shedden-Mora, 2017).

A satisfação pode ser entendida como o prazer ou contentamento resultante da realização daquilo que se deseja ou espera (MacAllister et al., 2016; Acharya et al., 2019). Gerar contentamento (ou produzir satisfação) deve ser o objetivo de todo o prestador de serviços inclusive dos serviços de saúde (You, et al., 2013; Park et al., 2018; Hylen, Kjellin, Pelto-Piri & Warg, 2018; Kester, 2020). Os ensinamentos hipocráticos já faziam referências em procurar, dentro das possibilidades, a melhor forma de satisfazer os clientes: “Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre” (Hipocrates, 470-360 a.c.).

A satisfação do cliente é um dos indicadores que integra a qualidade dos cuidados de saúde (Folami, 2019; Farajzadeh et al., 2019; Ahmed, Burt & Roland, 2014; Batbaatar et al., 2015; Mudallal, Saleh, Al-Modallal & Abdel-Rahman, 2017; Martins & Perroca, 2017; Khaki, Esmaeilpourzanjani & Mashouf, 2018; Ng & Luk, 2019; Brito et al., 2021). As razões para intensificar o interesse na avaliação da satisfação do cliente incluem: a procura de resultados e necessidade de evidência da qualidade dos cuidados (Laschinger & Leiter, 2006; Sousa-muñoz, Mendonça, Cruz, Sales, Pereira & Figueiredo, 2017); incentivar os governos a basear o financiamento atendendo à qualidade dos cuidados prestados; permitir a redução de custos e manutenção da qualidade; alterar a noção de cliente passivo para cliente informado e que procura serviços de saúde tendo em conta o seu índice de satisfação; existência de um modelo de gestão competitivo com implicações no mercado e a rápida mudança de trabalhadores de saúde entre Instituições (Laschinger et al., 2011; Acosta, Marques, Levandoski, Peralta & Lima, 2016; Vogus & McClelland, 2016; Al-Hussami, Al-Momani, Hammad, Maharmeh & Darawad, 2017; Jamsahar, Khaki, EsmeilpourZanjani & Mashouf, 2020).

É consensual a influência dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, na satisfação dos clientes, em particular no contexto hospitalar (Santos et al., 2017; Bellury, Hodges, Camp & Aduddell, 2016; Karaca & Durna, 2019; Jamsahar et al., 2020; Brito et al., 2021; Nunes & Gaspar, 2016). De facto, a satisfação com os cuidados de enfermagem, tem sido discutida sistematicamente na literatura científica, como um preditor da satisfação global com a experiência de cuidados de saúde (Laschinger et al., 2011; Chapman, Rahman, Courtney & Chalmers, 2017; Kaiser, 2018; Grondahl, Muurinen, Katajisto, Suhonen & Leino-Kilpi, 2019), em particular o modo como os cuidados de enfermagem são prestados (Martins & Perroca, 2017; Ebrahimian, Salehi, Rejalian & Jabbari, 2017; Loureiro, Figueiredo & Charepe, 2019; Brito et al., 2021). É também consensual, a relação entre satisfação e a intenção de voltar a recorrer aos serviços de saúde e/ou recomendar os mesmos serviços ou a instituição (Murante et al., 2014; Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2018). Assim, a variável de satisfação dos clientes pode ter distintas funções.

À medida que o cliente estabelece uma relação de satisfação com o serviço de saúde, pode-se concluir que há um grau de convergência entre as expectativas e a perceção sobre o cuidado recebido, ou seja, o cuidado que o cliente vivenciou e o que ele esperava receber (Mensa, Taye, Katene, Abera & Ochare, 2017; Nikmanesh et al., 2018) Dessa forma, a satisfação é considerada um importante indicador de qualidade do serviço de saúde e a equipe de enfermagem precisa cada vez mais ter conhecimento dos fatores que impactam na perceção do cliente sobre o cuidado prestado.

Neste contexto, a necessidade de conhecimento acerca do nível de satisfação com os cuidados de enfermagem prestados no hospital no contexto nacional, possibilitará o delineamento de orientações de atuação para a prática de enfermagem, contribuindo para o avanço científico da enfermagem como disciplina e profissão.

3.1. A Satisfação dos Clientes Enquanto Domínio Fundamental dos Cuidados de Enfermagem

O estudo da satisfação dos consumidores relativamente a um produto e/ou serviço é já uma realidade levada a cabo por institutos de pesquisa, órgãos governamentais e empresas, corroborando a noção de que a satisfação dos clientes é um importante indicador para a gestão das organizações, contribuindo para que sejam tomadas decisões operacionais e estratégicas que vão ter influência na qualidade dos serviços prestados (Ferreira & Escoval, 2010; Pérez Cantó, Maciá Soler & González Chordá, 2018).

De acordo com Hespanhol (2008), a satisfação pode ser definida como sendo a avaliação que um indivíduo faz, em jeito de balanço, em relação ao cumprimento das suas necessidades e adequação às suas preferências, valores e expectativas, isto é, o modo como uma pessoa sente ou percebe que aquilo que recebe vai ao encontro de aquilo que esperava alcançar. Tendo em conta esta definição pode-se dizer que o conceito de satisfação é altamente subjetivo, dependendo do contexto onde o indivíduo se encontra inserido e da sua cultura. A satisfação pode ser vista como sendo uma atitude, um sentimento ou uma emoção que pode ser facilmente comunicada e medida através de uma opinião, sendo, portanto, constituída por dimensões afetivas, comportamentais e cognitivas (Wieseke, Geigenmüller & Kraus, 2012; Choe & Lee, 2019).

Especificamente relacionada com a área da saúde, aparecem, também várias definições deste conceito (Debono & Travaglia, 2009; Barbazza & Tello, 2014; Kemp, McCormack, Chan, Santana & Quan, 2015) a satisfação no âmbito da saúde diz respeito à realização de avaliações positivas ao nível individual de diferentes dimensões relativas aos cuidados de saúde. A satisfação em saúde acontece quando os clientes se encontram satisfeitos relativamente à experiência atual de interação com o serviço de saúde, tendo esta superado as suas expectativas e atendido às necessidades (Kasa & Gedamu, 2019; Brito et al, 2021).

De acordo com Gonçalves, Alves & Ramos (2010), as necessidades no âmbito dos cuidados de saúde podem ser estudadas em duas vertentes: as necessidades individuais ou coletivas, onde

existe, no primeiro caso, uma focalização na prestação direta dos cuidados de saúde ou num aspeto mais amplo, onde se encontram incorporadas inúmeros determinantes como é o caso do contexto ambiental e social. As expetativas são outro importante fator que influencia determinantemente a satisfação com os serviços de saúde, sendo, no entanto, muito menos estudadas quando comparadas com as necessidades. A satisfação é o resultado da diferença entre as expetativas prévias dos utilizadores e a experiência que, efetivamente, se vive (Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra & Sousa, 2014; Schoenfelder, Schaal, Klewer & Kugler, 2014).

Quanto ao contexto particular da saúde, as expetativas são vistas como um fenómeno problemático. O que acontece é que, por um lado, os clientes possuem expetativas pouco realistas no que toca aos serviços prestados e à sua eficácia, revelando os efeitos negativos (Ebrahimian et al., 2017; Gishu et al., 2019). Por outro lado, os decisores políticos assim como os gestores das unidades de saúde apresentam uma grande dificuldade em conciliar os recursos disponíveis com as expetativas e a exigência cada vez maior por parte dos clientes, sendo essa gestão um dos problemas mais difíceis marcados nos atuais sistemas de saúde.

A satisfação relativamente aos serviços de saúde e à prestação de cuidados podem ser analisadas tendo em conta três perspetivas: a do público, ou seja, a dos cidadãos no seu geral; a dos clientes ativos dos serviços de saúde e, por fim, daqueles clientes que se encontram altamente dependentes dos serviços de saúde, como é o exemplo dos idosos e dos doentes crónicos (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil & Parker, 2015; Li, Yu, Yang & Liu, 2016; Hosseinzadeh, Mohammadi & Shamshiri, 2019).

Como referido anteriormente, a satisfação é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde prestados, que esta reflete a visão que os clientes possuem relativamente às características do processo em que participaram, assim como a congruência entre as suas expetativas e os resultados efetivos (Raadabadi et al., 2017; Barati, Najibi, Yusef, Dehghan & Delavari, 2019).

Avaliar a satisfação dos clientes é um procedimento para conhecer as suas perceções, uma vez que os clientes revelam estar satisfeitos ou insatisfeitos com os cuidados prestados, apresentando os principais motivos de insatisfação, de modo que essas deficiências sejam corrigidas e que um serviço de maior qualidade seja prestado, mudando assim o seu nível de satisfação (Ribeiro, 2003; Schroyer, Zellers & Abraham, 2016; Barkhordari-Sharifabad, Ashktorab & Atashzadeh-Shoorideh, 2018).

Tendo em conta um estudo realizado no âmbito das necessidades, expetativas e experiências em contexto de cuidados de saúde realizado pelo Picker Institute Europe, organismo

especializado em estudos dessa natureza, Gonçalves & Ramos (2010) avançam os aspetos mais valorizados pelos clientes, no que toca aos serviços de saúde:

1. Rapidez de acesso aos cuidados de saúde;
2. Tratamento adequado por profissionais competentes e altamente treinados para esse fim;
3. Participação nas decisões e respeito pelas suas preferências;
4. Prestação de informações claras e compreensivas e apoio à autonomia;
5. Atenção às necessidades físicas e ambientais;
6. Apoio emocional, empatia e respeito;
7. Envolvimento e apoio dos familiares e principais cuidadores;
8. Continuidade de cuidados.

Enquanto domínio fundamental dos cuidados de enfermagem muitos são os aspetos a ter em consideração quando se fala em satisfação do cliente sendo necessário atentar a várias e importantes dimensões. É da responsabilidade das instituições de saúde e dos seus profissionais apostar nas dimensões que mais se adequam à sua realidade, de modo que a satisfação com o serviço prestado, e conseqüentemente, a sua qualidade seja cada vez maior.

Os cuidados de enfermagem têm como objetivo máximo a satisfação do cliente e, são guiados por padrões que visam a excelência dos cuidados, a elevada qualidade e a segurança do cliente (Gettelfinger, Barrett Paulk, Cecelia & Schmalbach, 2020; Anderson et al., 2019; Bragadóttir, Burmeister, Terzioglu & Kalish, 2020; Laschinger et al., 2011). A associação entre cuidados de enfermagem individualizados e satisfação do cliente foi já demonstrada pois, quando os clientes percebem os cuidados como individualizados, verifica-se um efeito positivo na satisfação com os cuidados recebidos (Kallioma-Puha & Kangas, 2021; Campbell, Kennerly, Forbes, Swanson & Scott, 2020; Suhonen et al., 2012).

No domínio da saúde é fundamental incentivar experiências positivas promotoras do desenvolvimento máximo das potencialidades dos clientes (Chapman et al., 2017; Kaiser & Westers, 2018). Esta percepção sugere o estabelecimento de uma relação enfermeiro/família sem juízos de valor, apoiada na honestidade, comunicação e no respeito pela dinâmica familiar (Kalisch, Aebersold, McLaughlin, Tschannen & Lane, 2015) e pelos comportamentos díspares que assumem face ao evento crítico associado à hospitalização (Ree, Johannessen & Wiig, 2019; Ahsan, Setiowati, Wieke Noviyanti, Rahmawati, Ningrum & Putra, 2021; Ferreira, Oliveira, Gonçalves, Elias, Medeiros & Mororó, 2019).

Em síntese, ainda que a satisfação com os cuidados de enfermagem seja multidimensional, é possível encontrar pontos comuns, quer em relação ao conceito, quer em relação às suas dimensões (Freitas et al., 2016; Mensa et al., 2017) pelo que o contributo para a qualidade dos cuidados de enfermagem pode resultar da implementação de estratégias baseadas nas experiências dos clientes (Karaca & Durna, 2019; Brito et al., 2021).

3.2. Relação da Satisfação do Cliente Hospitalizado com a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A necessidade de avaliação no que respeito a satisfação dos clientes relativamente aos serviços de saúde prestados encontra-se preconizado na Lei das Bases da Saúde¹. Esta é, portanto, uma das áreas mais importantes no âmbito da investigação dos serviços de saúde, sendo fundamental avaliar a perceção e a satisfação dos clientes para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Como refere Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira (2008) a perspetiva do cliente é essencial para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e assim identificar quais são as áreas que necessitam de melhorias relativamente quer aos cuidados prestados quer à organização dos próprios serviços.

Aragon & Gesell (2003), citados por Pedro, Ferreira & Mendes (2010) referem ser três as razões principais pelo que a avaliação da satisfação dos clientes com os serviços de saúde se constitui um importante exercício de gestão dos serviços de saúde:

- Os clientes são vistos como uma medida que representa, de forma efetiva, a qualidade dos serviços prestados;
- A satisfação dos clientes tem uma ligação direta com a reputação dos hospitais; quanto mais alto nível o de satisfação com uma determinada unidade de saúde, melhor reputação esta terá, e melhor serão os serviços nela prestados;
- Os profissionais de saúde encontram-se mais atentos e alinhados com as necessidades apresentadas pelos clientes, uma vez que, um tratamento mal realizado ou o mau atendimento é sinónimo de insatisfação, podendo, numa última instância, levar ao estabelecimento de ações legais contra as unidades de saúde.

¹Base XXX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – “Avaliação permanente: 1 - O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa. 2 - É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios. 3 - Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços.”

Devido a estas razões, a satisfação dos clientes constitui-se como um dos objetivos principais dos serviços de saúde, ocupando um lugar de cada vez maior destaque na avaliação da qualidade destes. A satisfação dos clientes encontra-se diretamente ligada com os resultados dos cuidados de saúde, nomeadamente a taxa de utilização dos cuidados de saúde, o estado de saúde geral e a efetividade das terapêuticas utilizadas no tratamento de determinada doença (Brito et al., 2021; Ferreira et al., 2019).

Os hospitais com maiores índices de satisfação por parte dos clientes, apresentam uma maior adesão no que diz respeito às indicações médicas, melhores resultados ao nível clínico, uma menor utilização dos serviços, menor número de litígios relacionados com práticas clínicas deficientes e negligentes e a manutenção da relação com um prestador específico, por exemplo, um médico de especialidade (Pérez Cantó et al., 2018; Acharya et al., 2019).

Em comparação, quando os níveis de insatisfação são maiores entre os clientes verifica-se uma maior predisposição em não seguir as prescrições médicas, uma frequência menor na utilização dos serviços de saúde, devido à fraca adesão à terapêutica, mas também à falta de continuidade no que toca aos cuidados de saúde, assim como um aumento de processos legais associados a práticas deficientes e negligentes (Ebrahimian et al., 2017; Ferreira et al., 2019).

Os enfermeiros passam mais tempo com os clientes hospitalizados comparativamente a outros profissionais de saúde e, interagem também com mais frequência com os mesmos pelo que têm um impacto significativo na segurança do cliente, qualidade dos cuidados prestados aos clientes e na experiência de hospitalização (Karlsson & Pennbrant, 2020; Naghneh et al., 2017; Kol et al., 2018).

A hospitalização assume-se como uma experiência difícil, acarreta sentimentos de medo, impotência e culpa (Li, Chung, Ho, & Kwok, 2016; Linder & Seitz, 2017; Silva et al., 2018), assustadora, desconfortável para os clientes com interrupção das rotinas habituais e impacto na vida pessoal e familiar (Hockenberry et al., 2018), sendo habitualmente vivenciada com ansiedade (Gomes, Silva, Santos & Palermo, 2019).

Neste sentido, os clientes e respetivas famílias necessitam de cuidados competentes e sensíveis, que minimizem não só os efeitos potencialmente negativos da hospitalização, mas que simultaneamente promovam benefícios positivos como resultado deste evento (Hockenberry et al., 2018; Ribeiro, Gomes, Thofehn, Mota, Cardoso & Cecagno, 2017; Viana, Cunha & Leão, 2018).

Destaca-se em vários estudos, que a satisfação é identificada como um resultado dos cuidados de enfermagem em relação às expectativas dos cuidados prestados (Uysal & Cirlak, 2014; Coyne, 2015; Boztepe, Çınar & Ay, 2017; Gomes, 2018) e às expectativas enquanto contexto de cuidados hospitalar (Bowling, Rowe & McKee, 2013; El-Haddad, Damodaran, Patrick McNeil & Hu, 2018). Estudos recentes, alusivos ao conhecimento sobre a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, destacam a relação positiva entre qualidade percebida e lealdade, quando mediadas pelo construto de satisfação do cliente (Anabila, 2019; Fatima, Malik & Shabbir, 2018; Shabbir, Malik & Malik, 2016; Brito et al., 2021).

A percepção com a qualidade dos cuidados de enfermagem envolve, portanto, vários aspetos tangíveis e intangíveis, como a avaliação do ambiente físico, das relações entre profissionais e clientes, responsabilidade, comunicação (Laferton, Kube, Salzmann, Auer & Shedden-Mora, 2017; El-Haddad, Hegazi & Hu, 2020; Amoah, Anokye, Boakye, Acheampong, Budu & Okyere, 2019), privacidade e segurança, sendo descrita como um construto positivamente relacionado com a lealdade do cliente (Zhou, Wan, Liu, Feng & Shang, 2017; Ng & Luk, 2019).

A satisfação do cliente e a lealdade são assim construtos consequentes da percepção do custo dos serviços prestados, da avaliação do ambiente, dos procedimentos e serviços (Pevac & Pisnik, 2018; Anabila, 2019; Kim et al., 2017), das interações como a equipa médica e de enfermagem (Zarei, Daneshkohan, Pouragha, Marzban & Arab, 2015; El-Haddad et al., 2020), e o fornecimento de informações sobre os cuidados prestados (Rostami, Ahmadian, Jahani & Niknafs, 2019). Numa pesquisa realizada em dez hospitais públicos da China, a satisfação do cliente relativamente às suas experiências em internamento hospitalar teve uma forte correlação com a continuidade dos cuidados (Min, Li, Zi, Fang, Wang & Tang, 2019).

Assegurar que são consideradas e atingidas as expectativas dos clientes é fundamental para garantir a sua qualidade e deste modo também a satisfação dos clientes (Yaghoubi et al., 2017; El-Haddad et al., 2020).

PARTE II – MÉTODO

CAPÍTULO 4 - ESTUDO 1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo, insere-se no paradigma pragmático positivista utilizando-se um conjunto de estudos quantitativos para responder à questão de investigação colocada. No que se refere ao primeiro estudo e sabendo-se que, em Portugal, não existe nenhuma escala de medida das interações enfermeiro-paciente, optou-se por traduzir e validar, para a língua portuguesa, um instrumento passível de ser aplicado a enfermeiros em contexto hospitalar. Realizou-se assim, a tradução, adaptação e validação do questionário *L'Échelle d'Interactions Infirmière - Patient - version 23 items* (EIIP-23) para português, avaliando as suas propriedades psicométricas. Pretende-se que o instrumento facilite a avaliação e compreensão das perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados visando alcançar melhores resultados de saúde.

4.1. Metodologia e Tipo do Estudo

A metodologia inclui os processos de conduzir a investigação, pressupondo um processo rigoroso e sistemático de descrever ou interpretar a realidade. Exige conhecimentos aprofundados das técnicas e dos métodos o que, segundo diversos autores, permite gerar conhecimento (Gray & Grove, 2021). O presente estudo, descritivo exploratório de carácter metodológico e de natureza quantitativa destina-se a avaliar as propriedades psicométricas supra referida em fase anterior importa realizar a tradução e adaptação transcultural, que ocorreu em seis etapas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, submissão ao comitê de especialistas, pré-teste e parecer do autor original. Realizou-se a análise da consistência interna através do *alfa de Cronbach* e análise fatorial exploratória e confirmatória. O suporte informático utilizado para análise dos dados foi o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), (versão 24) e IBM SPSS AMOS® (versão 22).

4.2. Questão de Investigação e Objetivos

Ao considerar a importância de avaliar e compreender as perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados, para obter melhores resultados de saúde, surge a questão de investigação: *Será que o questionário L'Échelle d'Interactions Infirmière - Patient - version 23 itens têm boas propriedades psicométricas para o contexto cultural português?*

Este estudo teve como objetivos:

Objetivo geral:

- Traduzir, adaptar e validar o questionário EIIP-23 para português, avaliando as suas propriedades psicométricas.

Objetivos específicos:

- Avaliar a validade de construto da EIIP-23 por meio da análise fatorial confirmatória;
- Avaliar a consistência interna do instrumento por meio da confiabilidade composta e *alfa de Cronbach*.

4.3. Participantes

Tendo em consideração que este estudo visa a validação cultural e linguística, de um instrumento de medida constituído por 23 itens de pesquisa, partilhamos da opinião de Almeida (2017), procurando que “a amostra seja suficientemente grande de forma a garantir que numa segunda análise se mantenha os mesmos fatores “.

Acresce que, de acordo com Pestana & Gageiro (2014), o mínimo de respostas válidas (N) deverá ser calculado pela fórmula $N = 5 \times K$, sendo k o número de questões do instrumento. Nesta perspetiva, a população do estudo foi selecionada, tendo em conta a variedade e a dimensão das unidades, o número de enfermeiros, a facilidade de acesso às mesmas, com idêntica localização geográfica.

A amostra não-probabilística e intencional escolhida para que represente o “bom julgamento” da população/universo (Gray & Grove, 2021). Gray & Grove (2021), ainda referem que os resultados e as conclusões deste tipo de amostra só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, uma vez que não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo.

A amostra foi constituída por 147 enfermeiros a exercer funções numa Unidade Local de Saúde, EPE. A amostra do estudo foi não probabilística e intencional. O instrumento foi aplicado em quatro unidades de internamento: Ortopedia; Medicina; Cirurgia e Ginecologia/Obstetrícia. Foram incluídos todos os enfermeiros dos serviços de internamento, com mais de dois anos de experiência profissional. A aplicação do instrumento decorreu durante dois meses consecutivos, entre abril e maio de 2019. Para a realização do estudo e partindo destes pressupostos, foi

contactada a Unidade Local de Saúde, EPE para posterior autorização dos dirigentes da instituição (Anexo I).

Todos os enfermeiros que reuniam esse critério (n=163) foram convidados a participar. A amostra final foi constituída por 147 enfermeiros, tendo-se obtido uma elevada taxa de resposta de 90,1%. A Caracterização da amostra dos serviços de internamento da Unidade Local de Saúde, EPE., envolvidos no estudo e taxa de respostas é esquematizada na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra dos serviços de internamento da Unidade Local de Saúde, EPE - taxa de respostas.

Serviços de Internamento	<i>Questionários entregues</i>	<i>Questionários recebidos</i>	<i>Taxa de Respostas</i>
Ortopedia	29	27	93,1%
Medicina	71	63	88,7%
Cirurgia	43	38	88,3%
Ginecologia/Obstetrícia	20	19	95%
Total	163	147	90,1%

De seguida, apresentamos a caracterização sociodemográfica e profissional segundo as variáveis selecionadas, resumidas na tabela 2. De modo, a manter o rigor ao longo do trabalho, na elaboração dos intervalos utilizou-se a *Fórmula de Sturges* (Marôco, 2018) na transformação das variáveis contínuas (idade, atividade profissional e atividade profissional na atual organização) obtidas em resposta direta pelos participantes.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra em frequência e percentagem

		<i>n</i>	%
<i>Sexo</i>	Feminino	122	83,0
	Masculino	25	17,0
<i>Idade</i>	[20-29]	11	7,4
	[30-39]	57	38,7
	[40-49]	35	23,8
	[50-59]	39	26,5
	[60-62]	5	3,4
	<i>Habilitações Académicas</i>	Bacharelato	5
Licenciatura		94	63,9
Mestrado		2	1,4
Especialização		31	21,1
Pós-Graduação		15	10,2
<i>Categoria Profissional</i>	Enfermeiro	130	88,4
	Enfermeiro Especialista	8	5,4
	Enfermeiro Chefe	9	6,1
<i>Atividade Profissional (anos)</i>	[0-9]	31	21,0
	[10-19]	51	34,7
	[20-29]	40	27,2
	[30-39]	25	17,0
<i>Atividade Profissional na atual Organização (anos)</i>	[0-9]	53	36,0
	[10-19]	45	30,6
	[20-29]	31	21,0
	[30-39]	18	12,2
<i>Tipo Vínculo</i>	CTFP	103	70,1
	CIT	44	29,9
<i>Serviço Atual</i>	Ortopedia	27	18,4
	Medicina	63	42,9
	Cirurgia	38	25,9
	Ginecologia/Obstetrícia	19	12,9
TOTAL		147	100,0

Da amostra verifica-se que 83,0% dos participantes que responderam ao questionário são do género feminino, ou seja, as enfermeiras estão representadas maioritariamente na amostra, o que traduz a tendência histórica da profissão.

Relativamente ao escalão etário verifica-se que a maioria compreende entre os 30 anos e os 39 anos de idade (38,7%) e entre os 50 anos e 59 anos (26,5%), a amostra é maioritariamente jovem/adulta. A idade mínima de 26 anos e a máxima de 62 anos. Quanto as habilitações académicas a predominantemente é a Licenciatura, 63,9%.

Na categoria profissional observou-se dos que detém o título de enfermeiro especialista (5,4%) e a amostra é maioritária na categoria de enfermeiro (84,4%).

Quanto ao tempo de atividade profissional destaca-se que a maioria exerce a profissão há 10 a 19 anos (51,0%). No âmbito do tempo de atividade na instituição confirmou-se uma distribuição

uniforme com destaque para o período de 0 a 9 anos (36,0%) e 10 a 19 anos (30,6%). No serviço atual foi o serviço de medicina com a maior prevalência.

De um total de 147 enfermeiros, 83% eram do sexo feminino. Os enfermeiros de cuidados gerais representaram 88,4% da amostra e 3,4% tinham o diploma de bacharel. Enfermeiros especialistas representaram 5,4% da amostra.

4.4. Procedimentos Formais e Éticos

Antes da realização da pesquisa, foi concedida autorização formal da autora Sylvie Cossette (Anexo II), que forneceu o instrumento em francês da *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (Anexo III).

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido, permite decidir da participação numa investigação (Almeida, 2019) nesse sentido, após a autorização da instituição e em momento prévio ao início do processo de recolha de dados, foram contactados os responsáveis de cada unidade no sentido de explicar o objetivo da investigação, esclarecer dúvidas, e negociar o momento da entrega e da recolha do instrumento de colheita de dados.

Foi também solicitado aos responsáveis, que assegurassem que cada enfermeiro respondesse apenas uma vez ao questionário e que livremente aceitasse participar no mesmo. Foi assegurada a natureza confidencial e individualizada em envelope fechado da entrega do instrumento de recolha de dados, garantindo o anonimato dos participantes. Desta forma fica garantido o anonimato não sendo possível estabelecer qualquer ligação à identificação dos inquiridos (Almeida, 2019). Garantindo-se ainda os princípios da beneficência; da não maleficência; da fidelidade; da justiça; da veracidade e da confidencialidade (ICN, 2012). Os preceitos anteriores foram garantidos sendo que os dados recolhidos se manterão confidenciais e serão destruídos após armazenamento da informação em programa informático com acesso codificado.

Durante o processo de recolha de dados, o contacto da investigadora foi assíduo, nomeadamente com os responsáveis das unidades, no sentido de esclarecer dúvidas. O tempo de resposta ao questionário variou entre 5 e 15 minutos e verificou-se não ter existido dificuldades no preenchimento e interpretação das questões.

4.5. Questionário L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23 (EIIP-23)

Estudos relacionados às interações enfermeiro-paciente são escassos na literatura. Apesar do conceito do cuidado de enfermagem ser multidimensional, envolvendo um conjunto de dimensões e condicionantes (Cossette et al., 2019), a sua avaliação é imprescindível para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem (Hovenga & Lowe, 2020). É consensual a influência dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, na satisfação dos clientes, em particular em contexto hospitalar (Kol et al., 2018). Comparativamente a outros profissionais de saúde, os enfermeiros passam mais tempo com os clientes hospitalizados e, também interagem com eles mais frequentemente, pelo que têm um impacto significativo na experiência de hospitalização. Dessa forma, eles têm a oportunidade de se aproximar dos clientes e conhecer suas expectativas (Karaca & Durna, 2019).

Assim é relevante identificar se os enfermeiros percebem suas atitudes e comportamentos na sua prática profissional, sendo pertinente a utilização de instrumentos de medida válidos e fiáveis (Oliveira et al., 2018), para uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde (Silva & Costa, 2021).

A *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23), elaborada por Cossette et al., 2006, descreve as atitudes e os comportamentos dos enfermeiros na sua prática profissional (Genet et al., 2018), podendo estes ser avaliados de acordo com importância, frequência, satisfação e competência (Cossette, Pepin, Cote & De Courval, 2008). Uma referência fundamental na enfermagem emerge das interações enfermeiro-paciente, dado que proporcionam atitudes e comportamentos nos domínios humanístico, relacional e clínico da prática de enfermagem, constituindo os principais veículos para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem (Lecocq et al., 2021). Cada interação com o paciente é uma oportunidade para uma intervenção curativa e tem efeitos positivos no atendimento ao paciente, na progressão da doença e na adesão ao tratamento (Coates, 2019).

A EIIP-23 avalia as práticas do cuidar de enfermagem e se assenta nos processos dedutivos e indutivos que descrevem as atitudes e os comportamentos do cuidar em enfermagem, correspondente a dez fatores *caratifs* (Sitzman & Watson, 2019). De todos os instrumentos disponíveis (Brousseau, Cara & Blais 2017), a EIIP-23 apresenta uma boa qualidade psicométrica e viabilidade ($Alfa\ de\ Cronbach = 0,90$; $\chi^2 [811,43] = 10.311,27$, $p < 0,0001$; $CFI = 0,98$; $RMSE = 0,070$) (Cossette et al., 2008).

A EIIP-23 é composta por 23 itens e mede 4 dimensões relativas aos cuidados clínicos: responde aos problemas de saúde do paciente (itens 1 a 9); aos cuidados relacionais: enfatiza os principais elementos de uma relação terapêutica que englobe as percepções do paciente de uma situação particular tal como a relação de ajuda, expressão de emoções, resolução de problemas e fatores de espiritualidade (itens 10 a 16); aos cuidados humanísticos: refletem a interdependência do cuidado como o humanismo, a esperança e a sensibilidade (itens 17 a 20) e os cuidados de conforto: relação de cuidado que protege, realça e preserva a dignidade do paciente, humanidade e integridade (itens 21 a 23) (Cossette, 2015).

Os itens são avaliados acerca da importância para os enfermeiros relativa à sua prestação de cuidados por uma escala tipo *likert* de 5 pontos de (“nada importante” a “extremamente importante”). Os itens são avaliados acerca da frequência nas últimas 2 semanas em que o enfermeiro realizou na prestação de cuidados por uma escala tipo *likert* de 5 pontos de (“quase nunca a “quase sempre”).

Neste estudo o instrumento de recolha de dados distribuídos pela amostra é constituído por duas partes: Parte A – Caracterização Geral, onde se pretendia obter caracterização sociodemográfica e profissional; Parte B: Escala das Interações Enfermeiro-Paciente.

A Parte A é medida por questões fechadas. A Parte B a Importância dos itens será avaliada por uma escala tipo *likert* “nada importante” “pouco importante” “moderadamente” “muito importante” “extremamente importante” e a Frequência será avaliada “quase nunca” “às vezes” “frequentemente” “muitas vezes” “quase sempre”.

No presente estudo foi solicitado aos enfermeiros duas perguntas sobre cada item: (a) em contexto da sua prestação de cuidados aos clientes, o quanto é "importante" para si e (b) nas últimas duas semanas em contexto da sua prestação de cuidados aos clientes, realizou com que "frequência". De seguida seriam pontuadas cada uma destas duas perguntas de 1 (nada importante) a 5 (extremamente) e 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) respetivamente para cada um dos 23 itens.

4.6. Tradução e Validação da L’EIIP23 para o Contexto Cultural Português

4.6.1. Processo de Tradução

O processo de tradução e adaptação transcultural da EIIP-23, norteado pelo referencial teórico de Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2007), compreendeu as seguintes etapas: I -

tradução inicial; II - síntese das traduções; III - retrotradução; IV - comitê de especialistas; V - pré-teste; e VI - Versão Final da Escala Interação Enfermeiro-Paciente para português.

A etapa I, que corresponde à tradução inicial da versão original em francês para a cultura portuguesa de Portugal, foi efetuada de forma independente por dois tradutores bilíngues. Um deles era fluente em francês e conhecedor da área e dos objetivos do estudo, o que permitiu fornecer equivalência cultural e idiomática, resultando na primeira tradução (T1). O segundo tradutor realizou a tradução sem esse conhecimento (T2). Após as traduções independentes, foi realizada a etapa II, em que os dois tradutores estabeleceram contato para discussão e síntese das versões T1 e T2, obtendo a primeira versão em português.

Na etapa III, realizou-se a retroversão partindo da versão (BT1 e BT2), em que outros dois tradutores bilíngues (francês/português), sem formação na área da saúde, traduziram o questionário para a língua original. Este é um processo de verificação de validade para garantir que a versão traduzida reflete com precisão o conteúdo de cada item da versão original.

Na etapa IV, a análise pela revisão por especialistas foi efetuada com a participação de uma docente doutorada em linguística, duas docentes doutoradas em enfermagem com vasto conhecimento no tema abordado e duas enfermeiras mestres, ambas com conhecimento sobre o processo metodológico de adaptação cultural. Após a versão traduzida e sintetizada, realizou-se a avaliação e comparação com a versão original. A principal função da revisão por especialistas foi comparar as versões, avaliando-as quanto às equivalências: semântica, idiomática, cultural e conceitual (Beaton et al., 2007). A equivalência semântica permite avaliar o significado das palavras a fim de preservar seu sentido original; na idiomática, formulam-se expressões e coloquialismos equivalentes no idioma-alvo; a cultural refere-se aos termos e situações cotidianas que diferem entre as culturas; e a equivalência conceitual refere-se às palavras que possuem significados culturais.

A versão final mostra a relevância e a representatividade dos itens que foram avaliadas por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a concordância entre os avaliadores. A adequação de cada item variou entre “adequado” e “não adequado”, e considerou-se o valor mínimo de 0,80, ou 80% (Gray & Grove, 2021).

Posteriormente, na etapa V, foi realizado o pré-teste, que consistiu na aplicação experimental do questionário. A cada profissional enfermeiro foi entregue a versão pré-final, um guia para aplicação do questionário e o documento para registro da avaliação e possíveis sugestões. Os objetivos do pré-teste foram explicados, e foi esclarecido que a sua estrutura não podia ser alterada (o número de perguntas ou a sua organização, bem como as opções de respostas).

A intenção era que analisassem a forma como estavam formuladas as questões (clareza e grau de compreensão), a aceitabilidade das palavras utilizadas e a sua relevância cultural.

Uma vez que foram não observadas dificuldades na compreensão dos enunciados apresentados, mas foram apresentadas sugestões por especialistas. Estes sugeriram três palavras que deveriam sofrer alterações quanto às equivalências textuais, entre elas: “*d’intervenir avec moi*”, utilizada no item 7, pelo que, em vez de “*intervir comigo*”, os especialistas sugeriram “*na prestação de cuidados*”. No item 11, existiram dúvidas quanto à tradução “*à explorer*”, podendo significar “*explorar*”; e após os autores esclarecerem que o termo significa “*ir ao encontro*”, foi alterado para “*que encontrem*”. E no item 16, “*ont cherché*” implica “*procurar*”, mas os especialistas propuseram o uso de “*ajudá-los*”, de modo que se optou por esse termo na versão da cultura portuguesa de Portugal. Posteriormente e não havendo mais dúvidas relativas a seu formato e conteúdo, a versão pré-final foi objeto de consenso dando lugar à versão final.

As etapas de tradução e síntese foram realizadas de forma satisfatória. Na retrotradução, as versões dos tradutores 1 e 2 foram idênticas em 19 afirmativas, e as diferenças encontradas foram avaliadas como sendo palavras sinônimas. Dessa forma, concluiu-se que as versões de retrotradução correspondiam na globalidade ao instrumento original.

A etapa final foi a submissão de todas as traduções, retrotraduções, relatórios de especialistas e anotações aos autores do instrumento original (Beaton et al., 2007). Ao receberem essa informação, os autores tiveram a possibilidade de verificar se todas as etapas foram realizadas de forma correta para a validação da versão final do instrumento.

A versão original e a versão final foram avaliadas pela revisão por especialistas quanto à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. O percentual de concordância dos itens foi calculado com base no IVC, em que todos os itens obtiveram concordância superior a 90% na primeira fase de avaliação. Além da avaliação dos especialistas sobre os termos estarem adequados ou não adequados, eles apresentaram um relatório com sugestões de mudanças e suas justificativas

Após a revisão dos itens atrás referido obteve-se a versão que foi enviada aos autores para aprovação. Estes aprovaram a versão final, surgindo então a versão portuguesa da Escala de Interação Enfermeiro-Paciente.

Para uma melhor compreensão da estratégia utilizada, efetuamos na figura 2 um resumo que de uma forma esquemática, retrata o processo de adaptação cultural.

Figura 2 - Síntese da trajetória metodológica de tradução e adaptação cultural da *L'Échelle Interactions Infirmière-Patient-23*, para o português.



Fonte: Adaptado de Beaton et al., (2007).

4.6.2 - Resultados

Processo de Validação

Para avaliar as características psicométricas da escala EIIP-23 recorreu-se numa primeira fase à análise fatorial exploratória (AFE) com o objetivo de encontrar uma estrutura fatorial que explicasse as correlações entre as variáveis latentes e variáveis manifestas, tornando possível a reconstrução da escala de medida ajustada à amostra em estudo (Marôco, 2014). A análise fatorial confirmatória (AFC) é feita com recurso aos modelos de equações estruturais. Este modelo é um sistema de equações lineares que estabelece as relações entre as variáveis, sejam elas observadas ou latentes (Marôco, 2014).

Face aos resultados obtidos e para consolidação do modelo fatorial efetuou-se a AFC. Este instrumento objeto de investigações anteriores que explicitaram a sua dimensionalidade (número de fatores/dimensões) após a AFC confirmar a sua estrutura fatorial, determinando a medida do seu ajustamento à estrutura correlacional observada entre as variáveis (Marôco,

2018). Assim entende-se que com este procedimento estatístico ter acrescentado valor e robustez à versão portuguesa desenvolvida no presente estudo.

No intuito de avaliar a confiabilidade e normalidade dos dados utilizou-se os testes de *normalidade de Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, Confiabilidade simples (*Alfa de Cronbach*), *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o *teste de Bartlett* (Bartlett Test of Sphericity-BTS), os quais permitem verificar as correlações entre as variáveis (Marôco, 2018).

Neste estudo utilizou-se a análise fatorial exploratória para verificar a adequação dos dados, nomeadamente, a relação entre um conjunto de variáveis, identificando padrões de correlação. Procedemos inicialmente à realização do teste de KMO, cujos resultados variam entre 0 e 1, sendo que quanto mais perto de 1 mais adequados são os dados.

O valor da estatística de KMO deve ser interpretado da seguinte forma: entre 0,90 e 1 são considerados valores excelentes; entre 0,80 e 0,89 são considerados valores bons; entre 0,70 e 0,79 são considerados valores medianos; entre 0,60 e 0,69 são considerados valores medíocres; entre 0,50 e 0,59 são considerados valores maus e entre 0 e 0,49 são considerados valores inadequados (Marôco, 2014). Da mesma forma, o *teste da esfericidade de Bartlett* deve ser estatisticamente significativo ($p < 0,05$) para produzir informação válida e credível na interpretação dos resultados que emergem da análise fatorial.

Importa ter em atenção algumas considerações antes de iniciar a AFC, a normalidade multivariada é um dos pressupostos que se deve ter em conta. Medida através dos índices de assimetria e de curtose, casos extremos de desvio da normalidade índices de assimetria acima de 3 e de curtose acima de 10. Um outro pressuposto é o de cada variável latente dever ter 3 ou mais variáveis manifestas, bem como haver correlações medianas a fortes entre as variáveis observadas que operacionalizam o mesmo constructo (Marôco, 2018).

No entanto, Kline (2015) considera identificado um modelo com pelo menos 2 fatores que tenha pelo menos 2 indicadores por fator. Outro aspeto a ter em conta é a presença de *outliers*. Com efeito, estes podem afetar as covariâncias entre as variáveis, bem como a sua média, pelo que a sua remoção pode ser uma alternativa. Assim, a existência de *outliers* avaliada pela distância quadrada de *Mahalabis* (D^2) e anormalidade das variáveis avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e a *curtose* (Ku) uni e multivariada.

A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial faz-se de acordo com os índices respetivos valores de referência a saber: χ^2/df (*teste do Qui-quadrado de ajustamento*) valores até 5 indicam um ajustamento adequado, CFI (*Comparative Fit Index*) que compara de forma

geral o modelo estimado e o modelo nulo, considerando valores mais próximos de 1 como indicadores de ajustamento satisfatório. GFI (*Goodness of Fit Index*) que indica a proporção de variância-covariância nos dados explicada pelo modelo. Este varia de 0 a 1, com valores na casa dos 0,80 e 0,90, ou superior, indicando um ajustamento satisfatório. E o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) com seu intervalo de confiança de 90% (IC90%), é considerado um indicador de desajustamento do modelo proposto, isto é, valores altos indicam um modelo não ajustado. Assume-se como ideal que o RMSEA se situe entre 0,05 e 0,08, aceitando-se valores de até 0,10 (Marôco, 2018).

Realizou-se o método medida da adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de *esfericidade de Bartlett's* (Almeida, 2017, Marôco, 2014), no sentido de averiguar se os dados eram viáveis para utilização na análise fatorial, bem como aferir a qualidade das correlações (Almeida, 2017).

No que se refere à análise fatorial exploratória, o teste de *esfericidade de Bartlett* foi significante ($\chi^2 = 231$; $p < 0,001$), e o índice KMO teve um valor de 0,779, uma recomendação média para a análise dos componentes principais (Almeida, 2017).

Posteriormente efetuou-se a análise fatorial exploratória tendo por base os 23 itens tal como o instrumento original. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Na escolha dos itens para cada fator seguiram-se os seguintes critérios: 1º - Coeficiente de saturação (*factor loading*) superior a 0,40 num fator, 2º - fator com maior peso fatorial.

O item 20 não atendeu aos critérios de carga fatorial acima de 0,40, como representado na tabela 3, assim foi excluído (Marôco, 2018). No total, a escala comporta 22 itens em três componentes. As três componentes explicam 57,54% da variância total.

Tabela 3 - Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT (EIEP-22-PT) componentes.

	<i>Items</i>	<i>Componentes</i>		
		<i>1 Cuidados Relacionais</i>	<i>2 Cuidados Clínicos</i>	<i>3 Cuidados de Conforto</i>
<i>Item 9</i>		0.699	-	-
<i>Item 10</i>		0.851	-	-
<i>Item 11</i>		0.799	-	-
<i>Item 12</i>		0.802	-	-
<i>Item 13</i>		0.831	-	-
<i>Item 14</i>		0.840	-	-
<i>Item 15</i>		0.662	-	-
<i>Item 16</i>		0.530	-	-
<i>Item 17</i>		0.608	-	-
<i>Item 19</i>		0.470	-	-
	<i>Item 1</i>	-	0.651	-
	<i>Item 2</i>	-	0.475	-
	<i>Item 3</i>	-	0.729	-
	<i>Item 4</i>	-	0.768	-
	<i>Item 6</i>	-	0.825	-
	<i>Item 7</i>	-	0.494	-
	<i>Item 8</i>	-	0.698	-
	<i>Item 5</i>	-	-	0.595
	<i>Item 18</i>	-	-	0.590
	<i>Item 21</i>	-	-	0.733
	<i>Item 22</i>	-	-	0.688
	<i>Item 23</i>	-	-	0.543
<i>Explained Variance</i>		70.183	24.433	90.219
<i>Cronbach's Alpha</i>		0.910	0.827	0.745

Considerou-se necessário manter a perspectiva de Cossette et al., (2006), assim, mantivemos os as designações dos três fatores do modelo, ajustando apenas a semântica ou o significado na dimensão *cuidados relacionais*.

Testou-se a solução tetrafatorial hipotetizada realizando uma análise fatorial confirmatória. Os modelos fatoriais gerados foram avaliados quanto à qualidade com que reproduzem as correlações entre as variáveis originais, mediante o cálculo dos índices de ajustamento $\chi^2/\text{graus de liberdade (gl)}$, GFI, Comparative Fit Index (CFI), Parsimony Comparative Fit Index (PCFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) tal como recomendados por Marôco (2018).

A análise fatorial confirmatória foi realizada na estrutura fatorial de três fatores da EIIP-23, encontrados na nossa amostra. Embora os itens da EIIP-23 tenham apresentado bons pesos fatoriais ($> 0,4$), inicialmente o modelo CFA apresentou um ajuste inadequado ($\chi^2 / \text{gl} = 875,8$; CFI = 0,659; GFI = 0,665; RMSEA = 0,149; MECVI = 6,763).

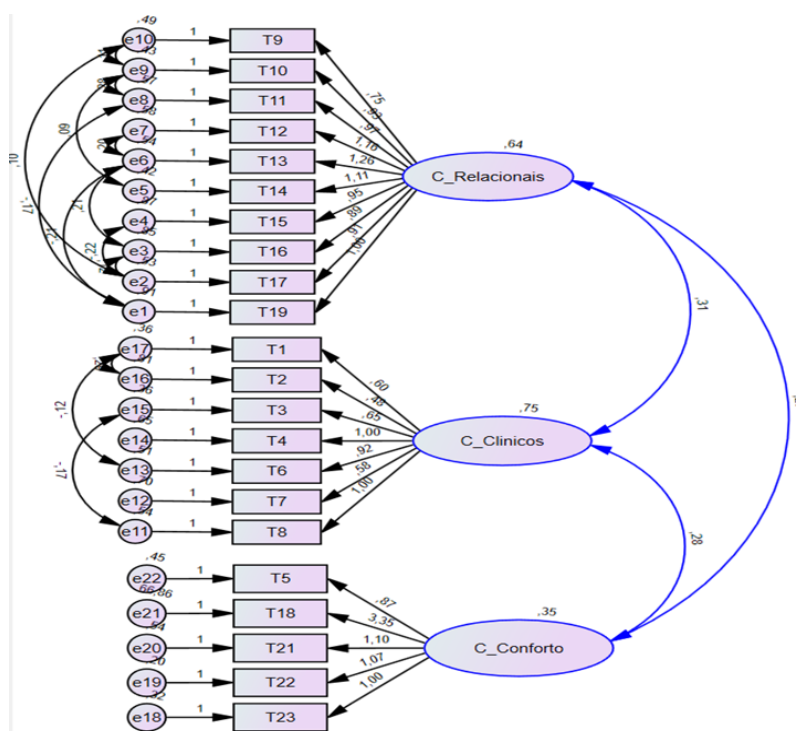
Além disso, as distâncias de *Mahalanobis* indicaram a presença de vários *outliers* multivariados, alguns dos quais foram removidos do modelo, e os índices de modificação foram analisados.

Como as alterações não foram significativas, este estudo analisou os índices de modificação do modelo, sendo que os maiores ocorreram entre as correlações de erros entre os itens 6 e 7; 8 e 9; e entre os itens 16 e 17. Quando itens pertencentes a um mesmo fator apresentam erros relacionados, é comum adicionar essa trajetória ao modelo, justificando-a do ponto de vista teórico pela semelhança de formulação ou conteúdo dos itens.

A confiabilidade do construto revelou adequada consistência interna da escala e boa reprodutibilidade da subescala, que apresentou confiabilidade com valores aceitáveis ($\alpha = 0,864$) para a pontuação total, ou seja, para cada uma das duas questões colocadas (importância e frequência). Os valores de *alfa de Cronbach* para as três componentes variou entre as três dimensões: *Cuidados Relacionais* ($\alpha = 0,910$); *Cuidados Clínicos* ($\alpha = 0,827$) e *Cuidados de Conforto* ($\alpha = 0,755$), todos os resultados são considerados bons de acordo com Almeida (2017). Surge assim, a versão *Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22PT* (EIEP-22-PT) (Agostinho, Potra & Gaspar, 2021) (Anexo IV).

Considerando a revisão, o modelo (Figura 3) apresentou qualidade de ajuste com melhores índices para a amostra e menor MECVI (5,573 versus 6,763) do que o modelo inicial.

Figura 3 - Modelo de três fatores da Escala Interação Enfermeiro-Paciente (EIEP-22-PT) nos cuidados de saúde hospitalares em Portugal.



Relativamente à análise confirmatória emergiu a estrutura dos três fatores:

O Fator 1 denominado de *Cuidados Relacionais* constituiu-se por 9 itens (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 19) explica de variância total 70,183% que avaliam aspetos relacionados com a capacidade de os enfermeiros lidarem com os desafios percebidos do paciente, contemplando a rentabilização da informação transmitida e tendo em conta aspetos como a personalização dos cuidados, o respeito pela privacidade, pelas características e necessidades pessoais, a promoção do bem-estar e a prontidão na assistência (Cossette et al., 2008).

O Fator 2 denominado de *Cuidados Clínicos* explica de variância total 24,433% e agrupa 8 itens (1, 2, 3, 4, 6, 7 e 8) que avaliam aspetos relacionados ao comportamento de autocuidado; pode estar associada à postura pessoal face aos outros e ao futuro. Essa atitude influencia a forma como os enfermeiros percecionam a condição de saúde, interagem com os pacientes e se posicionam diante do tratamento negociado. São atitudes que influenciam, e são influenciadas, pela capacidade funcional para o autocuidado, pela autoestima e pela satisfação com a vida (Cossette et al., 2008).

O Fator 3 denominado *Cuidados de Conforto* inclui 3 itens (5, 18, 21, 22 e 23) que retratam o modo como os enfermeiros percebem a eficácia do processo e avaliam aspetos relacionados com a interação no tratamento quanto à transmissão de informação de forma compreensível, capacidade de escuta, capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica (Cossette et al., 2008).

Considerando o AVE (Marôco, 2018) como indicador de validade convergente, a escala mostrou-se adequada em todos os seus componentes: *Cuidados Relacionais*; *Cuidados Clínicos* e *Cuidados de Conforto* (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise da validade de construto da EIEP-22-PT, variância média extraída.

<i>Componentes</i>	<i>Alfa</i>	<i>AVE</i>
<i>Cuidados Relacionais</i>	0,910	0,52
<i>Cuidados Clínicos</i>	0,827	0,46
<i>Cuidados de Conforto</i>	0,745	0,41

A análise da invariância fatorial do modelo em ambos os subgrupos independentes (teste e validação) mostrou índices adequados de qualidade de ajuste na solução fatorial final ($\chi^2 / df = 588,8$; CFI = 0,859; GFI = 0,828; RMSEA = 0,100 (90% CI = 0,092–0,109, $p = 0,000$); SRMR = 0,0725; MECVI = 5,573).

Este estudo teve como objetivo traduzir, adaptar e validar o questionário EIIP-23 em Portugal, avaliando as suas propriedades psicométricas em contexto hospitalar em Portugal. Este é o primeiro estudo de validação da EIIP-23 neste país e o quinto internacionalmente. Estas duas razões reforçam a importância e relevância deste estudo a nível nacional e internacional.

Os resultados fornecem evidências empíricas que indicam o desempenho psicométrico adequado da EIIP-23 em contexto hospitalar em Portugal. O modelo, que possui três componentes, é conceitualmente consistente com o sugerido pela autora da escala original (Cossette et al., 2008) baseado em análises exploratórias e confirmatórias.

O item excluído (20) pela análise fatorial pertence à dimensão *cuidados humanísticos* na versão original (Cossette et al., 2008), assim este estudo obteve uma versão mais curta da EIIP-23.

Os coeficientes dos índices de ajustamento do modelo foram satisfatórios e apoiaram a estrutura fatorial de três fatores, sendo todos significativos. Além disso, a análise da invariância do modelo de três fatores confirmou sua estabilidade. O valor de consistência interna observado no modelo de três fatores do presente estudo ($\alpha = 0,864$) é menor do que os valores originais obtidos por Cossette et al., (2008) ($\alpha = 0,82$), por Im et al., (2019) e Calong et al., (2020) ($\alpha = 0,94$) e por Jiang et al., (2015) ($\alpha = 0,97$) e maior ao encontrado por Yalçın & Aşti., (2012) ($\alpha = 0,79$). No entanto, os itens de cada componente diferem quando comparado com estudos de outros países, o que pode ser explicado por diferenças na cultura, modelos de sistema de saúde, modelos organizacionais ou profissão de enfermagem, que podem influenciar as respostas dos enfermeiros.

Este estudo contribui para o avanço do conhecimento e da prática baseada em evidências, na medida em que, fornece um instrumento que permite avaliar as interações enfermeiro-paciente na prestação de cuidados e os resultados aos pacientes em Portugal. Realizado em contexto hospitalar com uma amostra de enfermeiros portugueses, obteve-se evidências psicométricas e revelou uma estrutura adequada de três fatores da EIEP-22-PT. A evidência apoia a confiabilidade e validade da estrutura e concorda com a estrutura sugerida pela autora da escala original. Todos os fatores mostraram cargas fatoriais adequadas e tiveram uma relação semântica.

Ainda, no contexto da enfermagem portuguesa a EIEP-22- PT é um instrumento relevante que pode apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros gestores e pode melhorar as condições de trabalho nas organizações. Os resultados mostraram que a escala é válida e pode ser utilizada na prática clínica e em investigação. Este estudo também demonstrou a relevância internacional

do uso da EIIP-23, e oferece contribuições valiosas para o planeamento estratégico e políticas de saúde, nomeadamente no que se refere ao exercício da enfermagem.

CAPÍTULO 5 - ESTUDO 2 FASES 1 E 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A enfermagem, enquanto disciplina dispõe de saberes únicos, e a investigação é fundamental de forma a conceber e consolidar conhecimento sobre as respostas humanas e as melhores intervenções para promover a saúde, prevenir e gerir a doença. A investigação busca de uma forma sistemática validar e refinar o conhecimento existente e, também, gerar novo conhecimento (Grove & Gray, 2019).

Considerou-se fundamental estudar um conjunto de variáveis com os questionários *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (Anexo V), a *Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT* (EIEP-22-PT) e a *Escala de Avaliação da Satisfação dos clientes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital* (EASCEE18) (Anexo VI). Os dados quantitativos contribuem para facultar respostas à influência entre as variáveis do ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar.

5.1. Tipo de Estudo

Dada a complexidade do fenómeno em estudo, optou-se por um estudo com uma abordagem quantitativa que visa descrever e verificar as relações entre variáveis e analisar as mudanças que se realizam na variável dependente após a manipulação da variável independente (Polit & Beck, 2019). Tomando como referência a classificação em três dimensões (Grove & Gray, 2019), tratou-se de um estudo correlacional (natureza dos objetivos), transversal (tempo) e observacional (intervenção do investigador). Assim, esse estudo teve um desenho quantitativo descritivo, correlacional e inferencial.

5.2. Questão de Investigação e Objetivos

O estudo 2 fases 1 e 2, tem como finalidade avaliar a existência de relação entre o *ambiente da prática de enfermagem*, as *interações enfermeiro-paciente* e a *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar*, constituindo a premissa fulcral sobre a qual se apoiam os resultados da investigação. Desta forma, a questão de investigação definida foi a

seguinte: *Qual a relação entre o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente avaliadas pelos enfermeiros e a satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar?* Em consequência emergem objetivos específicos e participantes enfermeiros e pacientes, que determinam a realização de duas fases.

5.2.1. Estudo 2 - Fase 1

O presente estudo tem como:

Objetivo Geral:

- Avaliar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem e as interações enfermeiro-paciente.

Objetivos Específicos:

- Avaliar o ambiente da prática de enfermagem em contexto hospitalar;
- Avaliar a frequência e importância das interações enfermeiro - paciente, na perspectiva dos enfermeiros;
- Analisar a relação existente entre as variáveis do ambiente da prática de enfermagem com as interações enfermeiro- paciente (perspetiva enfermeiro).

5.2.2. Estudo 2 - Fase 2

O presente estudo tem como:

Objetivo geral:

- Avaliar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Objetivos específicos:

- Avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar;
- Analisar a relação existente entre as variáveis do ambiente da prática de enfermagem e a satisfação dos clientes em contexto hospitalar;
- Analisar a relação existente entre as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos clientes em contexto hospitalar.

5.3. Material e Métodos

Neste percurso de investigação procurou-se integrar as perspetivas de todos os envolvidos: enfermeiros e clientes. Só consultando todos os intervenientes podemos obter resultados significativos que possam ser utilizados para melhorar a qualidade dos cuidados. Ainda de salientar que a satisfação dos clientes é um importante resultado na perspetiva da melhoria contínua da qualidade.

5.3.1. Contexto do Estudo

Em Portugal, as Unidade Local de Saúde (ULS) são o exemplo de integração vertical de cuidados mais pertinente. Através da gestão articulada de diferentes níveis de cuidados (primários, secundários e continuados), as ULS procuram garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde eficaz, de qualidade e de satisfação dos clientes (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

Na generalidade dos casos, as ULS têm sido criadas em zonas problemáticas, no que diz respeito à população, ao acesso e aos recursos, acreditando-se que esses tenham sido os pilares para a sua criação (Loureiro & Brou, 2018). De facto, a sua criação tem sido feita com vários objetivos, designadamente (ERS, 2015): a rentabilização da capacidade instalada, a qualidade assistencial, a focalização no cliente, a promoção do bem-estar, entre outros.

O presente estudo decorreu no contexto das unidades de internamento de duas ULS, constituídas por cada uma por 2 unidades hospitalares, localizadas no Interior do País. Estas instituições, criadas pelo Decreto-lei 183/2008 de 4 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de janeiro integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), agrupadas em três áreas de atuação: hospitalar, cuidados primários e saúde pública, com uma área de referência direta.

De salientar que as instituições hospitalares variam entre 125 a 170 camas, cada e têm como principal atividade a monitorização e supervisão contínua de cuidados especializados, exigindo conhecimentos multifacetados, de elevado grau de complexidade e rigor científico.

No que diz respeito à análise das ULS do presente estudo, é particularmente relevante salientar o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2015) no qual os autores mediram o desempenho das ULS. Do rácio de cirurgias em ambulatório no total de cirurgias realizadas, foi concluído que os estabelecimentos não integrados em ULS apresentam maior proporção de cirurgias em

ambulatório; quanto ao tempo de estadia em internamento, tendo analisado os registos de alta dos hospitais do SNS através do sistema de classificação de doentes internados em hospitais agudos, segundo o qual os doentes são agrupados em grupos clinicamente semelhantes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019) foi concluído que a duração média de internamento nos hospitais integrados em ULS foi superior ao dos hospitais não integrados em ULS; os ganhos com a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados não se estão a refletir na redução das hospitalizações desnecessárias. De um modo geral, os autores concluíram que os hospitais integrados em ULS são menos eficientes que os hospitais não integrados (ACSS, 2019).

A integração de cuidados tem-se tornado uma estratégia central para fazer frente ao aumento da despesa em saúde e às pressões para entregar serviços mais eficientes, eficazes e de maior qualidade. Assim, é fundamental que seja feito um levantamento prévio das necessidades e expectativas da população e um seguimento da aplicação da integração de cuidados, para potenciar melhorias contínuas.

Concretizando, neste estudo utilizaram-se dados dos enfermeiros e clientes nos hospital1_P, hospital2_E, hospital3_G e hospital4_S, tendo sido emparelhados por serviço (Ortopedia; Medicina; Cirurgia e Ginecologia/Obstetrícia) e respondem a uma área de influência que abrange entre 100 a 150 mil habitantes. O hospital4_S apenas se responsabilize pela influência direta nas especialidades que possuam, os hospital1_P, hospital2_E, hospital3_G garantem a influência direta e indireta para toda a sua área de influência e comportam todas as especialidades médicas e cirúrgicas (Cirurgia, Medicina, Mulher e Criança, Psiquiatria e Saúde Mental, e Cuidados Intensivos).

5.3.2. Estudo 2 - Fase 1

Conforme referido, esta primeira fase do estudo versa os aspetos do *ambiente da prática* e das *interações enfermeiro-paciente*, sendo estas resultantes da perceção dos enfermeiros sobre o ambiente de trabalho nas suas diferentes componentes e como este ambiente pode vir a influenciar a sua prestação no que se refere à interação com os pacientes.

5.3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Relativamente ao estudo 2 fase 1 os critérios de inclusão aplicam-se a todos os enfermeiros, de ambos os sexos, do respetivo serviço onde exercem a sua atividade profissional, há mais de um

ano, e que aceitaram participar no estudo. Excluem-se os enfermeiros com o tempo de serviço há menos um ano na organização.

5.3.2.2. Participantes

Os participantes incluem os enfermeiros de quatro hospitais do Interior do País, das unidades de internamento de Ortopedia, Medicina, Cirurgia e Ginecologia/Obstetrícia. Os dados foram organizados pelos hospitais incluídos no estudo: hospital1_P, hospital2_E, hospital3_G e hospital4_S, como se verifica no quadro 3.

Quadro 3 - Aplicação dos questionários aos enfermeiros em contexto hospital

	Questionários entregues aos enfermeiros	Questionários respondidos pelos enfermeiros
Hospital 1_P		
<i>Medicina</i>	38	32
<i>Ortopedia</i>	15	14
<i>Cirurgia</i>	27	26
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	20	19
Total	100	91
Hospital 2_E		
<i>Medicina</i>	39	32
<i>Ortopedia</i>	14	13
<i>Cirurgia</i>	13	12
Total	66	57
Hospital 3_G		
<i>Medicina</i>	33	31
<i>Ortopedia</i>	17	15
<i>Cirurgia</i>	29	26
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	19	11
Total	98	83
Hospital 4_S		
<i>Medicina</i>	21	17
Total	21	17
TOTAIS	285	248

A amostra final foi constituída por 248 enfermeiros tendo-se obtido uma taxa de resposta de 90,18%. Dado que não se pretendia análise de cada serviço em particular, os dados foram agrupados e analisada a amostra total para cada hospital (Quadro 4).

Quadro 4 - População do estudo em contexto hospitalar

	Enfermeiros
<i>Hospital 1_P</i>	91
<i>Hospital 2_E</i>	57
<i>Hospital 3_G</i>	83
<i>Hospital 4_S</i>	17
<i>Totais</i>	248

5.3.3. Estudo 2 - Fase 2

A satisfação do cliente é um indicador valioso da qualidade em saúde e em particular da qualidade dos cuidados de enfermagem. É atribuída ao cliente a responsabilidade de emitir juízos de acordo com as suas perceções, sobre os cuidados que lhe foram prestados, por exemplo durante o episódio de internamento no hospital. Neste sentido, a sua opinião é imprescindível para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem sendo relevante a utilização de instrumentos de medida válidos e fiáveis. Deste modo considerou-se fundamental estudar um conjunto de variáveis com a *Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem* (EASCEE18) desenvolvida por Freitas et al., (2016) integrando assim, a perspetiva dos clientes.

5.3.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram estabelecidos como critérios de inclusão no estudo 2 fase 2, em relação aos clientes os que obedeceram aos seguintes critérios:

- Preenchimento esclarecido e voluntário da escala de avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem;
- Idade superior a 18 anos;
- Estarem em condições físicas e psicológicas para o fazerem
- Internamento igual ou superior a 72 horas;
- Domínio da língua portuguesa.

5.3.3.2. Participantes

Os participantes do estudo 2 fase 2, abrangem os clientes de quatro hospitais do Interior do País, que aceitaram participar no estudo e os enfermeiros emparelhados por serviço no total de 169.

Os clientes inquiridos foram selecionados segundo os critérios de inclusão nas unidades de internamento (Ortopedia; Medicina; Cirurgia e Ginecologia/Obstetrícia). Da recolha de dados não resultaram copias ou documentos que identifiquem os respetivos clientes.

Os dados dos clientes foram organizados pelos hospitais incluídos no estudo, assim, a apresentação dos grupos foi realizada por hospital onde foi efetuada a recolha de dados, hospital1_P, hospital2_E, hospital3_G e hospital4_S, conforme quadro 5, tendo sido emparelhados por serviço.

Quadro 5 - Aplicação dos questionários aos clientes em contexto hospital

	Lotação	Questionários respondidos pelos clientes
Hospital 1_P		
<i>Medicina</i>	26	20
<i>Ortopedia</i>	15	11
<i>Cirurgia</i>	12	8
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	10	15
Total	63	54
Hospital 2_E		
<i>Medicina</i>	34	28
<i>Ortopedia</i>	15	11
<i>Cirurgia</i>	15	10
Total	64	49
Hospital 3_G		
<i>Medicina</i>	25	11
<i>Ortopedia</i>	15	11
<i>Cirurgia</i>	15	11
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	10	21
Total	65	54
Hospital 4_S		
<i>Medicina</i>	19	12
Total	19	12
TOTAIS	211	169

A amostra final foi constituída por 169 clientes tendo-se obtido uma taxa de resposta de 80,09%. Dado que não se pretendia análise de cada serviço em particular, os dados foram agrupados e analisada a amostra total para cada hospital (Quadro 6).

Quadro 6 - População do estudo em contexto hospitalar

	Clientes
<i>Hospital 1_P</i>	54
<i>Hospital 2_E</i>	49
<i>Hospital 3_G</i>	54
<i>Hospital 4_S</i>	12
Totais	169

5.3.4. Caracterização dos Instrumentos de Medida

Estudo 2 Fase 1

As medidas utilizadas nesta fase, integram o instrumento *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) e a *Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT* (EIEP-22-PT). Foram submetidos ao estudo descritivo e análise dos dados de acordo com o recomendado pelos autores apresentadas nos próximos subcapítulos.

No que concerne à PES-NWI (Lake, 2002) foi usada a tradução portuguesa por Amaral et al. (2012) e a EIEP-22-PT foi utilizada a tradução portuguesa por Agostinho, Gaspar & Potra (2021) anteriormente apresentada no estudo 1.

O instrumento continha ainda as variáveis sociodemográficas para caracterização geral (Anexo VII), onde se pretendia obter caracterização sociodemográfica e profissional.

Estudo 2 Fase 2

Nesta fase, as medidas utilizadas, integram o instrumento *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), *Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT* (EIEP-22-PT) e a *Escala de Avaliação da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem* (EASCCE18).

A EASCCE18 foi desenvolvida por Freitas et al., (2016), resultante de uma nova versão do Suceh₂₁ (Ribeiro, 2005) após a sua avaliação psicométrica.

5.3.4.1. Questionário do Ambiente da Prática de Enfermagem - Practice Environment Scale of Nursing Work Index

A *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) foi construído por Lake em 2002, com base no NWI, bem como nas características dos *Magnet Hospitals*. Constituído por 31 itens, adequado para modelos de pesquisa de resultados que associam o ambiente da prática de enfermagem e os resultados nos clientes e na enfermagem (Lake, 2002). Dada a sua robustez, a utilização da PES-NWI tem sido profundamente difundida, existindo inclusive vários estudos de validação para diversas culturas (Efstathiou et al., 2018; Gasparino & Guirardello, 2017; Alzate et al., 2014; Ferreira & Amendoeira, 2014; Chiang & Lin, 2009). Na sequência de uma meta-análise, os autores (Zangaro & Jone, 2019) concluíram que a PES-NWI é um instrumento confiável para medir ambientes da prática de enfermagem nos EUA, bem como em outros países (Ribeiro et al., 2020; Amaral, et al., 2012).

A PES-NWI foi apontada como uma escala sensível para detetar diferenças entre diversos ambientes da prática hospitalar, permitindo que gestores pudessem comparar os escores de seus hospitais com valores de referência e o impacto destes nos indicadores referentes à equipe e pacientes (Lake, 2002). Desde então, os estudos que tratam essa temática têm sido conduzidos, principalmente, em instituições norte-americanas, ainda que na última década se tenha evidenciado a expansão para mais de 28 países, tais como Alemanha, China, Suíça, França, Austrália, Itália, Canadá e Portugal, entre outros (Swiger et al, 2017).

Com o progressivo conhecimento de que o desempenho de enfermagem tem impacto sobre a satisfação do cliente, torna-se necessário analisar e sintetizar o conhecimento sobre a relação entre as características do ambiente da prática de enfermagem e os resultados para os clientes (Lee & Scott, 2018; Braithwaite, Herkes, Ludlow, Lamprell & Testa, 2016).

A validação para a população portuguesa da escala, foi elaborada por Amaral, et al. (2012) no contexto hospitalar, também para o grupo profissional de enfermeiros, única existente à data da recolha de dados do RN4Cast em Portugal. Esta apresenta uma boa consistência interna na globalidade, sendo a distribuição dos itens pelas subescalas idêntica à escala original de Lake (2002). Esta foi estrutura adotada para o presente estudo.

A PES-NWI apresenta 31 itens agrupados pelas seguintes dimensões: *participação nas políticas hospitalares* (9 itens); *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* (10 itens); *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* (5 itens); *adequação dos recursos humanos e materiais* (4 itens); *relação colegial entre médicos e enfermeiros* (3

itens). Das 31 questões do tipo *likert* (sendo o valor mais baixo atribuído ao discordo totalmente e o mais alto ao concordo totalmente, pontuando de 1 a 4) emerge então a escala multidimensional com 5 subescalas.

Das 31 questões do tipo *likert* (sendo o valor mais baixo atribuído ao discordo totalmente e o mais alto ao concordo totalmente, pontuando de 1 a 4) emerge então a escala multidimensional com 5 subescalas.

Tabela 5 - Dimensões da escala PES-NWI original e valores do *alfa de Cronbach*.

Dimensões	Número de itens	Alfa de Cronbach
<i>Nurse participation in hospital affairs</i>	9	0,83
<i>Colegial nurse-physician relations</i>	3	0,71
<i>Nursing foundations for quality of care</i>	10	0,80
<i>Staffing and resource adequacy</i>	4	0,80
<i>Nurse manager ability, leadership and suport of nurses</i>	5	0,84
<i>PES-NWI global</i>	31	0,82

Fonte: Lake (2002).

Tabela 6 - Dimensões da escala PES-NWI em Portugal e valores do *alfa de Cronbach*.

Dimensões	Número de Itens	Alfa de Cronbach
<i>D1 - Participação dos enfermeiros na governação do hospital</i>	9	0,78
<i>D2 - Relações colegiais entre médicos e enfermeiros</i>	3	0,82
<i>D3 - Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados</i>	10	0,76
<i>D4 - Adequação dos recursos humanos e de materiais</i>	4	0,79
<i>D5 - Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros</i>	5	0,77
<i>PES-NWI global</i>	31	0,89

Fonte: Amaral et al., (2014).

No que concerne aos resultados obtidos aceitam-se as classificações onde os *ambientes favoráveis* são considerados se o cálculo do valor médio dos itens que compõem a escala ou subescalas for superior a 2,5 (Lake, 2002). Todavia, outra classificação foi igualmente aceite, esta em três níveis: *favoráveis* (se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores médios superiores a 2,5), *desfavoráveis* (se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5) e *mistos* (se duas ou três escalas apresentam valores médios superiores a 2,5) (Lake & Friese, 2006), como se verifica no quadro 7.

Quadro 7 - Classificação do ambiente da prática de enfermagem utilizando o questionário PES-NWI com a escala tipo *likert* de 4 pontos.

<i>Resultados</i>	<i>Tipo de Ambiente</i>
1 ou 0 dimensões >2,5	Ambiente Desfavorável
2 ou 3 dimensões >2,5	Ambiente Misto
4 ou 5 dimensões >2,5	Ambiente Favorável

Fonte: Lake & Friese (2006).

5.3.4.2. Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT

A EIEP-22-PT foi definida como uma escala para identificar a importância de avaliar e compreender as percepções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados (Cossette et al, 2006), para obter melhores resultados de saúde (Lecocq et al., 2021). Com o crescente conhecimento de que o desempenho de enfermagem tem impacto sobre a satisfação do cliente, torna-se necessário analisar e sintetizar o conhecimento sobre a relação entre a interação enfermeiro e o paciente e os resultados para os pacientes (Braga, 2017; Borges, Moreira, Menezes et al, 2019).

A EIEP-22-PT apresenta 22 itens agrupados pelas seguintes dimensões: *cuidados relacionais* (9 itens); *cuidados clínicos* (8 itens) e *cuidados de conforto* (5 itens). Os itens são avaliados acerca da *importância* para os enfermeiros relativa à sua prestação de cuidados por uma escala tipo *likert* de 5 pontos de (“nada importante” a “extremamente importante”). E ainda avaliados acerca da *frequência* nas últimas 2 semanas em que o enfermeiro realizou na prestação de cuidados por uma escala tipo *likert* de 5 pontos de (“quase nunca” a “quase sempre”).

Na tabela 7, apresentam-se os valores do *alfa de Cronbach* da adaptação para a população Portuguesa no contexto hospitalar.

Tabela 7 - Dimensões da escala EIEP-22-PT em Portugal e valores do *alfa de Cronbach*

Dimensão	Número de Itens	Alfa de Cronbach
Cuidados Relacionais	9	0,91
Cuidados Clínicos	8	0,82
Cuidados de Conforto	5	0,74
<i>EIEP-22-PT global</i>	22	0,86

Fonte: Agostinho et al (2021).

A EIEP-22-PT apresentou confiabilidade com valores aceitáveis ($\alpha = 0,86$) para a pontuação total, ou seja, para cada uma das duas questões colocadas (importância e frequência).

5.3.4.3. Escala da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem

A avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem integra diversas dimensões que espelham a globalidade dos cuidados prestados e do contexto em que são desenvolvidos. A EASCCE18 foi desenvolvida por Freitas et al., (2016), resultante de uma nova versão do Suceh₂₁ (Ribeiro, 2005), após a sua avaliação psicométrica efetuada através de uma amostragem por conveniência (n=1290) e os estudos de validação realizados com as técnicas AFC e AFE revelaram uma estrutura com três fatores contrastando com os seis propostos pela autora original (Ribeiro, 2005).

Nesse sentido foi desenvolvido um instrumento capaz de sistematizar a avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em qualquer contexto de cuidados ou área geográfica de Portugal. A sua utilização noutros momentos, noutras populações e noutras unidades de saúde, com validade e fidelidade para o contexto da população portuguesa a fim de comparar os resultados obtidos (Ribeiro, 2005; Freitas et al., 2016).

Estudos anteriores recorreram ao instrumento Suceh₂₁ (Ribeiro, 2005) para avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, e assinalam-se várias investigações nacionais (Ribeiro, 2005; Ferreira, 2011; Macedo, Moreira, & Moreira, 2012; Varandas & Lopes, 2012; Nunes & Gaspar, 2016) em que uma, em unidade de cuidados paliativos (Alves, 2015). Relativamente a estudos internacionais não são conhecidos quaisquer estudos.

Na perspetiva de Umoke, (2020) o interesse desta matéria é um importante indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim a utilização deste instrumento permitindo a obtenção de resultados consistentes, vem no sentido de se afirmar que o conjunto das suas questões, são indicadores válidos para avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem no contexto hospitalar (Freitas et al, 2016).

A EASCCE18 é composta por três fatores e dezoito afirmações, respondidas numa escala tipo *likert* de (1 a 5) com as asserções (nunca a sempre). A segunda parte da escala diz respeito ao grau de satisfação com os cuidados de enfermagem com escala tipo *likert* variando entre (totalmente insatisfeito a totalmente satisfeito) o que permite avaliar as dimensões: *Qualidade dos Cuidados* (QC); *Qualidade da informação* (QI); *Qualidade do Atendimento* (QA). As qualidades métricas da EASCCE18 têm em consideração as características gerais das amostras relativamente às variáveis: género, idade, estado civil, situação profissional, área de residência, habilitações literárias e outras variáveis relacionadas com o internamento hospitalar.

Quadro 8 - Estrutura fatorial da EASCCE18

Designação dos fatores	N.º de questões	Alpha de Cronbach
<i>Fator 1 - Qualidade dos Cuidados</i>	1,2,15,11,19,25,24,20	0,90
<i>Fator 2 - Qualidade da Informação</i>	3,4,5,9	0,82
<i>Fator 3 - Qualidade do Atendimento</i>	8,18,16,17,23,28	0,91
<i>EASCCE18 global</i>	18	0,87

Fonte: Freitas et al., (2016).

Como se verifica no quadro 8, a EASCCE18 demonstra boa confiabilidade ($\alpha = 0,87$), tendo a análise fatorial das questões produzido três fatores, que explicam 71,5% da variância total e engloba as seguintes dimensões: *qualidade dos cuidados*, *qualidade da informação* e *qualidade do atendimento*. A análise da invariância fatorial do modelo revelou índices de ajustamento aceitáveis: $\chi^2(130) = 840,944$; $\chi^2 / gl = 6,469$; $p = 0,000$; GFI = 0,930; PGFI = 0,707; RMSEA = 0,065 (Freitas et al., 2016).

Na dimensão *qualidade dos cuidados* (QC), os itens refletem o modo como os indivíduos percecionam o processo de comunicação contemplando a rentabilização da informação transmitida, a eficácia do processo de cuidados tendo em conta aspetos como a personalização dos cuidados, o respeito pela privacidade, pelas características e necessidades pessoais, a promoção do bem-estar e a prontidão na assistência (Freitas et al., 2016).

Em relação à dimensão *qualidade da informação* (QI), Freitas et al., 2016 referem ainda, que os itens refletem a pertinência e utilidade da informação transmitida ao cliente durante o internamento, com o objetivo de o dotar com competências necessárias para lidar com a sua situação de doença/saúde, durante o internamento e após a alta.

Na dimensão *qualidade do atendimento* (QA) os itens expressam a satisfação/insatisfação do cliente, relativamente a aspetos como a capacidade dos enfermeiros quanto à transmissão de informação de forma compreensível, capacidade de escuta, capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica (Freitas et al., 2016).

5.4. Procedimentos

Relativamente ao estudo 2 fase 1, a estratégia de aplicação dos instrumentos foi negociada com os enfermeiros gestores de cada serviço envolvido. Ficou estipulado que os questionários aplicados aos enfermeiros ficariam dentro de uma caixa identificada e individualizados em

envelope fechado e fornecidos pela investigadora. A deslocação da investigadora para recolha dos instrumentos foi precedida de telefonema prévio. Os enfermeiros dos diferentes serviços mostraram-se acolhedores, questionando, frequentemente, sobre o interesse da investigação e a sua aplicabilidade na prática dos cuidados de enfermagem.

No que se refere aos clientes (estudo 2 fase 2), tal como, como na fase anterior a estratégia de aplicação dos instrumentos foi igualmente negociada com os enfermeiros gestores de cada serviço. Ficou acordado a deslocação da investigadora em 2 dias por semana, nas quatro instituições visadas, a deslocação foi precedida de telefonema prévio no sentido de saber da existência de clientes dentro dos critérios de inclusão.

No serviço, confirmavam-se os critérios de inclusão e, um dos enfermeiros apresentava o cliente à investigadora. A opção de ser a investigadora realizar a abordagem ao cliente, cumpridos os critérios de inclusão e as questões éticas, considerou-se favorável por ser um elemento externo ao serviço de internamento. A abordagem inicial decorreu na sala de visita, assegurando as questões da privacidade e confidencialidade. Foi assegurada que a participação no estudo era voluntária, não existindo qualquer tipo de consequência nos cuidados de saúde quer aceitassem ou não participar. Foram esclarecidas eventuais dúvidas, questionado sobre o interesse em participar o que se verificou de forma positiva em todas as situações. Nesta fase, foi explicado ao cliente o estudo, particularmente as condições de participação, anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, duração e tipo de participação por forma a obter o consentimento livre e esclarecido.

O tempo de resposta ao questionário a dos enfermeiros variou entre 15 a 20 minutos, o dos clientes entre 25 a 30 minutos, a aplicação dos instrumentos decorreria previsivelmente durante cinco meses consecutivos (janeiro a maio de 2020) uma vez que se incluem também clientes. No entanto esta foi interrompida pela a pandemia tendo sido estendida a recolha até ao final do mês de julho de 2020.

5.4.1. Análise Estatística

Na análise dos dados foi utilizada a análise estatística descritiva e inferencial. A utilização métodos de inferência estatística, existe não só a possibilidade de responder a perguntas fundamentais sobre a população em estudo, como também a de validar pressupostos necessários para posterior aplicação de outras técnicas de inferência os quais pressupõem a validade de certas asserções sobre a população (Marôco, 2018).

Para a realização dos testes paramétricos, foram verificados os pressupostos inerentes à normalidade. Em todos os testes estatísticos assumiu-se como regra de decisão a admissão de um erro máximo admissível de 5% ($\alpha = 0.05$). Para a análise dos dados foi utilizado o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), (versão 24).

5.4.2. Procedimentos Formais e Éticos

O investigador tem a responsabilidade de fazer uma avaliação prudente da aceitabilidade ética do seu estudo, antes de iniciar a pesquisa (Almeida, 2017).

De forma a assegurar o cumprimento dos princípios éticos, é fundamental a obtenção de pareceres positivos da comissão de ética da instituição onde o estudo decorre e/ou ao qual é associada. Estas comissões, asseguram que os princípios éticos são cumpridos: pela verificação das estratégias específicas a implementar para minimizar o risco dos participantes; a obtenção de consentimento informado que explicita claramente a participação voluntária e o papel do participante assim como, os benefícios, recompensas, inconvenientes e a possibilidade de desistir de participar na investigação em qualquer uma das suas etapas sem qualquer tipo de prejuízo e ainda, procedimentos de proteção da confidencialidade e anonimato (Heale & Shorten, 2017).

Antes do início do processo de recolha dados, foi obtida a autorização dos autores dos instrumentos a utilizar no presente estudo (Anexo VIII e IX).

A seleção das instituições hospitalares foi efetuada de forma intencional tendo em conta uma relação prévia positiva da investigadora com os locais e localização geográfica. A aplicação do estudo foi igualmente precedida do pedido de autorização aos Conselhos de Administração e Comissões de Ética das Instituições de Saúde onde o estudo decorreu (Anexo X).

Nas diferentes instituições hospitalares a documentação requerida incluiu: síntese do estudo com referência ao título, investigador/orientador, instituições envolvidas, duração, serviço, tipo de projeto, resumo do estudo (questões de investigação, objetivos, procedimentos metodológicos, amostra, critérios de inclusão e exclusão, considerações formais e éticas); curriculum vitae da investigadora e das orientadoras; instrumentos a aplicar; documentos de consentimento informado; termo de responsabilidade da investigadora/orientadora a garantir confidencialidade dos dados obtidos e princípios da Declaração de Helsínquia (WMA, 2013).

Os tempos de resposta, por parte das instituições variaram entre 4 e 6 meses. Uma vez obtida a autorização, efetuamos novo contacto de forma a acordar os detalhes de aplicação dos instrumentos. O acesso aos serviços pode ser efetuado diretamente do exterior, sendo necessária a identificação da investigadora apenas na porta do serviço.

Assume-se que toda a investigação científica, enquanto atividade, impõe uma grande responsabilidade do ponto de vista ético atendendo às suas características, exigindo a procura da verdade, rigor, isenção, persistência e humildade. No âmbito da Enfermagem, aplicam-se os mesmos princípios éticos, no entanto, têm particularidades inerentes à própria disciplina. Os princípios éticos em investigação em enfermagem são, de certa forma uma extensão natural dos princípios éticos da prática profissional de enfermagem (Heale & Shorten, 2007).

Em Enfermagem, os princípios éticos gerais são aplicáveis, contudo, são ampliados dado que, atendendo ao seu “posicionamento como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2020). Neste sentido, as questões éticas devem ser salvaguardadas em todas as etapas do processo de investigação existindo a preocupação, que acompanha integralmente o estudo, com a qualidade ética e respeito pelos princípios em todos os procedimentos.

Os princípios éticos básicos, consensualmente aceites e, que guiaram esta investigação foram: a beneficência; a não maleficência; a fidelidade; a justiça; a veracidade e a confidencialidade (ICN, 2012).

Assegurou-se anonimato aos participantes e foi-lhes garantido que os dados colhidos se manterão confidenciais e serão armazenados em pasta codificada no computador com acesso exclusivo do investigador, não sendo possível o reconhecimento de quaisquer participantes (enfermeiros e clientes), nem mesmo pelo investigador. Os dados serão destruídos até 5 anos após a conclusão da presente investigação.

O código deontológico dos enfermeiros, publicado como anexo ao estatuto da OE na Lei n.º 56/2015 de 16 de setembro, refere no artigo 106º - Do dever de sigilo, que o enfermeiro assume o dever de manter o anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for utilizado entre outros em situações de investigação. O mesmo documento assume ainda princípios como a defesa da liberdade e da dignidade humana, os deveres de informação, os deveres de respeito da intimidade e os direitos de salvaguardar os direitos de populações vulneráveis como as crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência. De igual modo, o REPE, salienta a investigação

enquanto uma área de intervenção de enfermagem (artigo 9º) assumindo que é, simultaneamente um dever e um direito, do enfermeiro participar em investigação.

Atende-se ainda à Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, diploma que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

PARTE III - RESULTADOS ESTUDO 2 FASES 1 E 2

CAPÍTULO 6 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS ESTUDO 2

Este capítulo consiste na apresentação dos resultados obtidos da presente investigação decorrentes da aplicação dos questionários PES-NWI e a EIIP22-PT dirigidos aos enfermeiros e a EASCCE18 aplicados aos clientes. Este capítulo referente aos resultados do estudo 2 está organizado pelas fases 1 e 2 já anteriormente explicitadas. Segue a lógica da estatística descritiva e inferencial na resposta à pergunta e objetivos de investigação.

6.1. Análise Descritiva do Estudo 2 - Fase 1

Neste subcapítulo, apresentou-se os resultados da análise descritiva, com a caracterização dos participantes no estudo 2 fase 1 e a fim de responder aos objetivos onde se avaliou o *ambiente da prática de enfermagem* (PES-NWI) em contexto hospitalar, bem como a perceção dos enfermeiros no que respeita a *frequência e importância das interações enfermeiro - paciente* (EIIP22-PT). Analisou-se ainda, na perspetiva do enfermeiro, a relação existente entre as variáveis do ambiente da prática de enfermagem com as interações enfermeiro-paciente.

6.1.1. Participantes - Enfermeiros

Analisou-se em primeiro lugar as características sociodemográficas dos enfermeiros e a amostra recolhida nos quatro hospitais foi de 248 enfermeiros, cuja caracterização se encontra nas tabelas abaixo apresentadas.

Tabela 8 - Distribuição da amostra por instituição, segundo o sexo.

	Enfermeiros					
	Masculino		Feminino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
H1_P	14	5,6	77	31,1	91	36,7
H2_E	22	8,9	35	14,1	57	23
H3_G	33	13,3	35	20,2	83	33,5
H4_S	8	3,2	9	3,6	17	6,9
Totais	77	31%	171	69,0	248	100

Como apresentado na tabela 8, da amostra verifica-se que 69,0% dos participantes que responderam ao questionário são do género feminino. A amostra é formada maioritariamente por mulheres em todos os hospitais de presente estudo, representadas por 31,1% no h1_P, enquanto os homens correspondem a 5,6%. Relativamente ao Hospital4_S, apresenta 6,8% (n = 17) dos enfermeiros, constituída por 3,2% (n = 8).

Através da tabela 9, é possível observar a representatividade de cada escalão etário, na amostra do estudo.

Tabela 9 - Distribuição de cada escalão etário dos enfermeiros dos quatro hospitais.

		Enfermeiros				
		<i>escalão etário</i>				
		[20-29]	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[60-69]
H1_P		23	25	20	22	1
H2_E		20	14	5	16	2
H3_G		32	14	16	21	0
H4_S		8	3	2	3	1
Totais		83 (36,7%)	56 (23%)	43 (36,7%)	62 (6,9%)	4 (0,2%)

Relativamente ao escalão etário nos quatro hospitais verifica-se que a maioria compreende entre os 20 anos e os 29 anos de idade com um total de 83 enfermeiros (33,4%), entre 30-39 anos representa 22,5% (n = 56) e entre 50-59 anos com 25,0%. Por outro lado, os escalões etários que estão em menor percentagem são o de 40-49 anos com um total de 43 enfermeiros (17,3%) e 60-69 anos com 10,7%.

A amostra é maioritariamente jovem/adulta. A idade mínima é de 26 anos e a máxima de 63 anos. O hosp3_G e o hosp1_P apresentam 36,7% da amostra e que 32 (38,0%) e 23 (28%) dos enfermeiros respetivamente é a maioria compreende entre os 20 anos e os 29 anos de idade.

Na tabela 10, pode observar-se que a média de idades dos 248 enfermeiros inquiridos é inferior a 40 anos (DP = 11,38), varia entre 37 anos e 39 anos nos quatro hospitais.

Tabela 10 - Média de idades e desvio padrão da amostra segundo a idade.

	Idades	
	\bar{x}	DP
H1_P	39,8	10,7
H2_E	39,0	12,2
H3_G	38,8	11,4
H4_S	37,1	11,7
Global	39,17	11,38

Evidenciamos na tabela 11, a análise descritiva da amostra dos enfermeiros, apresentando para as variáveis sociodemográficas a frequência (n), a percentagem (%) e totais.

Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros por hospital, segundo as variáveis sociodemográficas (n = 248)

		<i>H1_P</i>		<i>H2_E</i>		<i>H3_G</i>		<i>H4_S</i>		<i>Totais</i>
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Habilitações Acadêmicas	<i>Licenciatura</i>	39	15,7	27	10,9	40	16,1	10	4,0	116
	<i>Mestrado</i>	9	3,6	5	2,0	13	5,2	3	1,2	30
	<i>Especialização</i>	24	9,7	15	6,0	19	7,7	2	0,8	60
	<i>Pós-Graduação</i>	19	7,7	10	4,0	11	4,4	2	0,8	42
Categoria Profissional	<i>Enfermeiro</i>	62	25	42	16,9	58	23,3	12	4,8	174
	<i>Enfermeiro especialista</i>	25	10,0	13	5,2	21	8,4	4	1,6	63
	<i>Enfermeiro Gestor</i>	4	1,6	2	0,4	4	1,6	1	0,4	11
Atividade Profissional	<i>[0-9]</i>	41	16,5	29	11,6	37	14,9	10	4,0	117
	<i>[10-19]</i>	37	14,9	9	3,6	12	4,8	1	0,4	59
	<i>[20-29]</i>	12	4,8	12	4,8	22	8,8	4	1,6	50
	<i>[30-35]</i>	1	0,4	7	2,8	12	4,8	2	0,4	22
Atividade Profissional na atual Organização	<i>[0-9]</i>	45	18,1	29	11,6	37	14,9	10	4,0	121
	<i>[10-19]</i>	36	14,5	11	4,4	18	7,8	2	0,8	67
	<i>[20-29]</i>	9	3,6	13	5,2	18	7,8	3	1,2	43
	<i>[30-35]</i>	1	0,4	4	1,6	10	4,0	2	0,8	17
Tipo Vínculo	<i>CTFP</i>	59	23,7	35	14,1	50	20,1	11	4,4	155
	<i>CIT</i>	32	12,9	22	8,8	33	13,3	6	2,4	93
Serviço Atual	<i>Ortopedia</i>	14	5,6	13	5,2	15	6,0	0	0	42
	<i>Medicina</i>	32	12,9	32	12,9	31	12,5	17	6,8	112
	<i>Cirurgia</i>	26	10,4	12	4,8	26	10,4	0	0	64
	<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	19	7,6	0	0	11	4,4	0	0	30
Total Hospitais		91	34,6	57	21,7	83	31,6	17	6,5	248

Em relação às habilitações acadêmicas a predominância é a licenciatura com 46,7% (n = 116) seguido da especialização com 24,1% (n = 60). A percentagem dos enfermeiros com mestrados é reduzida com 12,9% (n = 30).

Na categoria profissional observou-se dos que detém o título de enfermeiro especialista é de 25,4% e a amostra é maioritária na categoria de enfermeiro com 174 enfermeiros no total (86,3%). Em relação ao tipo de vínculo a predominância é o CTFP com 62,5% (n = 155).

Quanto ao tempo de atividade profissional destaca-se que a maioria exerce a profissão há menos de 9 anos (47,1%) no total. No âmbito do tempo de atividade na instituição confirmou-se uma distribuição com destaque para o período de 0 a 9 anos (n = 121; 48,7%) e 10 a 19 anos (n = 67; 27,0%). No serviço atual foi o serviço de medicina com a maior prevalência.

Em síntese, a amostra dos enfermeiros é majoritariamente (69,0%) mulheres, com idades compreendidas entre os 20-29 anos, tempo de atividade na instituição e exerce a profissão há menos de 9 anos (47,1%) e 25,8% no serviço de medicina com vínculo a CTFP (62,5%).

6.1.2. Avaliação do Ambiente da Prática de Enfermagem em Contexto Hospitalar

De seguida, verificou-se os resultados relativamente ao *ambiente da prática de enfermagem* em contexto hospitalar, utilizando o instrumento *Practice Environment Scale - Nursing Work Index* (PES-NWI), composto por 31 itens, agrupados em cinco dimensões (Tabela 12).

Tabela 12 - Análise descritiva da PES-NWI por item (valores médios) (n =248)

<i>Dimensões</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>DP</i>
D1-Participação dos enfermeiros na governação do hospital				
Item 5 - Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira	1,00	4,00	2,08	0,77
Item 6 - Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna	1,00	3,00	1,70	0,73
Item 11 - O diretor de enfermagem está presente e é acessível	1,00	4,00	2,50	0,67
Item 15 - A direção de enfermagem tem poder, autoridade semelhantes a outros executivos.	1,00	4,00	2,25	0,70
Item 17 - São proporcionadas oportunidades de promoção	1,00	4,00	2,01	0,65
Item 21 - A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários	1,00	4,00	2,07	0,66
Item 23 - Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex: comissões)	1,00	4,00	2,12	0,91
Item 27 - Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem	1,00	4,00	2,74	0,74
Item 28 - Supervisores de enfermagem consultam equipa sobre os problemas e procedimentos diários	1,00	4,00	1,94	0,61
D2-Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados				
Item 4 - Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros	1,00	4,00	2,51	0,60
Item 14 - A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	1,00	4,00	2,73	0,70
Item 18 - Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes	1,00	4,00	2,49	0,83
Item 19 - Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico	1,00	4,00	3,18	0,63
Item 22 - Existe um programa ativo de garantia de qualidade	1,00	4,00	2,08	0,75
Item 25 - Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados	1,00	4,00	2,08	0,75
Item 26 - Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico	1,00	4,00	2,69	0,72
Item 29 - Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes	1,00	4,00	2,90	0,75
Item 30 - Atribuição cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, o mesmo enf. pode cuidar do mesmo doente de um dia p outro	1,00	4,00	3,00	0,82

Item 31 - Utilizam-se diagnósticos de enfermagem	2,00	4,00	3,13	0,61
D3 - Adequação de recursos humanos e materiais				
Item 1 - Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes	1,00	3,00	2,12	0,70
Item 8 - Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros	1,00	4,00	2,35	0,72
Item 9 - Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes	1,00	3,00	1,88	0,74
Item 12 - Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas	1,00	3,00	1,82	0,59
D4 - Relação entre médicos e enfermeiros				
Item 2 - Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho	2,00	4,00	2,81	0,59
Item 16 - Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos	1,00	4,00	2,36	0,66
Item 24 - Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	1,00	4,00	2,49	0,79
D5 - Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros				
Item 3 - Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros	1,00	4,00	2,20	0,56
Item 7 - Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica	1,00	3,00	2,08	0,58
Item 10 - Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder	1,00	4,00	3,03	0,71
Item 13 - Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa	1,00	4,00	2,32	0,67
Item 20 - O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico	1,00	4,00	3,11	0,58

Como resultado mais favorável da PES-NWI, foi o *item 19* - trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico com uma média de 3,18 (DP = 0,63) da dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*.

O *item 6* - existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna (\bar{x} = 1,70; DP = 0,73) obteve a média global menos favorável na dimensão *participação dos enfermeiros na governação do hospital*, como se verifica na tabela 12.

A confiabilidade da escala PES-NWI foi avaliada através do cálculo do coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach*, e variou entre um valor mínimo de 0,72 (aceitável), na dimensão *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros*, a um valor máximo de 0,81 (bom) na dimensão *relação entre médicos e enfermeiros*. Para a escala global, apresenta uma muito boa consistência interna para o presente estudo, constatando-se um *alfa de Cronbach* de 0,83, conforme tabela 13.

Tabela 13 - Análise descritiva da PES-NWI por dimensões em contexto hospitalar.

	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>DP</i>	α
D1 - Participação dos enfermeiros na governação do Hospital	1,11	3,11	2,16	0,45	0,80
D2 - Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	1,80	3,60	2,72	0,42	0,78
D3 - Adequação de recursos humanos e materiais	1,00	3,00	2,04	0,56	0,78
D4 - Relação entre médicos e enfermeiros	1,33	4,00	2,55	0,57	0,81
D5 - Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	1,00	3,60	2,55	0,43	0,72
<i>PES-NWI</i>	<i>1,61</i>	<i>3,23</i>	<i>2,42</i>	<i>0,37</i>	<i>0,83</i>

A dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*, foi classificada como a mais favorável, obteve uma média de 2,72 (DP = 0,42) seguida das dimensões *relação entre médicos e enfermeiros* e *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* com médias de 2,55, conforme demonstrado na Tabela 13.

A dimensão *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\bar{x} = 2,16$; DP = 0,45) e a dimensão *adequação de recursos humanos e materiais* ($\bar{x} = 2,04$; DP = 0,56) foram consideradas as mais desfavoráveis pelos enfermeiros.

6.1.3. Avaliação das Interações Enfermeiro-Paciente

Relativamente aos resultados da *Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT* (Agostinho et al, 2021), composto por 22 itens, agrupados em três dimensões Em seguida são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 14 - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência e importância - valores médios) (n =248)

Dimensões_Frequência_Importância	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>DP</i>
D1 - Cuidados Clínicos				
Item 1 - Saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc)	3,00	5,00	4,66	0,37
Item 2 - Saber utilizar o equipamento especializado (ex. Bombas, monitores, etc)	3,00	5,00	4,51	0,44
Item 3 - Verificar se a medicação alivia os sintomas para o qual foi prescrita (ex. náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc)	2,50	5,00	4,63	0,43
Item 4 - Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	2,50	5,00	4,20	0,60
Item 6 - Prestar cuidados quando o paciente não é capaz por si próprio	3,00	5,00	4,19	0,53
Item 7 - Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	2,50	5,00	4,38	0,51

Item 8 - Acompanhar de perto o estado de saúde	3,00	5,00	4,18	0,53
D2 - Cuidados Relacionais				
Item 9 - Dar espaço para o autocuidado	3,00	5,00	4,16	0,45
Item 10 - Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	3,00	5,00	4,06	0,47
Item 11 - Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	3,00	5,00	4,03	0,50
Item 12 - Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	3,00	5,00	3,86	0,56
Item 13 - Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	3,00	5,00	3,97	0,59
Item 14 - Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	3,00	5,00	4,03	0,52
Item 15 - Ajudar a ver as coisas de forma diferente	2,50	5,00	3,90	0,53
Item 16 - Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos de saúde	3,00	5,00	4,11	0,55
Item 17 - Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	3,00	5,00	4,31	0,52
Item 19 - Reconhecer os seus esforços	2,00	5,00	4,24	0,58
D3 - Cuidados de Conforto				
Item 5 - Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	3,00	5,00	4,48	0,41
Item 18 - Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	3,00	5,00	4,62	0,30
Item 21 - Respeitar a sua privacidade (ex. não destapar desnecessariamente)	3,00	5,00	4,57	0,48
Item 22 - Ter em conta as suas necessidades básicas (ex. sono, eliminação, higiene, etc)	3,00	5,00	4,64	0,42
Item 23 - Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	3,50	5,00	4,64	0,41

Tal como já referido a autora preconiza o cálculo da média entre as duas dimensões (importância e frequência), numa análise geral verifica-se que os itens variam entre 2,50 e 5 já resultantes desse cálculo. Em anexo apresentam - se as variáveis originais (Anexo XI).

O *item 1* - saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc) obteve a média mais elevada ($\bar{x} = 4,66$; DP = 0,37) na dimensão *cuidados de conforto* (frequência e importância). No que se refere ao item com menor pontuação verifica-se que o *item 12* - ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas apresentou a média mais baixa ($\bar{x} = 3,86$; DP = 0,56) na dimensão *cuidados relacionais*, como se verifica na tabela 14.

Tabela 15 - Análise descritiva da EIEP-22-PT por dimensões (frequência e importância) em contexto hospitalar

	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>DP</i>	α <i>importância</i>	α <i>frequência</i>	α <i>global</i>
D1- Cuidados Clínicos	2,50	5,00	4,17	0,51	0,776	0,817	0,910
D2 - Cuidados Relacionais	2,00	5,00	3,75	0,64	0,911	0,931	0,827
D3 - Cuidados de Conforto	3,00	5,00	4,33	0,46	0,761	0,706	0,745
<i>EIEP-22-PT</i>	3,00	5,00	4,29	0,33	0,493	0,669	0,864

Pela análise da tabela 15, a dimensão - *cuidados de conforto* teve a média mais elevada, com a *importância* ($\bar{x} = 4,85$; $DP = 1,36$) da EIEP-22-PT. A dimensão - *cuidados relacionais* ($\bar{x} = 3,75$; $DP = 0,64$) obteve a média mais baixa.

A confiabilidade da escala EIEP-22-PT foi avaliada através do cálculo do coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach*, apresentou confiabilidade com valores aceitáveis ($\alpha = 0,864$) para a pontuação total, ou seja, para cada uma das duas questões colocadas (importância e frequência). Os valores de *alfa de Cronbach* para as três componentes variou entre as três dimensões: *cuidados relacionais* ($\alpha = 0,910$); *cuidados clínicos* ($\alpha = 0,827$); *cuidados de conforto* ($\alpha = 0,745$); todos os resultados são considerados bons (Almeida, 2017), como se apresenta na tabela 15.

6.1.4. Relação das Variáveis do Ambiente da Prática do Ambiente com as Interações Enfermeiro-Paciente

Em conformidade com o objetivo geral e específicos delineados para esta fase utilizou-se a análise da regressão linear simples das dimensões da variável independente ***ambiente da prática de enfermagem*** (PES-NWI) (*participação dos enfermeiros na governação do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros; adequação dos recursos humanos e de materiais; relações colegiais entre médicos e enfermeiros*) e as dimensões da variável dependente ***interações enfermeiro-paciente*** (EIEP-22-PT) *cuidados relacionais, cuidados clínicos e cuidados de conforto*.

No modelo de regressão linear efetuado, observa-se que o modelo é estatisticamente significativo ($F = 2,67$; $p = 0,022$), refere-se ainda o valor do R^2 de 0,052. Salienta-se que a variável dependente ***cuidados relacionais*** é explicada pela *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\beta = 0,237$; $p = 0,021$); pela *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,204$; $p = 0,028$), e ainda *adequação dos recursos humanos e de materiais* ($\beta = 0,161$; $p = 0,048$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos (Tabela 16).

Tabela 16 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - **cuidados relacionais** - modelo de regressão linear (n=248)

Coeficientes da variável dependente (critério) - EIEP-22-PT_ Cuidados Relacionais					
Variável independente (preditores) - PES-NWI	β	p	F	R ² Ajustado	R ²
		0,022*	2,679	0,033	0,052
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,237	0,021*			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	-0,173	0,092			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,204	0,028*			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	0,161	0,048*			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,020	0,807			

$p < 0,05$ * - diferença estatística significativa

Da regressão linear efetuada, observa-se que o modelo é estatisticamente significativo ($F = 4,35$; $p = 0,001$), com valor do R^2 de 0,082. De salientar que a variável **cuidados clínicos** é explicada pelas dimensões: *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* ($\beta = 0,219$; $p = 0,031$); *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,355$; $p = 0,000$); adequação dos recursos humanos ($\beta = 0,260$; $p = 0,001$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos (Tabela 17).

Tabela 17 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - **cuidados clínicos** - modelo de regressão linear (n=248)

Coeficientes da variável dependente (critério) - EIEP-22-PT_ Cuidados Clínicos					
Variável independente (preditores) - PES-NWI	β	p	F	R ² Ajustado	R ²
		0,001**	4,35	0,064	0,082
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,125	0,214			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	0,219	0,031*			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,355	0,000***			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	0,260	0,001**			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,099	0,218			

$p < 0,05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0,01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa

No modelo de regressão linear efetuado, observa-se que o modelo é estatisticamente significativo ($F = 3,51$; $p = 0,004$), refere-se ainda o valor do R^2 de 0,068. De referir que a variável dependente *cuidados de conforto* é explicada pela dimensão *relações colegiais entre médicos e enfermeiros* ($\beta = 0,247$; $p = 0,002$) com valor positivo e estatisticamente significativo, como se verifica na tabela 18.

Tabela 18- Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - **cuidados de conforto** - modelo de regressão linear (n=248)

Coefficientes da variável dependente (critério) - EIEP-22-PT _Cuidados de Conforto					
Variável independente (preditores) - PES-NWI	β	p	F	R² Ajustado	R²
		0,004**	3,513	0,048	0,068
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	-0,101	0,320			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	0,082	0,423			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,153	0,095			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	-0,014	0,858			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,247	0,002**			

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

6.2. Análise Descritiva do Estudo 2 - Fase 2

Neste subcapítulo, apresentam-se os resultados da análise descritiva, com a caracterização dos participantes (clientes e enfermeiros) no estudo 2 fase 2 e a fim de responder aos objetivos onde se avaliou a relação do *ambiente da prática de enfermagem* e das *interações enfermeiro-paciente* com a *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem* em contexto hospitalar (EASCCE18) na perceção dos clientes; e se analisou a relação existente entre as variáveis do *ambiente da prática de enfermagem*, das *interações enfermeiro-paciente* com a *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar*.

6.2.1. Participantes

Clientes

Relativamente aos clientes a amostra recolhida nos quatro hospitais foi de n=169, cuja caracterização das variáveis sociodemográficas se encontra nas tabelas abaixo apresentadas.

No total dos 169 clientes que constituem a amostra deste estudo, cerca de 63,9% (n = 108) são do sexo feminino e cerca de 36,9% (n = 61) são do sexo masculino, verificando-se um forte predomínio do género feminino, tal como se pode constatar na tabela 19, que se segue.

Tabela 19 - Distribuição da amostra (n=169) por instituição, segundo o sexo dos clientes.

	<i>Clientes</i>					
	Masculino		Feminino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
<i>H1_P</i>	18	10,6	36	21,3	54	31,9
<i>H2_E</i>	28	16,5	21	12,4	49	28,9
<i>H3_G</i>	10	5,9	44	26	54	31,9
<i>H4_S</i>	5	2,9	7	4,1	12	7,1
Totais	61	36,9%	108	63,9	169	100

No que concerne à idade, verificou - se o indivíduo mais novo com 21 anos e o mais velho 91 anos. Através tabela 20 que se apresenta de seguida é possível observar a representatividade de cada escalão etário, dos clientes.

Tabela 20 - Distribuição de cada escalão etário dos clientes dos quatro hospitais.

	<i>Clientes</i>						
	escalão etário						
	[20-29]	[30-39]	[40-49]	[50-59]	[60-69]	[70-79]	[80-91]
<i>H1_P</i>	11	10	4	3	5	12	9
<i>H2_E</i>	5	5	8	9	11	7	4
<i>H3_G</i>	14	14	6	5	6	6	3
<i>H4_S</i>	2	0	0	1	1	3	5
Totais	32 (19,0%)	29 (17,1%)	18 (11,0%)	18 (11,0%)	23 (13,6%)	28 (17,0%)	21 (12,0%)

Relativamente aos quatro hospitais, como se verifica na tabela 20, os escalões mais representados correspondem entre os 20 e 29 anos (19,0%), entre 30 e 39 anos (17,0%) e entre 70 e 79 anos (16,0%). Por outro lado, os escalões etários que estão em menor percentagem são o de 40-49 anos e 50-59 (11,0%) e 80-91 anos (12,0%).

Na Tabela 21 pode observar-se que a média de idades dos clientes dos quatro hospitais varia entre 21 anos e 91 anos, obteve uma média de idade de 2.93 (DP = 2,30).

Tabela 21 - Média de idades e desvio padrão da amostra segundo a idade.

	<i>Idades</i>	
	\bar{x}	<i>DP</i>
<i>H1_P</i>	3,14	2,75
<i>H2_E</i>	3,48	2,76
<i>H3_G</i>	2,12	0,99
<i>H4_S</i>	3,33	1,23
Total	2,93	2,30

A seguir, evidenciamos na tabela 22, a análise descritiva da amostra dos clientes, apresentando para as variáveis sociodemográficas a frequência (n), a percentagem (%) e os valores totais.

Tabela 22 - Distribuição da amostra por hospital, segundo as habilitações literárias, estado civil, situação laboral e necessidade de cuidados de enfermagem após alta

		<i>H1_P</i>		<i>H2_E</i>		<i>H3_G</i>		<i>H4_S</i>		<i>Totais</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Habilitações Académicas	<i>sem habilitações</i>		5	2,9	4	2,3	0	0	3	1,7	12
	<i>4ª classe</i>		12	7,1	15	8,8	9	5,3	3	1,7	39
	<i>9º ano</i>		7	4,1	10	5,9	7	4,1	2	1,1	26
	<i>12º ano</i>		21	12,4	16	9,4	16	9,4	4	2,3	57
	<i>licenciatura</i>		9	5,3	4	2,3	22	13,1	0	0	35
Estado civil	<i>solteiro</i>		12	7,1	9	5,3	17	10,0	2	1,1	40
	<i>casado</i>		31	18,3	33	19,5	32	18,9	5	2,9	101
	<i>divorciado</i>		2	1,1	4	2,3	1	0,5	0	0	7
	<i>viúvo</i>		9	5,3	3	1,7	4	2,3	5	2,9	21
Situação laboral	<i>reformado</i>		22	13,1	13	7,6	9	5,3	9	5,3	53
	<i>doméstica</i>		2	1,1	0	0	1	0,5	0	0	3
	<i>desempregado</i>		5	2,9	6	3,5	10	5,9	0	0	21
	<i>estudante</i>		3	1,7	1	0,5	1	0,5	2	1,1	7
	<i>Na área da saúde</i>		0	0	2	1,1	0	0	0	0	2
	<i>outras</i>		22	13,1	27	15,9	33	19,5	1	0,5	83
Necessidade cuidados de enfermagem após alta	<i>sim</i>	<i>tratamentos injetáveis</i>	11	6,5	12	7,1	6	3,5	0	0	29
		<i>visita domiciliar</i>	6	3,5	1	0,5	6	3,5	3	1,7	16
			7	4,1	4	2,3	2	1,1	3	1,7	16
	<i>não</i>		30	17,7	32	18,9	40	23,6	6	3,5	108
Total Hospitais			54	20,5	49	18,6	54	20,5	12	4,6	169

Quanto à escolaridade, 12 (7,1 %) dos clientes não detém de habilitações académicas, 12 (7,1%) possuem a 4ª classe e apenas 9 (5,3%) têm habilitação superior. Este resultado aponta para que cerca de 33% tem habilitação inferior à escolaridade obrigatória (idosos e pouco escolarizados)

Relativamente à situação laboral, 53 (31,4%) clientes são reformados, 21 (12,4%) estão desempregados, 7 (4,1%) são estudantes e 83 (49,1%) clientes são de outras profissões e apenas 2 (1,2%) trabalham na área da saúde.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos clientes 101 (59,8%) são casados ou em união de facto, 21 (12,4%) viúvos, 40 (23,7%) são solteiros e 6 (3,6%) são divorciados.

Quanto à necessidade de cuidados de enfermagem após alta, 61 (36,1%) dos clientes com necessidade de cuidados de enfermagem após alta o que indica a carga de doença dos clientes e a necessidade de acompanhamento na comunidade.

Enfermeiros

Relativamente aos enfermeiros estes resultaram de uma sub-amostra do estudo anterior aleatorizada, mas com emparelhamento por serviço num total de 169 participantes, sendo estes maioritariamente (61,5%) mulheres, com uma idade média de 39 anos variando entre 26 e 63 anos. Em relação habilitações académicas a predominância é a licenciatura com 47,9% (n = 81). A percentagem dos enfermeiros com mestrados é reduzida com 11,8% (n = 20).

Na categoria profissional observou-se dos que detém o título de enfermeiro especialista é de 27,8%, enfermeiro gestor 4,1% e a amostra maioritária foi na categoria de enfermeiro com 115 no total (68%). Em relação ao tipo de vínculo a predominância é o CTFP com 59,2% (n = 100).

Quanto ao tempo de atividade profissional destaca-se que em média exercem a profissão há 13,17 anos. Quanto ao serviço atual exercem em média há 4 anos variando entre um mínimo de 2 e um máximo de 10 anos, já na organização têm uma média de 12 anos variando entre 1 e 38 anos.

Avaliação do Ambiente da Prática de Enfermagem

De seguida, verificou-se os resultados relativamente ao *ambiente da prática de enfermagem* em contexto hospitalar, utilizando o instrumento *Practice Environment Scale - Nursing Work Index* (PES-NWI), composto por 31 itens, agrupados em cinco dimensões (Tabela 23).

Tabela 23 - Análise descritiva da PES-NWI por item (valores médios) (n=169)

<i>Dimensões</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>DP</i>
D1-Participação dos enfermeiros na governação do hospital				
Item 5 - Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira	1,00	4,00	2,08	0,77
Item 6 - Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna	1,00	3,00	1,70	0,73
Item 11 - O diretor de enfermagem está presente e é acessível	1,00	4,00	2,50	0,67
Item 15 - A direção de enf. tem poder, autoridade semelhantes a outros executivos.	1,00	4,00	2,25	0,70
Item 17 - São proporcionadas oportunidades de promoção	1,00	4,00	2,01	0,65
Item 21 - A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários	1,00	4,00	2,07	0,66
Item 23 - Os enf. estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex: comissões)	1,00	4,00	2,12	0,91
Item 27 - Os enf. têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem	1,00	4,00	2,74	0,74
Item 28 - Supervisores de enf. consultam equipa sobre os problemas e procedimentos diários	1,00	4,00	1,94	0,61

D2-Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados				
Item 4 - Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros	1,00	4,00	2,51	0,60
Item 14 - A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	1,00	4,00	2,73	0,70
Item 18 - Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes	1,00	4,00	2,49	0,83
Item 19 - Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico	1,00	4,00	3,18	0,63
Item 22 - Existe um programa ativo de garantia de qualidade	1,00	4,00	2,08	0,75
Item 25 - Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados	1,00	4,00	2,08	0,75
Item 26 - Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico	1,00	4,00	2,69	0,72
Item 29 - Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes	1,00	4,00	2,90	0,75
Item 30 - Atribuição cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, o mesmo enf. pode cuidar do mesmo doente de um dia p outro	1,00	4,00	3,00	0,82
Item 31 - Utilizam-se diagnósticos de enfermagem	2,00	4,00	3,13	0,61
D3 - Adequação de recursos humanos e materiais				
Item 1 - Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes	1,00	3,00	2,12	0,70
Item 8 - Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros	1,00	4,00	2,35	0,72
Item 9 - Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes	1,00	3,00	1,88	0,74
Item 12 - Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas	1,00	3,00	1,82	0,59
D4 - Relação entre médicos e enfermeiros				
Item 2 - Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho	2,00	4,00	2,81	0,59
Item 16 - Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos	1,00	4,00	2,36	0,66
Item 24 - Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	1,00	4,00	2,49	0,79
D5 - Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros				
Item 3 - Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros	1,00	4,00	2,20	0,56
Item 7 - Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica	1,00	3,00	2,08	0,58
Item 10 - Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder	1,00	4,00	3,03	0,71
Item 13 - Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa	1,00	4,00	2,32	0,67
Item 20 - O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico	1,00	4,00	3,11	0,58

No geral verifica-se que as respostas se distribuem entre 1 e 4 percorrendo na totalidade a ancoragem da escala. Como resultado mais favorável do PES-NWI, foi o *item 19* - trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico com uma média de 3,18 (DP = 0,63) da dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*.

O item 6 - existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna (\bar{x} = 1,70; DP = 0,73) obteve a média global menos favorável na dimensão *participação dos enfermeiros na governação do hospital*, como se verifica na tabela 23.

Avaliação das Interações Enfermeiro - Paciente

Relativamente aos resultados da *Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT* (Agostinho et al, 2021), composto por 22 itens, agrupados em três dimensões, são apresentados na tabela abaixo.

Tabela 24 - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência e importância - valores médios) (n=169)

Dimensões_Frequência_Importância	Min.	Máx	\bar{x}	DP
D1 - Cuidados Clínicos				
Item 1 - Saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc)	3,50	5,00	4,68	0,36
Item 2 - Saber utilizar o equipamento especializado (ex. Bombas, monitores, etc)	3,00	5,00	4,55	0,42
Item 3 - Verificar se a medicação alivia os sintomas para o qual foi prescrita (ex. náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc)	3,00	5,00	4,65	0,43
Item 4 - Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	2,50	5,00	4,23	0,59
Item 6 - Prestar cuidados quando o paciente não é capaz por si próprio	3,00	5,00	4,21	0,53
Item 7 - Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	2,50	5,00	4,37	0,52
Item 8 - Acompanhar de perto o estado de saúde	3,00	5,00	4,20	0,54
D2 - Cuidados Relacionais				
Item 9 - Dar espaço para o autocuidado	3,00	5,00	4,17	0,46
Item 10 - Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	3,00	5,00	4,06	0,49
Item 11 - Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	3,00	5,00	4,04	0,53
Item 12 - Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	3,00	5,00	3,90	0,57
Item 13 - Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	3,00	5,00	4,00	0,60
Item 14 - Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	3,00	5,00	4,04	0,54
Item 15 - Ajudar a ver as coisas de forma diferente	3,00	5,00	3,95	0,51
Item 16 - Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos de saúde	3,00	5,00	4,14	0,54
Item 17 - Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	3,00	5,00	4,35	0,51
Item 19 - Reconhecer os seus esforços	3,00	5,00	4,23	0,55
D3 - Cuidados de Conforto				
Item 5 - Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	3,50	5,00	4,48	0,40
Item 18 - Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	3,00	5,00	4,22	0,55

Item 21 - Respeitar a sua privacidade (ex. não destapar desnecessariamente)	3,00	5,00	4,57	0,48
Item 22 - Ter em conta as suas necessidades básicas (ex. sono, eliminação, higiene, etc)	3,50	5,00	4,66	0,40
Item 23 - Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	3,50	5,00	4,64	0,39

Numa análise geral verifica-se que os itens variam entre 2,50 e 5 já resultantes do cálculo médio da importância e frequência. Em anexo apresentam - se as variáveis originais (anexo XII).

Tal como na fase anterior o *item 1* - saber executar os procedimentos (ex. injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc.) ($\bar{x} = 4,68$; DP = 0,36) na dimensão *cuidados clínicos* obteve a média mais elevada, e comparativamente ao *item 12* - ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas na dimensão *cuidados de conforto* que obteve a média mais baixa ($\bar{x} = 3,90$; DP = 0,57).

Relação das Variáveis do Ambiente da Prática de Enfermagem com as Interações Enfermeiro - Paciente (n=169)

A relação estatística desta sub-amostra de enfermeiros apresenta resultados muito similares ao do estudo anterior, no entanto entendeu-se para responder aos objetivos manter a análise de regressão e as respetivas tabelas. Os resultados desta análise relativos às dimensões da variável independente ***ambiente da prática de enfermagem*** (PES-NWI) (*participação dos enfermeiros na governação do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros; adequação dos recursos humanos e de materiais; relações colegiais entre médicos e enfermeiros*) e as dimensões da variável dependente ***interações enfermeiro-paciente*** (EIEP-22-PT) *cuidados relacionais, cuidados clínicos e cuidados de conforto*.

Como se verifica na tabela 25, o modelo de regressão linear efetuado, observa-se que o modelo é positivo e estatisticamente significativo ($F = 3,28$; $p = 0,007$), refere-se ainda o valor do R^2 de 0,092. Salienta-se que a variável dependente ***cuidados relacionais*** é explicada pela *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\beta = 0,241$; $p = 0,050$); pela *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,219$; $p = 0,044$), e ainda *adequação dos recursos humanos e de materiais* ($\beta = 0,267$; $p = 0,005$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos.

Tabela 25 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados relacionais - modelo de regressão linear (n=169)

Coefficientes da variável dependente (critério) - EIEP-22-PT_ <u>Cuidados Relacionais</u>					
Variável independente (preditores) - PES-NWI	β	p	F	R² Ajustado	R²
		0,007*	3,286	0,007	0,092
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,241	0,050*			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	-0,021	0,876			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,219	0,044*			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	0,267	0,005*			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,030	0,795			

p < 0.05* - diferença estatística significativa
p < 0.01** - diferença estatística bastante significativa
p < 0.001*** - diferença estatística altamente significativa

Da regressão linear efetuada, observa-se que o modelo é positivo e estatisticamente significativo ($F = 4,73$; $p = 0,000$), com valor do R^2 de 0,127. De salientar que a variável *cuidados clínicos* é explicada pelas dimensões: *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,391$; $p = 0,000$); *adequação dos recursos humanos e de materiais* ($\beta = 0,367$; $p = 0,000$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos (Tabela 26).

Tabela 26 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados clínicos - modelo de regressão linear (n=169)

Coefficientes da variável dependente (critério) - EIEP-22-PT_ <u>Cuidados Clínicos</u>					
Variável independente (preditores) - PES-NWI	β	p	F	R² Ajustado	R²
		0,000*	4,732	0,100	0,127
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,193	0,119			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	-0,200	0,126			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,391	0,000*			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	0,367	0,000*			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,065	0,559			

p < 0.05* - diferença estatística significativa
p < 0.01** - diferença estatística bastante significativa
p < 0.001*** - diferença estatística altamente significativa

No modelo de regressão linear efetuado, observa-se que o modelo não é positivo e estatisticamente significativo ($F = 1,179$; $p = 0,322$), refere-se ainda o valor do R^2 de 0,035. De referir que a variável dependente *cuidados de conforto* é explicada pela dimensão *relações colegiais entre médicos e enfermeiros* ($\beta = 0,226$; $p = 0,050$) com valor positivo e estatisticamente significativo (Tabela 27).

Tabela 27 - Influência do ambiente da prática de enfermagem (PES-NWI) nas interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) - cuidados de conforto - modelo de regressão linear (n=169)

Coeficientes da variável dependente (critério) - EIEP-22-PT_ <u>Cuidados de Conforto</u>					
Variável independente (preditores) - PES-NWI	β	p	F	R ² Ajustado	R ²
		0,322	1,179	0,005	0,035
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	-0,034	0,796			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	0,130	0,345			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,074	0,509			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	-0,016	0,866			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,226	0,050*			

$p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa

6.2.2. Avaliação da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem em Contexto Hospitalar

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativamente à *avaliação da satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar* (EASCCE18) composto por 18 itens, agrupados em três dimensões (Tabela 28).

Tabela 28 - Análise descritiva da EASCCE18 por item (n=169)

Dimensões	Min.	Máx	Média	DP
Fator 1 - Qualidade dos Cuidados (QC)				
QC1- Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda a informação	4,00	5,00	4,57	0,49
QC2 - Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem	4,00	5,00	4,55	0,49
QC9 - Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los	1,00	5,00	4,45	0,73

QC11 - Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados	1,00	5,00	4,21	1,32
QC12 - Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo	1,00	5,00	4,15	1,33
QC13 - Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia	1,00	5,00	4,73	0,51
QC14 - Sentiu que os enfermeiros deram importância aos seus problemas	1,00	5,00	4,52	0,56
QC15 - Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos clientes	1,00	5,00	4,56	0,59
Fator 2 - Qualidade da Informação (QI)				
QI.3 - Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação...)	1,00	5,00	3,62	1,38
QI.4 - Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex: consultas, serviços de apoio...)	1,00	5,00	3,58	1,43
QI.5 - Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando deve utilizar)	1,00	5,00	4,03	0,90
QI.8 - Os enfermeiros preocuparam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)	1,00	5,00	3,74	1,37
Fator 3 - Qualidade do Atendimento (QA)				
QA16 - Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas, a linguagem utilizada, a preocupação de repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido	1,00	5,00	4,20	1,31
QA17 - Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital	4,00	5,00	4,72	0,44
QA18 - Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos	4,00	5,00	4,65	0,47
QA19 - Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestavam cuidados	1,00	5,00	4,14	1,24
QA20 - Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros para o ouvir, ou mesmo para resolver alguma situação relacionada com o serviço	2,00	5,00	4,34	0,93
QA21 - Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	4,00	5,00	4,92	0,25

Como resultado elevado da EASCCE18, *item QA21* - relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava, obteve uma média de ($\bar{x} = 4,92$; DP = 0,25) na dimensão *qualidade do atendimento*, seguido do *item QC13* - sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia obteve um resultado satisfatório com uma média de concordância de ($\bar{x} = 4,73$; DP = 0,51) na dimensão *qualidade dos cuidados* (Tabela 28).

Relativamente ao resultado menos satisfatório foi o *item QI.4* - Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex: consultas, serviços de apoio...) com uma média de concordância de ($\bar{x} = 3,58$; DP = 1,43) (Tabela 28).

A confiabilidade da EASCCE18 foi avaliada através do cálculo do coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach* como se verifica na tabela 29, o fator 1 - *qualidade dos cuidados* apresentou um $\alpha = 0,80$; o fator 2 - *qualidade da informação* mostrou um $\alpha = 0,78$; e o fator 3 - *qualidade do atendimento* apresentou um $\alpha = 0,63$. Para a escala global, apresenta uma muito boa consistência interna constatando-se um *alfa de Cronbach* de 0,90.

Tabela 29 - *Alfa de Cronbach* das subescalas da EASCCE18

	<i>nº de itens</i>	α
F1 - Qualidade dos Cuidados	8	0,80
F2 - Qualidade da Informação	4	0,78
F3 - Qualidade do Atendimento	6	0,63
EASCCE18	18	0,90

Da aplicação da EASCCE18, obteve-se uma média global de 4,24 (DP = 0,65) (tabela 30), apresentando satisfação por parte dos clientes em contexto hospitalar uma vez que a média corresponde ao valor médio de acordo com a escala de *likert*, sendo de 1 a 5.

Pela análise da tabela 30, verifica-se que a tendência das respostas se situa acima do ponto médio. As dimensões da EASCCE18 que apresentam a média mais elevada são *qualidade no atendimento* ($\bar{x} = 4,50$; DP = 0,49) e *qualidade dos cuidados* ($\bar{x} = 4,47$; DP = 0,47), a *qualidade da informação* ($\bar{x} = 3,74$; DP = 1,01) que obteve a média mais baixa.

Tabela 30 - Análise descritiva da EASCCE18 por item dimensão (n=169)

<i>Dimensões</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
F1- Qualidade dos Cuidados	2,75	5,00	4,47	0,47
F2- Qualidade da Informação	3,50	5,00	3,74	1,01
F3- Qualidade do atendimento	1,00	5,00	4,50	0,49
EASCCE18	1,56	5,00	4,24	0,65

6.2.3. Relação das Variáveis do Ambiente da Prática de Enfermagem das Interações Enfermeiro-Paciente com a Satisfação do Cliente

No que refere aos modelos finais de regressão utilizando ambas as escalas (*PES-NWI*, *EIEP-22-PT*) com as respetivas dimensões como predictoras em simultâneo, sobre a variável dependente na *satisfação do cliente em contexto hospitalar* (*EASCCE18*), destaca-se que no modelo de regressão linear efetuado, que as variáveis preditores integradas no modelo têm relação positiva e são estatisticamente significativas ($F = 3,305$; $p = 0,002$) com a variável dependente *qualidade dos cuidados*, refere-se ainda o valor do R^2 de 0,099. (Tabela 31).

A variável dependente *qualidade dos cuidados* explicada pelos *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* ($\beta = 0,285$; $p = 0,029$), *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,190$; $p = 0,050$) e *relações colegiais entre médicos e enfermeiros* ($\beta = 0,203$; $p = 0,010$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos. Salienta-se que a variável dependente *qualidade dos cuidados* explicada pelos *cuidados relacionais* ($\beta = 0,302$ $p = 0,001$), cujo valor positivo e estatisticamente significativo (Tabela 31).

Tabela 31 - Influência do ambiente de prática de enfermagem (PES-NWI) e das interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) na satisfação do cliente em contexto hospitalar (EASCCE18) - **qualidade dos cuidados** - modelo de regressão linear

Coeficientes da variável dependente (critério) - EASCCE18_ Qualidade dos Cuidados					
Variável independente (preditores)	β	p	F	R ² Ajustado	R ²
PES-NWI					
EIEP-22		0,002*	3,305	0,099	0,142
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,062	0,595			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	0,285	0,029*			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,190	0,050			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	-0,106	0,145			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,203	0,010*			
Cuidados Relacionais	0,302	0,001*			
Cuidados Clínicos	-0,082	0,346			
Cuidados de Conforto	0,061	0,435			

$p < 0,05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0,01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa

Na análise de regressão linear efetuada, observa-se que o modelo é positivo e estatisticamente significativo ($F = 2,08$; $p = 0,040$), refere-se ainda o valor do R2 de 0,094. Salienta-se que a variável dependente *qualidade de informação* é explicada pela *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\beta = 0,062$; $p = 0,010$) e *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* ($\beta = 0,285$; $p = 0,003$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos (Tabela 32).

Tabela 32 - Influência do ambiente de prática de enfermagem (PES-NWI) e das interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) na satisfação do cliente em contexto hospitalar (EASCCE18) - **qualidade da informação** - modelo de regressão linear

Coefficientes da variável dependente (critério) - EASCCE18_ Qualidade da Informação					
Variável independente (preditores)	β	p	F	R² Ajustado	R²
PES-NWI					
EIEP-22		0,040*	2,08	0,049	0,094
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,062	0,010*			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	0,285	0,003*			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,190	0,816			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	-0,106	0,960			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,203	0,355			
Cuidados Relacionais	0,124	0,167			
Cuidados Clínicos	-0,039	0,668			
Cuidados de Conforto	0,094	0,248			

$p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa

$p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa

Tabela 33 - Influência do ambiente de prática de enfermagem (PES-NWI) e das interações enfermeiro-paciente (EIEP-22-PT) na satisfação do cliente em contexto hospitalar (EASCCE18) - **qualidade do atendimento** - modelo de regressão linear

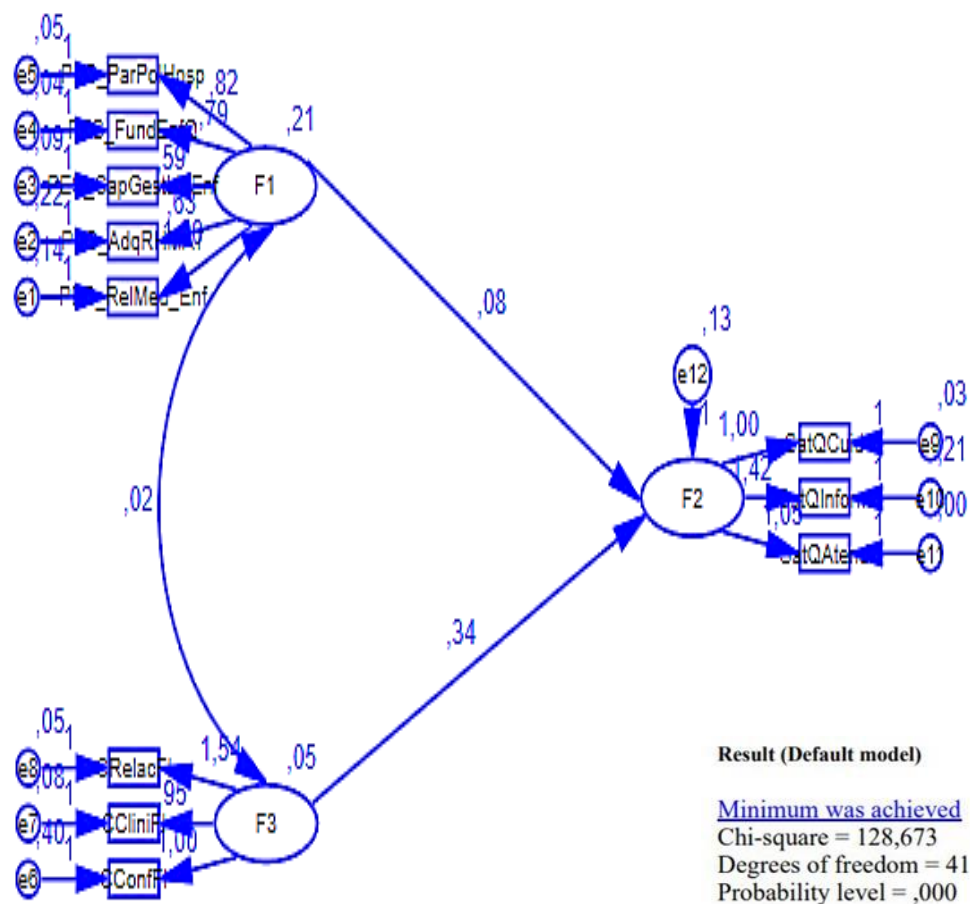
Coefficientes da variável dependente (critério) - EASCCE18_ Qualidade do atendimento					
Variável independente (preditores)	β	p	F	R² Ajustado	R²
PES-NWI					
EIEP-22		0,056	1,95	0,043	0,089
Participação dos enfermeiros na governação do hospital	0,028	0,831			
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	0,235	0,087			
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	0,182	0,111			
Adequação dos recursos humanos e de materiais	-0,084	0,403			
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	0,271	0,021*			
Cuidados Relacionais	0,186	0,040*			
Cuidados Clínicos	-0,070	0,445			
Cuidados de Conforto	0,055	0,496			

* $p < 0.05$ - diferença estatística significativa

Na análise de regressão linear efetuada, observa-se que o modelo não é positivo e estatisticamente significativo ($F = 1,95$; $p = 0,056$), refere-se ainda o valor do R^2 de 0,089. Salienta-se que a variável dependente *qualidade do atendimento* é explicada pelas *relações colegiais entre médicos e enfermeiros* ($\beta = 0,271$; $p = 0,021$) e pelos *cuidados relacionais* ($\beta=0,186$; $p=0,040$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos (Tabela 33).

Assim em síntese apresenta-se uma representação gráfica do modelo final com as variáveis latentes. (Figura 4).

Figura 4 - Modelo final com as variáveis latentes



O modelo subjacente à questão de investigação do estudo foi submetido à análise confirmatória (*path* análise) tendo-se verificado um razoável ajustamento do mesmo, confirmando-se as variáveis latentes e as interações entre as diferentes dimensões, como se pode ver na figura 4, em três estruturas: *ambiente de prática de enfermagem* (PES-NWI); *interações enfermeiro-paciente* (EIEP-22-PT) e *satisfação do cliente em contexto hospitalar* (EASCCE18).

O modelo é estatisticamente significativo, com boa adequação aos dados ($\chi^2/gf = 128,6/41$ (0,000); GFI = 0,900; AGFI = 0,831; TLI = 0,910; CFI = 0,907; RMSEA = 0,102).

O resultado da RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) é marginal já que o ideal do RMSEA se situe entre 0,05 e 0,08, aceitam-se, no entanto, valores de até 0,10 nomeadamente em estudos exploratórios (Marôco, 2018). De referir que o ajustamento se torna ainda mais difícil quando estão em causa diferentes fontes de dados, como é o caso. No modelo síntese apresentado as escalas PES-NWI e EIEP-22-PT são avaliadas por enfermeiros e a EASCCE18 é avaliada pelo cliente. Sendo a EIEP-22-PT a que apresenta um valor preditivo bastante superior.

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se uma síntese dos resultados desta investigação e a sua discussão apreciação crítica, o que permitirá refletir sobre o trabalho realizado, realçar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com a literatura científica nacional e internacional existente neste domínio.

7.1. Estudo 1

No que se refere ao estudo 1, apresenta-se a análise da validade e fiabilidade da escala EIIP-23 tal como referido anteriormente, garantiu-se um método sistemático para a tradução do instrumento da sua língua original para a língua portuguesa (Beaton et al., 2007) e assegurou-se rigor do seu conteúdo, pelo recurso a um painel de peritos e realização de pré-teste.

A construção e a validação da EIIP-23 original, já tinha sido efetuada análise fatorial exploratória e confirmatória em várias fases de desenvolvimento do instrumento, o que permitiu o refinamento progressivo dum instrumento inicial, com 70 itens, para 23 itens e 4 dimensões (Cossette et al, 2006).

Este 1 estudo, permitiu obter a validade de construto pós análise fatorial exploratória da qual emergiram 22 itens em três componentes. O item 20 não atendeu aos critérios de carga fatorial acima de 0,40, sendo excluído (Marôco, 2018). As três componentes explicam 57,54% da variância total. Considerou-se importante manter a perspetiva de Cossette et al., (2006), uma vez que os itens dos fatores se aproximavam dos itens da escala original e os três fatores do modelo estavam bem ajustados e o índice KMO teve um valor de 0,779, foi apenas ajustado o significado na dimensão cuidados relacionais, sendo a estrutura validada por análise confirmatória ($\chi^2 / df = 588,8$; CFI = 0,859; GFI = 0,828; RMSEA = 0,100 (90% CI = 0,092–0,109, $p = 0,000$); SRMR = 0,0725; MECVI = 5,573) (Agostinho et al., 2021).

Globalmente, a EIEP-22-PT apresentou bons valores de consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0,86 para a pontuação total, ou seja, para cada uma das duas questões colocadas (importância e frequência). Os valores de *alfa de Cronbach* para as três componentes variou entre as três dimensões: *cuidados relacionais* ($\alpha = 0,91$); *cuidados clínicos* ($\alpha = 0,82$) e *cuidados de conforto* ($\alpha = 0,75$), todos os resultados são considerados bons de acordo com Almeida

(2017). O valor de consistência interna observado no modelo de três fatores do estudo 1, é maior do que os valores originais obtidos por Cossette et al., (2008) ($\alpha = 0,82$).

No estudo de Calong et al., (2019) nas Filipinas, com o objetivo de analisar a validade de construto e a confiabilidade da consistência interna da EIIP-23, numa população de 124 enfermeiros em contexto hospitalar, da versão validada, os autores mantiveram o mesmo número de itens da versão original, um *alfa de Cronbach* de 0,94, maior do que os valores originais obtidos por Cossette et al., (2008) ($\alpha = 0,82$) e superior ao do presente estudo.

Ainda Sharour (2021), traduziu e validou a versão árabe e no seu estudo com doentes oncológicos, o autor obteve da análise de confiabilidade, um *alfa de Cronbach* de 0,95 para a versão total da EIIP-23, que corrobora com o estudo de Calong et al., (2019), sendo mais elevado que o estudo original (Cossette et al., 2008) e do que o presente estudo.

A versão chinesa foi aplicada a 260 enfermeiros e revelou um *alfa de Cronbach* de 0,97 (Jiang et al., 2015) e menor ao encontrado por Yalçın & Aşti., (2012) ($\alpha = 0,79$). Ainda num estudo coreano que inclui 589 enfermeiros em contexto hospitalar, o coeficiente de *Alfa de Cronbach* foi de 0,95 (Cha, Chang & Kim, 2013).

Na versão chinesa de Jiang et al., (2015) e coreano por Im et al., (2019), o número de participantes foi maior do que a do presente estudo, sendo essa diferença suficiente para melhorar a consistência interna. No entanto, os itens de cada componente diferem quando comparado com estudos de outros países, o que pode ser explicado por diferenças na cultura, modelos de sistema de saúde, modelos organizacionais ou profissão de enfermagem, que podem influenciar as respostas dos enfermeiros.

Em relação à análise da versão em português, pode-se dizer que a medida apresentou bons níveis de consistência interna nas dimensões globais e nas dimensões consideradas. Além disso, parece ser adequado em termos de validade de conteúdo, considerando o processo de equivalência linguística desenvolvido e a concordância conceitual entre o painel de avaliadores.

Obteve-se a versão portuguesa da *Escala de EIEP-22-PT*, que foi alvo de validação numa população de enfermeiros. para avaliar a *frequência e importância das interações enfermeiro-paciente*, na perspetiva dos enfermeiros em contexto hospitalar.

7.2. Estudo 2 - fase 1

Neste subcapítulo, apresentamos a discussão dos resultados obtidos no estudo 2 fase 1, relativamente aos participantes, nomeadamente a perceção dos enfermeiros no que respeita ao *ambiente de prática de enfermagem* em contexto hospitalar, e à sua relação com as *interações enfermeiro-paciente*.

No estudo 2 fase 1, aplicado a 248 enfermeiros dos 4 hospitais referidos anteriormente considerou-se que se obteve uma taxa de resposta elevada (90,18%) quando comparada com outros estudos (Patrician et al., 2010; Kirwan et al., 2013; Coetzee et al., 2013; Aiken et al., 2012).

Este estudo, tem como objetivo geral avaliar a relação entre o *ambiente da prática de enfermagem* e as *interações enfermeiro-paciente*. O ambiente de prática de enfermagem tem sido estudado previamente em Portugal, em vários aspetos e temáticas (Amaral et al., 2014; Jesus et al., 2015; Roque, 2016; Almeida et al., 2020; Lucas & Nunes, 2020), embora não se registem estudos que relacionem estes dois construtos.

Para maior sistematização e compreensão, a discussão do estudo 2 fase 1, será apresentada em torno dos seguintes tópicos:

- Avaliação do ambiente da prática de enfermagem;
- Avaliação da frequência e importância das interações enfermeiro-paciente;
- Avaliação da relação entre o ambiente da prática de enfermagem e as interações enfermeiro-paciente.

Avaliação do ambiente da prática de enfermagem

A análise e interpretação da avaliação do *ambiente da prática de enfermagem* em contexto hospitalar dos resultados anteriormente descritos mostram que os ambientes da prática de enfermagem são mistos na perspetiva dos enfermeiros e segundo a classificação de Lake e Friese (2006).

Da avaliação do *ambiente da prática de enfermagem* em contexto hospitalar, podemos afirmar que a dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* ($\bar{x} = 2,72$), obteve melhor classificação por parte dos enfermeiros, assim como a dimensão *relação entre médicos e enfermeiros* ($\bar{x} = 2,55$) e *capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros* ($\bar{x} =$

2,55). A dimensão *adequação de recursos humanos e materiais* ($\bar{x} = 2,04$) e *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\bar{x} = 2,16$) obtiveram uma média de classificação menor.

Apesar do número dos participantes ser inferior a outros estudos, os valores obtidos aproximam-se da maioria das investigações já efetuadas em Portugal. No estudo RN4CAST em Portugal (Jesus et al., 2015), efetuado com uma amostra de 2234 enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos, os ambientes da prática clínica obtiveram uma média de 2.44, sendo considerados desfavoráveis e segundo a classificação de Lake e Friese (2006), apresentaram três das cinco dimensões da escala com classificação >2.50 sendo, por isso, classificados como ambientes mistos. Estudos realizados em outros países apresentam valores francamente mais favoráveis nestas subescalas, (Warshawsky & Havens, 2011; Desmedt et al., 2012; Aiken et al., 2013) e, mais recentemente, (Zaghini et al., 2020; Halm, 2019; Hessels et al., 2018)

Para a escala global do presente estudo, o instrumento para avaliação do *ambiente da prática de enfermagem* apresentou uma muito boa consistência interna, constatando-se um *alfa de Cronbach* de 0,83, semelhante ao de Lake (2002) e inferior (Amaral et al., 2014; Roque, 2016), tal como se tem verificado em outros países da Europa, Estados Unidos, Sul de África e Asia (Patrician et al., 2010; Nantsupawat et. al., 2011; Anzai et al., 2014; You et. al., 2013; Coetzee et al., 2013; Kelly et al., 2013; Kirwan, et al., 2013; Smeds Alenius et al., 2013; Aiken et al., 2012).

Nesta investigação obteve-se uma média global da PES-NWI em contexto hospitalar de 2,42, ligeiramente inferior ao encontrado por Jesus et al. (2015) de 2,44 num estudo com 31 instituições a nível nacional, inferior ao de Amendoeira & Ferreira (2014) com uma média global respetivamente de 2,52, e ao encontrado por Amaral et al. (2013) com 2,57.

Na comparação internacional obtiveram médias igualmente inferiores da PES-NWI: 2,96 (Choi & Boyle, 2014) 2,68 (Gea-Caballero et al., 2017; Olds et al., 2017); 2,88 (Pan et al., 2017) e 2,94 (Aiken et al., 2011), à exceção do estudo de Gikopoulou et al., (2014) que obteve uma média global de 2,16, e inferior ao do presente estudo.

Relativamente a este estudo, a dimensão *participação dos enfermeiros na governação do hospital* apresenta uma média de classificação menor e da perceção dos enfermeiros a importância e oportunidade de participar nas decisões políticas. Resultados semelhantes a nível nacional (Amaral & Ferreira, 2013, Jesus et al., 2015; Amendoeira & Ferreira 2014) e internacionais (Swiger et al., 2017; Gikopoulou et al., 2014).

Apesar de apresentar um valor modesto, é fundamental a *participação dos enfermeiros na governação do hospital*, sendo uma oportunidade de valorização profissional e partilha de preocupações (Amendoeira & Ferreira, 2014). O envolvimento dos enfermeiros na organização e nas tomadas de decisão, é considerado uma boa prática e que contribui para bons resultados (Aiken et al., 2013).

As constantes transformações e os avanços nos cenários das práticas de saúde, especialmente no âmbito hospitalar, têm repercutido como as equipas se organizam para a prestação dos cuidados. Essa situação exige dos profissionais, sobretudo do enfermeiro, um conhecimento especializado em gestão, como também experiência na área da administração (Soares et al., 2016; Schwendimann et al., 2019; Wei et al., 2018), permitindo-lhe agir com mais autonomia, assim como interferir na tomada de decisões dentro da organização (Rodrigues et al., 2014).

A *participação dos enfermeiros nas políticas do hospital*, a gestão partilhada e o envolvimento no processo de tomada de decisão que envolve a prática de enfermagem, aumenta o comprometimento com a profissão, a sensação de empoderamento e a satisfação profissional (Ong, Short, Radovich & Kroetz, 2017; Chang et al., 2018; Crisp & Tavistock, 2018).

O envolvimento nas decisões estratégicas da organização relaciona-se com sentimentos de satisfação, exaustão emocional e intenção de abandonar a profissão e pode auxiliar os gestores a encontrarem formas de promover o bem-estar dos seus profissionais, nomeadamente ao darem suporte e resposta efetiva às preocupações e problemas diários dos enfermeiros (Lake, 2007; Er & Sökmen, 2018; Van Wicklin, 2020; Aiken et al., 2013). A possibilidade do enfermeiro se envolver e participar nas políticas e questões do hospital, pode representar uma oportunidade de valorização profissional e partilha de preocupações (Amendoeira & Ferreira, 2014; Asiri et al., 2016; WHO, 2019; Sheedy & Richard, 2020).

Comparativamente a dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* obteve melhor classificação por parte dos enfermeiros, tendo sido positiva em todos os hospitais. Estes resultados são, no entanto, inferiores em relação aos estudos nacionais (Amendoeira & Ferreira, 2014; Amaral et al., 2013; Santos, 2018) e a nível internacional, com resultados similares (Olds et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2017; Moorer et al., 2016). Esta dimensão, quando efetiva, verifica-se uma menor taxa de mortalidade, maior satisfação laboral, melhoria na qualidade de atendimento e menos eventos adversos (Boytim & Ulrich, 2018; Titlestad et al., 2018; Adams et al., 2018; Mascarenhas et al., 2019).

Relativamente à dimensão *adequação de recursos humanos e de materiais*, obteve a média global menos favorável, referindo-se à perceção dos enfermeiros relativamente aos recursos

existentes afetada pelo número de enfermeiros presentes na unidade, mas também pelo número de camas e tipologia dos doentes. Todos os hospitais do presente estudo apresentam resultados desfavoráveis, abaixo do ponto de corte da escala PES-NWI. Resultados semelhantes a nível nacional (Amaral et al., 2013; Jesus et al., 2015; Santos, 2018). Amendoeira & Ferreira (2014) registrou média positiva. A nível internacional, com resultados semelhantes (Swiger et al., 2017; Gikopoulou et al., 2014; Gea-Caballero et al., 2017) ao presente estudo. Olds et al. (2017) registou também uma média negativa ao envés no estudo de Aitken et al. (2011) verificou-se uma média positiva. Estes resultados demonstram ser uma das áreas mais sensíveis do *ambiente da prática de enfermagem*, que sem recursos suficientes, os enfermeiros têm mais dificuldade em prestar cuidados de excelência o que vem sendo recorrente com grande ênfase e problemática ao nível do SNS.

Este resultado, em relação à dimensão *adequação de recursos humanos e de materiais* pode estar provavelmente associado com o rácio enfermeiro/cliente praticado nos serviços, em que a elevada complexidade da tipologia dos clientes exige dos enfermeiros a uma maior vigilância e permanência. Esta problemática vem no mesmo sentido de confirmar a existência de um rácio enfermeiros/cliente inadequado, na maioria dos hospitais em Portugal (Amaral & Ferreira, 2013; Ferreira & Amendoeira, 2014; Jesus et al., 2015; Roque & Jesus, 2017).

A elevada e representativa sobrecarga de trabalho dos enfermeiros portugueses, o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não pode estar limitado ao critério do número de horas de cuidados por cliente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos (Macedo et al., 2016; Smith, 2020). É fundamental que os administradores dos hospitais encontrem soluções para proporcionar ambientes mais seguros (Smith, 2020).

Relativamente à dimensão *relação entre médicos e enfermeiros*, obteve-se um score global favorável na presente investigação o que se verificou em todos dos hospitais do presente estudo. Esta dimensão está alinhada com o estudo de Jesus et al. (2015), Amaral et al. (2013) e em Pan et al. (2017), já Santos (2018) teve uma média negativa relativamente a esta dimensão. Um trabalho com relacionamento favorável entre enfermeiros e médicos é fundamental para o sucesso dos cuidados que ocorre num ambiente de trabalho positivo e de prática favorável (Amendoeira & Ferreira, 2014).

A nível internacional, verificaram-se resultados superiores (Pan et al., 2017; Olds et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2017; Choi & Boyle, 2014). De acordo com a literatura um bom nível relacional entre enfermeiros e médicos origina maior satisfação profissional e reduz os índices

de intenção de abandono do serviço e melhora o clima de suporte entre profissionais (Gabriel et al., 2013; Van Bogaert et al., 2009).

De salientar ainda que a colaboração entre o médico e o enfermeiro e o trabalho em equipe podem melhorar os resultados do cliente e reduzir os custos de saúde (Sollami et al., 2015; Spector et al., 2016; Slawomirski et al., 2017), aumentar a satisfação no trabalho e manter a segurança dos clientes (Elsous et al., 2017 Almeida et al., 2020; Liu et al., 2018; Lucas & Nunes, 2020).

Os resultados referentes à dimensão *capacidade de gestão, liderança e de suporte aos enfermeiros* obteve um score global favorável e existindo, contudo, um diferencial entre os hospitais. Na comparação assinalam-se resultado superiores ao que apresentou Santos (2018) e Jesus et al. (2015) onde identificaram um score global negativo. Amendoeira & Ferreira (2014) e Amaral et al. (2013) registaram uma média global superior. Nos estudos internacionais deparamos com resultados semelhantes ao do presente estudo (Olds et al., 2017; Gea Caballero et al., 2017; Aitken et al., 2011; Pan et al., 2017).

A problemática para melhorar o *ambiente da prática de enfermagem* coloca desafios à investigação introduzindo a visão do cliente nomeadamente na satisfação deste com os cuidados prestados, perspectiva que foi integrada no último estudo desta investigação.

Avaliação da frequência e importância das interações enfermeiro-paciente

Na continuidade do estudo 2 fase 1, e para responder ao objetivo do estudo, compreende-se a relevância acerca da avaliação da *frequência e importância das interações enfermeiro-paciente*, na perspectiva dos enfermeiros e utilizou-se a EIEP-22PT traduzida e validada por Agostinho et al. (2021).

Os estudos são escassos, o que dificulta a comparação dos resultados. A escala original foi utilizada em alguns países como na China (Jiang et al., 2015), na Coreia (Im et al., 2019), nas Filipinas (Calong & Soriano, 2019), na Arábia (Sharour, 2021) e no Quebec (Cossette et al., 2006).

Aos participantes do estudo colocou-se um conjunto de 2 questões (*importância e frequência*), obteve-se uma média global de 4,29, para um valor máximo de 5. Demonstrando o quanto é *importante* ($\bar{x} = 4,56$) para os enfermeiros, em contexto da sua prestação de cuidados aos pacientes e com que *frequência* ($\bar{x} = 4,02$) realizou esses cuidados em contexto hospitalar.

Na presente investigação, as dimensões da *EIEP-22-PT* que apresentaram a média global mais elevadas foram *cuidados de conforto* para a *importância* com 4,85 e *frequência* com 4,33. A dimensão, *cuidados relacionais* para a *importância* ($\bar{x} = 4,39$) e *frequência* ($\bar{x} = 3,75$) obteve a média mais baixa. Podemos afirmar que, as três dimensões se situam acima do ponto médio.

Na perceção dos enfermeiros a dimensão ***cuidados de conforto*** nos quatro hospitais (*importância* e *frequência*) obteve média elevada ($\bar{x} = 4,33$). Retratam o modo como os enfermeiros percebem a eficácia do processo e avaliam aspetos relacionados com a interação no tratamento quanto à transmissão de informação de forma compreensível, capacidade de escuta, capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica. (Cossette et al., 2008; Borges et al, 2017).

Na dimensão ***cuidados relacionais*** obteve menor *importância* e *frequência* por parte dos enfermeiros ($\bar{x} = 3,75$), tal perspetiva revela que os enfermeiros avaliam consideravelmente aspetos relacionados com os desafios percebidos do paciente (Cossette et al., 2008; Yalçın & Aşti, 2011); influenciam a forma como os enfermeiros percecionam a *importância* e a *frequência* da relação enfermeiro/paciente, na qual se desenvolvem os cuidados de enfermagem. Uma favorável interação enfermeiro-paciente reduz os dias de internamento e melhora a qualidade e satisfação tanto do cliente como do enfermeiro. (Karaca & Zehra, 2019; Lotfi et al., 2019; Aiken, 2018).

Relativamente à dimensão ***cuidados clínicos*** apresentou uma média de 4,17 para a escala total (*importância* e *frequência*). As atitudes dos enfermeiros influenciam, e são influenciadas, pela capacidade funcional para o autocuidado, pela autoestima e pela satisfação com a vida. E que avaliam aspetos relacionados ao comportamento de autocuidado; pode estar associada à postura pessoal face aos outros e ao futuro. Essa atitude influencia a forma como os enfermeiros percecionam a condição de saúde, interagem com os clientes e se posicionam diante do tratamento negociado. (Cossette et al., 2008; Létourneau et al., 2017; Coates, 2019).

A autora da escala original efetuou um refinamento dos 70 item para 23, numa amostra maior que a do presente estudo e constituída por 377 alunos do curso de bacharelado em enfermagem (Cossette et al., 2006) e colocado três questões (*importância*, *competência* e *satisfação*). Numa amostra menor, com 124 enfermeiros (Calong & Soriano, 2019) nas Filipinas e nos serviços de médico-cirúrgicos teve com o objetivo validar a escala original de Cossette et al., (2006).

No seguimento do estudo 2 fase 1, procedendo à interpretação dos resultados obtidos e as suas implicações na relação entre o ambiente da prática de enfermagem e as interações enfermeiro-paciente.

Relação das Variáveis do Ambiente da Prática de Enfermagem com as Interações Enfermeiro-Paciente

Variável dependente - cuidados relacionais

Relativamente ao modelo de regressão global este é estatisticamente significativo ($p = 0,022$), e constata-se que as dimensões do **ambiente da prática de enfermagem**: *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\beta = 0,237$; $p = 0,021$); *capacidade de gestão liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,204$; $p = 0,028$); *adequação dos recursos humanos e de materiais* ($\beta = 0,161$; $p = 0,048$) são preditores com influência estatística significativa com a variável dependente **cuidados relacionais**.

Apesar de não reproduzir exatamente o modelo de análise, constituindo-se este numa abordagem inovadora, alguma da evidência científica vem assinalar as relações com alguns dos construtos subjacentes que os enfermeiros prestadores de cuidados diretos estão cada vez mais envolvidos na tomada de decisões organizacionais (Asiri et al., 2016; WHO, 2019; Sheedy & Richard, 2020), e têm a oportunidade de projetar e implementar soluções para a melhoria da sua unidade/ ambiente de pratica por forma a garantir cuidados de qualidade aos clientes (Ong et al., 2017; Crisp & Tavistock, 2018; Mrayyan, 2019).

As interação enfermeiro-paciente com base em comportamentos dos **cuidados relacionais**, podem melhorar os **ambientes da prática**, proporcionar um maior nível de satisfação nos enfermeiros e clientes (Fortuno et al., 2017; Feo et al., 2019; Cossette et al., 2008; Armstrong, 2019; Brito et al., 2021). Os **ambientes da prática de enfermagem** - pobres, com falta de apoio dos enfermeiros gestores, fraca liderança e má relação multidisciplinar estão associados à prestação ineficaz de cuidados, conflitos e stresse entre os profissionais de saúde (Tomaszewska et al., 2017; Barbeito et al., 2018; Willassen et al., 2018) insatisfação profissional e aumento da rotatividade dos enfermeiros (Mahmood et al., 2018; Wei et al., 2018; ICN, 2021).

Variável dependente - cuidados clínicos

O modelo de regressão é estatisticamente significativo ($p = 0,001$). Quanto aos preditores do **ambiente da prática de enfermagem** salienta-se a *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,355$; $p = 0,000$); *adequação dos recursos humanos e de materiais* apresentou valor significativo estatisticamente ($\beta = 0,260$; $p = 0,001$) e os *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* ($\beta = 0,219$; $p = 0,031$) são estatisticamente significativos e influenciam os **cuidados clínicos**.

Na realidade constata-se que a prática de cuidados de enfermagem é desenvolvida num ambiente de crescente complexidade (Tomaszewska et al., 2017; Lake et al., 2019), sendo que os resultados associados aos enfermeiros como o *burnout*, qualidade dos cuidados no serviço, baixa produtividade, absentéismo (Aiken et al., 2013; Nantsupawat et al., 2017; Gillespie et al., 2018; Haugen, Sevdalis & Sjøfteland, 2019; Moisoglou et al., 2020) a longo prazo contribuem para a falta recursos nomeadamente recursos humanos (Jesus et al., 2015; Tomaszewska et al., 2017; Roque, 2017) e podendo vir influenciar negativamente os ambientes de cuidados.

Variável dependente - cuidados de conforto

Relativamente ao modelo de regressão global este é estatisticamente significativo ($p = 0,004$), verificou-se que a dimensão do **ambiente da prática de enfermagem: relações colegiais entre médicos e enfermeiros** têm uma relação estatisticamente significativa ($\beta = 0,247$; $p = 0,002$) com os **cuidados de conforto**.

Verificámos que existe relação positiva entre médicos e enfermeiros nas relações de trabalho com o modo como os enfermeiros percebem a eficácia da interação no tratamento quanto à transmissão de informação, capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica.

De facto, na evidência científica constata-se que os ambientes onde os enfermeiros possuem autonomia, controlo sobre o ambiente e boas relações com a equipa médica resultam em menor intenção de deixar o emprego (Alves & Guirardello, 2016; Leone et al., 2015; Lucas & Nunes, 2020; Xian et al., 2020) e melhores resultados para os clientes no que diz respeito à qualidade dos cuidados (Aiken et al., 2017; Guirardello, 2017; Zhu et al., 2019) e segurança dos clientes (Aiken et al., 2017; Almeida et al., 2020; Liu et al., 2018; Elsous et al., 2017).

7.3. Estudo 2 - fase 2

Neste subcapítulo, apresentam-se a discussão dos resultados obtidos no estudo 2 fase 2, relativamente a perceção dos clientes em relação à satisfação destes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Os participantes do estudo 2 fase 2, abrange enfermeiros e os clientes de quatro hospitais, como referido anteriormente (169) emparelhados por serviços.

O estudo 2 fase 2, tem como objetivo geral avaliar a relação entre o *ambiente da prática de enfermagem*, as *interações enfermeiro-paciente* e a *satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar*.

No que concerne especificamente à avaliação da satisfação, optou - se pela escala EASCCE18 validada em 2016 em Portugal, pese embora não se conheçam estudos nacionais e internacionais posteriores. Assinalam-se, no entanto, algumas investigações de âmbito nacional (Ferreira, 2011; Macedo, Moreira, & Moreira, 2012; Varandas & Lopes, 2012) da escala original (Shuch₂₁) (Ribeiro, 2003).

Avaliação da Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem em Contexto Hospitalar

Para o presente estudo a confiabilidade da *EASCCE18* foi avaliada através do cálculo do coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach*, apresentando para a escala global muito boa consistência interna ($\alpha = 0,90$), e ligeiramente superior ($\alpha = 0,87$) ao encontrado no estudo de Freitas et al., (2016). Quanto aos fatores da escala, o fator 1 - *qualidade dos cuidados* ($\alpha = 0,80$); o fator 2 - *qualidade da informação* ($\alpha = 0,78$) e o fator 3 - *qualidade do atendimento* ($\alpha = 0,63$); os *alfas de Cronbach* são ligeiramente inferiores ao estudo de Freitas et al., (2016).

Da aplicação da *EASCCE18*, obteve-se uma média global de 4,24, da perceção dos clientes com a satisfação do cuidado recebido, ou seja, o cuidado que os clientes vivenciaram, inferior ao estudo de Freitas (2016) com uma média de 4,47. A literatura existente revela na maioria dos estudos da satisfação dos clientes, tem favoráveis índices de satisfação global (Coyne, 2015; Freitas et al., 2016; Boztepe et al., 2017; Gomes, 2018; Brito et al., 2021) o que corrobora com o presente estudo.

A dimensão que obteve maior satisfação por parte dos clientes foi a *qualidade do atendimento* ($\bar{x} = 4,50$), superior ao estudo de Freitas et al., (2016). ($\bar{x} = 4,46$). A evidência científica revela que a avaliação do ambiente físico, as relações entre profissionais e clientes, a comunicação (Laferton et al., 2017; El-Haddad et al., 2020; Amoah et al., 2019), a privacidade e segurança (Zhou et al., 2017; Ng & Luk, 2019) e o fornecimento de informações sobre os cuidados prestados (Rostami, Ahmadian, Jahani & Niknafs, 2019) são fatores mais relevantes na perceção dos clientes.

Relativamente à dimensão *qualidade dos cuidados*, obteve uma média ($\bar{x} = 4,47$) de maior satisfação por parte dos clientes, idêntico ao estudo de Freitas (2016). Os enfermeiros passam

mais tempo com os clientes hospitalizados e interagem também com mais frequência com os mesmos pelo que têm um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados aos clientes e na experiência de hospitalização (Karlsson & Pennbrant, 2020; Naghneh et al., 2017; Kol et al., 2018).

A dimensão que obteve menor satisfação por parte dos clientes foi a da *qualidade da informação* ($\bar{x} = 3,74$) à semelhança do estudo de Freitas (2016). A literatura existente revela níveis de insatisfação na percepção dos clientes quanto maior a falta de continuidade em relação aos cuidados de saúde (Ebrahimian et al., 2017; Ferreira et al., 2019; Min, 2019).

Relação das Variáveis do Ambiente da Prática de Enfermagem com as Interações Enfermeiro-Paciente

As relações entre as variáveis predictoras o *ambiente da prática de enfermagem* e as *interações enfermeiro-paciente* são idênticas às do estudo e modelos apresentados anteriormente verificando-se que a variável dependente *cuidados relacionais* explicada pela *participação dos enfermeiros na governação do hospital* ($\beta = 0,241$; $p = 0,050$); pela *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,219$; $p = 0,044$), e ainda *adequação dos recursos humanos e de materiais* ($\beta = 0,267$; $p = 0,005$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos.

De salientar que a variável dependente *cuidados clínicos* é explicada pelas dimensões: *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,391$; $p = 0,000$); *adequação dos recursos humanos e de materiais* ($\beta = 0,367$; $p = 0,000$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos. De referir que a variável dependente *cuidados de conforto* é explicada pela dimensão *relações colegiais entre médicos e enfermeiros* ($\beta = 0,226$; $p = 0,050$) com valor positivo e estatisticamente significativo.

Estes resultados vêm no mesmo sentido do modelo anterior (estudo 2 fase 1) o que de acordo com Asiri et al., (2016); WHO, (2019); Sheedy & Richard, (2020), os enfermeiros prestadores de cuidados diretos estão cada vez mais envolvidos na tomada de decisões organizacionais e tendo a oportunidade de projetar e implementar soluções para a melhoria da sua unidade e garantir cuidados de qualidade aos clientes (Ong et al., 2017; Crisp & Tavistock, 2018; Mrayyan, 2019).

As interação enfermeiro-paciente com base em comportamentos dos *cuidados relacionais*, podem melhorar os *ambientes da prática*, ao proporcionar um maior nível de satisfação nos

enfermeiros e clientes (Fortuno et al., 2017; Feo et al., 2019; Cossette et al., 2008; Armstrong, 2019; Brito et al., 2021).

Relação das Variáveis do Ambiente da Prática de Enfermagem e das Interações Enfermeiro-Paciente com a Satisfação do Cliente em Contexto Hospitalar

No que refere aos modelos finais de regressão utilizando ambas as escalas (*PES-NWI*, *EIEP-22-PT*) com as respetivas dimensões como preditores em simultâneo, sobre a variável dependente na *satisfação do cliente em contexto hospitalar* (*EASCCE18*), destaca-se que no modelo de regressão linear efetuado, a variável dependente ***qualidade dos cuidados*** é explicada pelos *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados* ($\beta = 0,285$; $p = 0,029$), *capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros* ($\beta = 0,190$; $p = 0,050$) e *relações colegiais entre médicos e enfermeiros* ($\beta = 0,203$; $p = 0,010$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos. Salienta-se que a variável dependente ***qualidade dos cuidados*** explicada pelos *cuidados relacionais* ($\beta = 0,302$ $p = 0,001$), cujo valor positivo e estatisticamente significativo.

O que nos leva a considerar que a perceção dos enfermeiros com as relações de trabalho entre médicos, planos de cuidados de enfermagem, formação contínua e reconhecimento do trabalho bem desenvolvido tem relação positiva com o modo como os clientes percebem a eficácia do processo de comunicação e a eficácia da personalização dos cuidados.

A satisfação com os cuidados de enfermagem, tem sido discutida sistematicamente na literatura científica, como um preditor da satisfação global com a experiência de cuidados de saúde (Laschinger et al., 2011; Chapman et al., 2017; Kaiser, 2018; Grondahlet al., 2019), em particular o modo como os cuidados de enfermagem são prestados (Martins & Perroca, 2017; Ebrahimian et al., 2017). É também consensual, a relação entre satisfação com o serviço de saúde das expectativas e perceção sobre o cuidado recebido, ou seja, o cuidado que o cliente vivenciou e o que ele esperava receber (Mensa et al., 2017; Nikmanesh et al., 2018)

Neste contexto específico e segundo a literatura científica, há um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, e centrados nas pessoas (Raadabadi et al., 2017; Gishu et al., 2019; Androniceanu et al., 2020). No estudo de Denadai et al., (2020), relataram o cuidado como um foco especial nas relações terapêuticas, uma vez que se traduzem em expressões da interação de uma ou mais pessoas. E promovendo a resolução de problemas com o outro de forma que o cliente encontra formas alternativas de ver a situação,

indo ao encontro das suas expectativas e procurando reconhecimento e satisfação (Watson, 2008; Barnett et al., 2021).

Ainda, Duffy & Hoskins, (2003) defende que as atitudes e comportamentos que os enfermeiros colocam em prática em parceria com clientes e famílias são facilitadoras de intervenções específicas da área disciplinar de enfermagem e conduzem a resultados “altamente” sensíveis aos cuidados de enfermagem. Importa olhar o cliente como experiência relacional independentemente das situações que ocorrem, estas experiências permanecem, seja na saúde ou seja na doença (Borges et al, 2019).

Salienta-se que a variável dependente **qualidade de informação** explicada pela participação dos enfermeiros na governação do hospital ($\beta = 0,062$; $p = 0,010$) e fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados ($\beta = 0,285$; $p = 0,003$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos.

Este resultado leva a considerar que a perceção dos enfermeiros; o papel participativo na governação interna do hospital; a existência de vários indicadores como a continuidade dos cuidados, a utilização de diagnósticos e os planos de cuidados de enfermagem, têm relação positiva com a utilidade da informação transmitida ao cliente durante o internamento e após a alta. Esta tem com o objetivo dotar o cliente com as competências necessárias para lidar com a sua situação de doença/saúde.

No estudo de Jamsahar et al., (2020), referem fulcral alterar a noção de cliente passivo para cliente informado e que o índice de satisfação deve - se na procura dos serviços de saúde. Ainda, os clientes e respetivas famílias necessitam de cuidados competentes e sensíveis, que minimizem não só os efeitos potencialmente negativos da hospitalização, mas que simultaneamente promovam benefícios positivos como resultado deste evento (Hockenberry et al, 2018; Viana et al., 2018). Numa pesquisa realizada por Rostami et al., (2019) a satisfação do cliente é considerada um construto consequente da perceção dos procedimentos e serviços e o fornecimento de informações sobre os cuidados prestados.

Salienta-se que a variável dependente **qualidade do atendimento** explicada pelas relações colegiais entre médicos e enfermeiros ($\beta = 0,071$; $p = 0,021$) e pelos cuidados relacionais ($\beta = 0,186$; $p = 0,040$), cujos valores são positivos e estatisticamente significativos.

Na literatura científica encontramos outros estudos que conferem que o ambiente da prática é composto pelo efeito acumulado de inúmeros fatores inter-relacionados, que afetam o desempenho e a satisfação (Jesus, et al., 2015; Mota et al., 2021).

No estudo de Ellison & Meyer (2020), salientam que a relação/interação enfermeiro-paciente, tem sido descrita como um processo de interação interpessoal como estratégias de autocuidado, adesão à medicação, intervenções psicológicas. E ainda, Chegini et al., (2020) referem a dimensão relacional como atitude da melhoria no atendimento ao cliente.

Noutro estudo da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem, King et al., (2019), evidenciaram que os clientes no momento da alta hospitalar apresentaram uma relação positiva com a confidencialidade das informações, no atendimento, nos tratamentos e administração dos medicamentos em tempo hábil e segurança durante a hospitalização com a satisfação dos cuidados de enfermagem. De facto, a satisfação com os cuidados de enfermagem, tem sido discutida sistematicamente na literatura científica, como um preditor da satisfação global com a experiência de cuidados de saúde (Laschinger et al., 2011; Chapman et al., 2017; Kaiser, 2018; Grondahl et al., 2019), em particular o modo como os cuidados de enfermagem são prestados (Martins & Perroca, 2017; Ebrahimian et al., 2017; Brito et al., 2021).

CAPÍTULO 8 – CONCLUSÕES

Este capítulo apresenta uma síntese dos passos percorridos no decorrer desta investigação. Em seguida são apresentadas as principais conclusões a que o estudo chegou. Por fim, são apresentadas as limitações do estudo e as sugestões para futuros estudos.

O estudo que se apresenta pretendeu dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes em contexto hospitalar.

O motivo e problematização que esteve na sua origem, resultou da constatação da importância da participação do cliente hospitalizado no que concerne à avaliação da sua satisfação com os cuidados de enfermagem. A revisão da literatura apresentou a lacuna de um conhecimento integrativo que articulasse contributos de todos os participantes - clientes e enfermeiros.

Pretendia-se saber “*qual a relação entre o ambiente de prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar?* Delineamos, para esta questão de investigação, como objetivos gerais: traduzir, adaptar e validar o questionário EIIP-23 para português, avaliando as suas propriedades psicométricas e avaliar a relação entre o ambiente da prática de enfermagem, as interações enfermeiro-paciente e a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Estabeleceu-se um quadro de referência, onde se desenvolveram os conceitos e pressupostos que correspondem à conceção de cuidar em enfermagem desocultando-se o estado da arte das temáticas. Enquanto grandes áreas temáticas identificamos as características do *ambiente da prática de enfermagem* e as atividades dos enfermeiros, que incluem as diferentes interações do cuidar caracterizado por um conjunto de dimensões de ordem técnica e humana profundamente interdependentes, que se constituem como um todo inseparável.

Identificou-se ainda, o ambiente da prática com os cuidados de enfermagem, perceptíveis à progressiva pressão para alcançar elevado nível de qualidade e identificando a importância do ambiente de prática como fator que potencia ou constrange a prática profissional. O *ambiente de prática de enfermagem* foi avaliado pela PES-NWI, constituída por 31 itens agrupados em 5 fatores: *participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e suporte dos enfermeiros; adequação de recursos humanos e materiais e, relações colegiais entre médicos e enfermeiros.*

Concluiu-se que avaliação do *ambiente da prática de enfermagem* em contexto hospitalar, a dimensão *fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados*, obteve melhor classificação por parte dos enfermeiros, assim como a dimensão relação entre médicos e enfermeiros. A dimensão adequação de recursos humanos e materiais, foi considerada a mais desfavorável pelos enfermeiros.

Concretamente, os enfermeiros encontram-se satisfeitos com o que fazem e com as relações estabelecidas, porém consideram os recursos disponíveis para o fazer escassos, a participação nas políticas hospitalares e o apoio da gestão e liderança, não favorável para continuar a desenvolver as suas funções.

Uma das finalidades deste estudo correspondia à tradução da escala EIIP-23, de forma a disponibilizar um instrumento válido como ferramenta para avaliar e compreender as perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados visando alcançar melhores resultados de saúde. Este estudo demonstrou que a versão portuguesa com a EIEP- 22 PT, um instrumento válido e fiável (Agostinho et al, 2021). Primeiro estudo em Portugal, que possibilitou relacionar as três variáveis em estudo.

Concluiu-se, da avaliação das *interações enfermeiro-paciente* que os *cuidados de conforto* apresentam maior *importância* e *frequência* na perceção dos enfermeiros. Ou seja, como os enfermeiros avaliam atributos relacionados com a interação no tratamento quanto à transmissão de informação de forma compreensível, capacidade de escuta, capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica.

Em relação aos *cuidados clínicos*, as interações enfermeiro-paciente os resultados são elevados, confirmamos assim que influenciam a forma como os enfermeiros percecionam a condição de saúde, interagem com os clientes e se posicionam face ao tratamento negociado.

No que concerne os *cuidados relacionais*, as interações enfermeiro-paciente são igualmente elevadas, influenciaram a forma como os enfermeiros percecionam a importância e a frequência da relação enfermeiro-paciente, nas quais se desenvolvem os cuidados de enfermagem.

Averiguou-se nesta etapa a escassez de estudos no contexto nacional, assim como estudos que integrassem todas as perspetivas o que amplificou a visão da temática.

Identificaram-se diversos instrumentos de recolha de dados para avaliar a satisfação dos clientes através da evidencia científica, tendo sido seleccionados os que mais se adequavam quer ao conceito em estudo e à população quer à questão de investigação e objetivos (Freitas et al., 2016).

Na presente investigação optou-se pela *escala da satisfação dos clientes* com os cuidados de enfermagem (EASCCE18), que permite avaliar as dimensões: *qualidade dos cuidados, qualidade da informação, qualidade do atendimento*. Concluí-se que os clientes estão, de uma forma global, satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Identificou-se, enquanto áreas relevantes para a satisfação as características pessoais e as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros.

Concluí-se, da avaliação da *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem* que os *cuidados do atendimento* apresentam maior satisfação na perceção dos clientes. Ou seja, como os clientes expressam a satisfação/insatisfação relativamente a aspetos como a capacidade dos enfermeiros quanto à transmissão de informação de forma compreensível, capacidade de escuta, capacidade de resolução de problemas em tempo útil, capacidade de resposta às suas necessidades e à competência técnica.

A *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem* em relação à *qualidade dos cuidados*, apresentou-se satisfatória, confirmou-se assim como os clientes percecionam o processo de comunicação contemplando a rentabilização da informação transmitida, a eficácia do processo de cuidados tendo em conta aspetos como a personalização dos cuidados, o respeito pela privacidade, pelas características e necessidades pessoais, a promoção do bem-estar e a prontidão na assistência.

A *satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem* no que concerne à *qualidade da informação*, apresentou-se menos satisfatória, foi comprovado pela perceção dos clientes da pertinência e utilidade da informação durante o internamento, com o objetivo de o dotar com competências necessárias para lidar com a sua situação de doença/saúde, durante o internamento e após a alta.

Neste percurso de investigação acresce uma visão mais ampla em relação aos cuidados de enfermagem que resultaram dos enfermeiros e clientes concedendo-nos orientações práticas. E tem como foco a satisfação do cliente como conceito fulcral à qualidade dos cuidados. A qualidade que assume cada vez mais importância, constituindo um percurso constante de aprendizagem e melhoria.

8.1 Implicações do Estudo

Neste subcapítulo procurou-se apresentar uma reflexão em torno do percurso de investigação e as suas implicações para a prática de cuidados e investigação em enfermagem.

Os resultados obtidos no âmbito do ambiente de prática de enfermagem, evidenciam que as organizações e os seus líderes devem promover um maior envolvimento dos enfermeiros nos processos de decisão, que garantam a integração da sua perspetiva e conseqüentemente uma maior adesão no cumprimento da política interna. Os resultados sugerem também a necessidade de introduzir melhorias na dotação dos recursos humanos e materiais, que devem ser consideradas pela gestão de topo das organizações hospitalares e pelos enfermeiros gestores, como forma de garantirem condições de trabalho que permitam uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

A necessidade dos líderes fornecerem reforços positivos perante um bom desempenho, como forma de motivar e demonstrar reconhecimento aos enfermeiros. Os resultados também alertam para a necessidade de um investimento significativo na implementação sistemática planos de cuidados, que promovam a qualidade e a continuidade dos cuidados.

As organizações de saúde visam aumentar ou manter os níveis de excelência em relação à satisfação do cliente. Os gestores de topo e intermédios, devem ser promotores de uma cultura que promova a satisfação dos clientes e dos seus colaboradores com um forte compromisso para a qualidade dos cuidados. A utilização de instrumentos de medida para a satisfação do cliente, consiste em apoiar gestores de saúde, nomeadamente os enfermeiros em possíveis medidas para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O presente estudo procurou analisar o conceito cuidado de enfermagem com as interações enfermeiro-paciente e foi possível verificar que o cuidado de enfermagem é muito mais que a realização de procedimentos técnicos ou acompanhamento do cliente. Este deverá permitir a construção de afinidade, a partir do conhecimento do ser que é cuidado, e do aprofundamento das relações e formação de vínculo entre os envolvidos.

O quadro de referência, onde envolvemos os conceitos e pressupostos que correspondem à conceção de cuidar em enfermagem contido no presente estudo, poderá fortalecer o cuidado prestado pelas equipas de enfermagem e é considerada uma abordagem de grande impacto para que enfermeiros gestores implementem o processo de cuidado com base numa teoria de enfermagem. Ressalta-se que a utilização do instrumento EIEP-22 contém os elementos da Teoria do Cuidado Humano e poderá auxiliar na prestação de cuidados pela equipa de enfermagem e fortalecer a relação dos profissionais com o cliente visando alcançar melhores resultados de saúde. Além disso, estudos fundamentados numa teoria fortalecem a enfermagem como ciência e profissão e poderão nortear as instituições de saúde na oferta de um cuidado pautado na Teoria do Cuidado Humano.

8.2. Limitações e Sugestões

Apesar das opções metodológicas tomadas que tiveram em conta o rigor metodológico, a constituição da amostra, a avaliação das propriedades psicométricas e a utilização de ferramentas estatísticas como os modelos de regressão linear, este estudo apresentou algumas limitações. Como os vários instrumentos utilizados com ancoragens diferentes: a *PES-NWI* com a escala de *likert* de 1 a 4; a *EIEP-22-PT* e *EASCCE18* de 1 a 5, ambas e a origem da fonte de dados que torna mais difícil a estabilidade dos modelos, o que no caso não se verificou, pois, o modelo final conseguido pela análise confirmatória embora com um RMSEA marginal. A integração da voz do cliente nos estudos de investigação vem também reforçar o conhecimento, a parceria e a centralidade na pessoa naquilo que se almeja como um modelo de cuidados onde o cliente é detentor de poder e autonomia sobre o seu processo de saúde/doença. Na verdade, entendem-se esses constrangimentos como desafios e sugestões para o desenvolvimento de novos estudos.

Outra limitação do estudo, foi o momento em que decorreu o início de uma fase pandémica, que pode ter levado a uma maior insatisfação por parte de ambos os participantes, pois foram vivenciadas condições adversas, que não se experienciavam previamente, tanto por parte dos clientes e dos enfermeiros.

Ainda a referir, como limitação do estudo, o fato das respostas dos participantes se basearem nas perceções dos mesmos, pode conferir desejabilidade social dos clientes, com o enviesamento de respostas por base a tendência de cada indivíduo de procurar aprovação social e evitar críticas, de acordo com aquilo que é culturalmente aceitável.

Embora este percurso tenha focado especificamente os cuidados de enfermagem, é difícil separá-los da complexidade de cuidados de saúde que uma hospitalização implica. Neste sentido, é importante analisar a satisfação de uma forma dinâmica atendendo às várias áreas disciplinares envolvidas. Propõe-se um estudo que considere as dimensões da satisfação relevantes, relativas a outros profissionais de saúde e as apresentadas face aos cuidados de enfermagem, pelo que todos influenciam a satisfação. Por outro lado, devem ser desenvolvidas diferentes medidas estratégicas de forma a melhorar a qualidade clínica e organizacional das instituições de saúde, através do aumento da responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumento do envolvimento dos profissionais e das lideranças.

Face à evidência científica encontrada, modelos de planeamento e gestão dos ambientes, recursos e cuidados poderão ser reestruturados de forma fundamentada, e uma maior

participação dos enfermeiros na governação hospitalar é igualmente requerida, tal como adequação de recursos humanos e materiais, e uma gestão, liderança e suporte efetivo dos enfermeiros, para alcançar melhores níveis de qualidade e satisfação do cliente.

Por último, como sugestão para o desenvolvimento de futuros estudos de investigação, o acesso ao cliente de outras faixas etárias, de forma a perceber a associação entre idade e estágio de desenvolvimento na satisfação com a hospitalização.

Enquanto profissionais de prestação direta de cuidados, onde as condições inerentes ao ambiente de prática de enfermagem (exercício profissional), os resultados deste estudo contribuem para a valorização da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu Sharour, L. (2021). Translation and Validation of the Arabic Version of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale-Patient Version (CNPI-23P). *Cancer Nursing*, 44(2), E62–E67. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000755>
- Acharya, S., Ghimire, C., Shrestha, A., Yadav, A. K., & Bhandari, S. (2019). Patient Satisfaction with Nursing Care in Five Major Departments in a Tertiary Care Centre. *Journal of the Nepal Medical Association*, 57(219), 367. <https://doi.org/10.31729/jnma.4643>
- Acosta, A. M., Marques, G. Q., Levandovski, P. F., Peralta, J. P., & Lima, M. A. D. S. (2016). User satisfaction regarding nursing care at emergency services: an integrative review. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, e938. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160008>
- Adams, J. M., Djukic, M., Gregas, M., & Fryer, A. K. (2018). Influence of nurse leader practice characteristics on patient outcomes: Results from a multi-state study. *Nursing Economics*, 36(6), 259. <http://www.nursingconomics.net/necfiles/2018/ND18/259.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Grupos de Diagnósticos Homogêneos*. <http://www2.acss.minsaude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT>
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., & Van Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 85–92. <https://doi.org/j.ijnurstu.2017.05.007>
- Agostinho, P., Gaspar, F., & Potra, T. (2021). Translation, Adaptation, and Validation of the L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23 for the Portuguese Culture: The Multidimensional Nature of Nursing Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10791. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010791>
- Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring patient experience: concepts and methods. *Patient*, 7, 235–241. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>
- Ahsan, A., Setiowati, L., Wieke Noviyanti, L., Rahmawati, I. N., Ningrum, E. H., & Putra, K. R. (2021). Nurses' team communication in hospitals: A quasi-experimental study using a modified TeamSTEPPS. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 2157. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2157>
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. (2011). The impact of nursing rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: Comparative Study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 918-925. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.004>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P. Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the*

- American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
<https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L. H., 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 Nurse Administration*, 38(5), 223–229.
<https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van Den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I., S., Smith, H., L. & 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. *BMJ*, 344(7851), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M. & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, 8, e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Barnes, H., Cimiotti, J. P., Jarrín, O. F., & McHugh, M. D. (2017). Nurses' and patients' appraisals show patient safety in hospitals remains a concern. *Health Affairs*, 37(11), 1744-1751. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0711>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel L., Van Den Heede, K., Sermeus, W. & the RN4CAST Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143–153.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C., B., Moreno-Casbas, T., Ball, J., E., Ausserhofer, D., Sermeus, W. & the RN4CAST Consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559–568. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Alasad, J., Tabar, N. A., & AbuRuz, M. E. (2015). Patient satisfaction with nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 45(11), 563-568.
<https://www.jstor.org/stable/26813344>
- Al-Hussami, M., Al-Momani, M., Hammad, S., Maharmeh, M., & Darawad, M. (2017). Patients' perception of the quality of nursing care and related hospital services. *Health and Primary Care*, 1(2), 1-6. <http://dx.doi.org/10.15761/HPC.1000110>
- AL-Ma'mari, Q., Sharour, L. A. & Al-Omari, O. (2020). Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 29(1), 28–34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.28>
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em ciências da Saúde - Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E. & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*, 20(3), e2038. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>

- Alves, D. F. D. S., Silva, D., & Guirardello, E. B. (2017). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management*, 25(1), 46-55. <https://doi.org/10.1111/jonm.12427>
- Alves, D. F. S. & Guirardello, E. B. (2016). Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e58817. <https://doi.org/10.1590/1983.-1447.2016.02.58817>
- Alzate, L. C., Bayer, G. L. & Squires, A. (2014). Validation of a Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in the Colombian context. *Hispanic Health Care International*, 12(1), 34–42. <https://doi.org/10.1891/1540-4153.12.1.34>
- Amaral, A. F. S. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5(2), 66–74.
- Amaral, A. F. S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade*. Tese de Doutoramento em Organização e gestão de Empresas, Universidade de Coimbra.
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L. & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280.
- Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C. & Afriyie, J. O. (2019). A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>
- Anabila, P. (2019). Service quality: A subliminal pathway to service differentiation and competitive advantage in private healthcare marketing in Ghana. *Health Marketing Quarterly*, 36(2), 136-151. <https://doi.org/10.1080/07359683.2019.1575062>
- Anderson, J. E., Ross, A. J., Lim, R., Kodate, N., Thompson, K., Jensen, H., & Cooney, K. (2019). Nursing teamwork in the care of older people: A mixed methods study. *Applied Ergonomics*, 80, 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.05.012>
- Anderson, J. G., & Abrahamson, K. (2017). *Your Health Care May Kill You: Medical Errors*. In ITCH. p. 13-17. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-742-9-13>
- Andrade, C. (2016). Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem-Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17248/1/>
- Androniceanu, A., Sabie, O. M., & Pegulescu, A. (2020). An integrated approach of the human resources motivation and the quality of health services. *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management*, 15(1), 42-53.
- Anzai, E., Douglas, C. & Bonner, A. (2014). Nursing practice environment, quality of care and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 171–178. <https://doi.org/10.1111/nhs.12081>
- Armstrong, G. (2019). Quality and safety education for nurses teamwork and collaboration competency: Empowering nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(6), 252-255. <https://doi.org/10.3928/00220124-20190516-04>

- Arroyo-Arellano, F. (2014). *La Investigación y la bioética. Research and Bioethics*, Edimec: Quito, Ecuador. pp. 34–212.
- Asiri, S. A., Rohrer, W. W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. O., & Ahmed, A. (2016). The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0161-7>
- Ayres, J. (2004). O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(13), 16-29.
- Azevedo-Filho, F. M., Rodrigues, M. C. & Cimiotti, J. P. (2018). Nursing practice environment in intensive care units. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2): 217-223. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800031>
- Backes, M. T., Erdmann, A. L., & Büscher, A. (2015). The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 411–418. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
- Bakhteari, Z., Hanifi, N., Amini, K., & Jafari Varjoshani, N. (2018). Quality of Nursing Services in Dialysis Center of Valiasr Hospital in Zanjan from Nurses and Patients' Viewpoint Using the SERVQUAL Model. *Iran Journal of Nursing*, 31(113), 18-29. <http://ijn.iums.ac.ir/article-1-2696-en.html>
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., ... & RN4Cast Consortium. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>
- Barati, O., Najibi, M., Yusefi, A. R., Dehghan, H., & Delavari, S. (2019). Outsourcing in Shiraz University of Medical Sciences; a before and after study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0010-0>
- Barbazza, E., & Tello, J. E. (2014). A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*, 116(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007>
- Barbeito, A., Agarwala, A. V., & Lorinc, A. (2018). Handovers in perioperative care. *Anesthesiology Clinics*, 36(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2017.10.007>
- Barkhordari-Sharifabad, M., Ashktorab, T., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 25(8), 1051-1063. <https://doi.org/10.1177/0969733016687157>
- Barnett, M., Balkissoon, C., & Sandhu, J. (2021). The level of quality care nurse practitioners provides compared with their physician colleagues in the primary care setting: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243–250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>

- Bayraktar, A. K., & Sivrikaya, S. K. (2018). Nursing Ethics in the Emergency Department/Acil Servis Hemsirelik Hizmetlerinde Etik. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(1), 57-63. <http://dx.doi.org/10.5222/HEAD.2018.057>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute of Work Health*, 1, 1–45.
- Bellury, L., Hodges, H., Camp, A., & Aduddell, K. (2016). Teamwork in Acute Care: Perceptions of Essential but Unheard Assistive Personnel and the Counterpoint of Perceptions of Registered Nurses. *Research in Nursing & Health*, 39(5), 337–346. <https://doi.org/10.1002/nur.21737>
- Benner, P., & Cook, L. (2016). Wisdom From a Living Legend in Nursing. *Imprint*, 63(3), 25-26.
- Berman, A. C., & Chutkan, D. S. (2016). Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?". *Korean Journal of Medical Education*, 28(2), 243–249. <https://doi.org/10.3946/kjme.2016.21>
- Berry, J. C., Davis, J. T., Bartman, T., Hafer, C. C., Lieb, L. M., Khan, N., & Brill, R. J. (2020). Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *Journal of Patient Safety*, 16(2), 130-136. <https://doi.org/10.1097 / PTS.0000000000000251>
- Blasdel, N. D. (2017). The Meaning of Caring in Nursing Practice. *International Journal of Nursing Clinical Practice*, 4, 238. <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/238>
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Borges, J. P., Moreira, T., Silva, D., Loureiro, A., & Meneses, A. (2017). Relação enfermeiro-paciente adulto: Revisão Integrativa orientada pelo sistema interpessoal de King. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 11(4), 1769-78. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201727>
- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., de Menezes, A. V. B., Loureiro, A. M. O., Carvalho, I. S., & Florêncio, R. S. (2019). Compreensão da relação interpessoal enfermeiro-paciente em uma unidade de atenção primária fundamentada em Imogene King. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9:e3011. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3011>
- Bowling, A., Rowe, G., & McKee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(4), 143-149. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120147>
- Boytim, J., & Ulrich, B. (2018). Factors Contributing to Perioperative Medication Errors: A Systematic Literature Review. *AORN Journal*, 107(1), 91-107. <https://doi.org/10.1002 / aorn.12005>

- Boztepe, H., Çınar, S., & Ay, A. (2017). School-age children's perception of the hospital experience. *Journal of Child Health Care*, 21(2), 162–170. <https://doi.org/10.1177/1367493517690454>
- Braga, L. M. (2017). Interação enfermeiro-paciente: um componente essencial de cuidados qualificados de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFJF*, 3(2).
- Bragadóttir, H., Burmeister, E. A., Terzioglu, F., & Kalisch, B. J. (2020). The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses-an international study. *Journal of Nursing Management*, 28, 1851–1860. <https://doi.org/10.1111/jonm.13051>
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Lamprell, G., & Testa, L. (2016). Association between organizational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review protocol. *BMJ Open*, 6(12), e013758. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013758>
- Bratt, M. M., & Felzer, H. M. (2011). Perceptions of professional practice and work environment of new graduates in a nurse residency program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(12), 559–568. <https://doi.org/10.3928/00220124-20110516-03>
- Brito, L. C. D. S., Pacheco, H. S. A., Lopes, P. D. M., Borges, J. W. P., Nascimento, F. F. D., & Andrade, J. X. (2021). Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar. *Revista de Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*, 1068-1074. <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9973>
- Brousseau, S., Cara, C., & Blais, R. (2017). A Humanistic Caring Quality of Work Life Model in Nursing Administration Based on Watson's Philosophy. *International Journal for Human Caring*, 21(1), 2-8. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.21.1.2>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. C., & Wagner, C. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th Ed.). Mosby/Elsevier.
- Calong, A. K., & Soriano, P. G. (2019). Construct Validity and Reliability of Caring Nurse Patient Interaction Scale Nurse among Filipino Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1017.
- Campbell, A., Kennerly, S., Forbes, T., Swanson, M., & Scott, E. (2020). RQ between the RN and NA: Essential for Teamwork and Communication. *Journal of Nursing Administration*, 51(9), 461-467. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001046>
- Cantó, V. P., Soler, M. M., & Chordá, V. G. (2018). Satisfacción de los usuarios en 2 hospitales con diferente modelo de gestión. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(6), 334-342.. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.005>
- Carvalho, E. C. D., Oliveira-Kumakura, A. R. D. S., & Morais, S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 662-668. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice - systematic review. *Millenium*, 2(11), 57-64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>

- Center for Studying Health System (2008). *The Role of Nurses in Hospital Quality Improvement*. Center for Studying Health System Change Research Brief No. 3, 1-8. <http://www.hschange.org/CONTENT/972/972.pdf>
- Chalupowski, M. (2016). Tracking the origins, defining and quantifying quality of care: Can we reach a consensus? *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 133-138. <https://doi.org/10.7322/jhgd.119237>
- Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M., & Chalmers, C. (2017). Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 170-181. <https://doi.org/10.1111/jocn.13433>
- Chegini, Z., Jafari-Koshki, T., Kheiri, M., Behforoz, A., Aliyari, S., Mitra, U., & Islam, S. M. S. (2020). Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2205-2215. <https://doi.org/10.1111/jonm.13055>
- Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). Ambiente de Prática de Enfermagem e a Satisfação dos Enfermeiros em Contexto Hospitalar - Uma Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 29–42.
- Chiang, H. Y., & Lin, S. Y. (2009). Psychometric testing of the Chinese version of Nursing Practice Environment Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 919-929. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02433.x>
- Cho, E., Chin, D. L., Kim, S., & Hong, O. (2016). The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 74-82. <https://doi.org/10.1111/jnu.12183>
- Cho, H., & Han, K. (2018). Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviors of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50, 403–410. <https://doi.org/10.1111/jnu.12390>
- Cho, S. H., Mark, B. A., Yun, S. C., & June, 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), 2637-2648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05713.x>
- Choe, E. K., & Lee, B. (2019). Toward supporting personalized tracking experiences in healthcare. *Interactions*, 27(1), 84-87. <https://doi.org/10.1145/3371287>
- Cianciarullo, T. I., & Bersusa, A. A. S. (2003). *Instrumentos basicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo: Atheneu.
- Coates, C. J. (2019). Caring Efficacy Scale. In *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* (3rd Ed.). pp. 165–171. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826195425.0022>
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M. & Aiken, L. H. (2013). 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, 162–173. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002>

- Cole, C., Wellard, S., & Mummery, J. (2014). Problematizing autonomy and advocacy in nursing. *Nursing Ethics*, 21(5), 576–582. <https://doi.org/10.1177/0969733013511362>
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- Cossette, S. (2015). *Guide d'utilisation Échelle d'Interactions Infirmière Patient (EIIP-70) (EIIP-23)*. p. 40. Montreal, Quebec: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Cossette, S., Cote, J. K., Pepin, J., Ricard, N., & D'Aoust, L. X. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: Refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198–214. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03895.x>
- Cossette, S., Pepin J, Cote, J. K., & De Courval, F. P. (2008) The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse–Patient Interaction Short Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 699–710 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04566.x>
- Cossette, S., Pepin, J., & Fontaine, G. (2019). Caring Nurse-Patient Interactions Scale. In K. L. Sitzman, & J. Watson (Eds.), *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*, (3th Ed.). pp. 251–270. Springer Publishing Company. USA. <https://doi.org/10.1891/9780826195425.0022>
- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18(5), 796–808. <https://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Crisp, L. N., & Tavistock, B. M. W. O. (2018). The triple impact of nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 78, A3-A4. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.001>
- Cummings, G. G., Tatea, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micarone, S. P., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work. *International Journal of Nursing Studies*, (85), 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>
- De Brouwer, B. J. M., 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), 99-108. <https://doi.org/10.1111/inr.12073>
- De Jager, E., Gunnarsson, R., & Ho, Y. H. (2019). Implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist correlates with reduced surgical mortality and length of hospital admission in a high-income country. *World Journal of Surgery*, 43(1), 117-124. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4703-x>

- De Sul, S. I. R., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 7(5), 1475- 1481. <https://doi.org/10.1002/nop2.521>
- Debono, D. & Travaglia, J. (2009). *Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature*. Sydney: University of New South Wales.
- Decreto-Lei n.º 104/98 (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Conselho de Ministros. Diário da República, I Série-A (N.º 93 de 21 -04-1998, 1739 – 1757). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Denadai, W., Primo, C. C., Lopes, R. O. P., Mercês, C. A. M. F., Brandão, A. P. D. C. L., Martins, J. S. A., & Brandão, M. A. G. (2020). Teoria de enfermagem de médio alcance para atenção à saúde mental. *Research, Society and Development*, 9(7), e825974950-e825974950. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4950>
- DeWolf Bosek, M. S., Jannette, J., & Rambur, B. (2013). Attitudes of nurses toward patient-directed dying: A pilot study. *Jona's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 15(4), 135-139. <https://doi.org/10.1097/nhl.0000000000000017>
- DGS - Direção Geral da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Donabedian A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). *Toward a National Report Card in Nursing: A Knowledge Synthesis*. Nursing Health Services Research Unit. University of Toronto. Toronto.
- Dorigan, G. H. & Guirardello, E. B. (2017) Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: the nurses' perception. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 129-135. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700021>
- Ducharme, M. P., Bernhardt, J. M., Padula, C. A., & Adams, J. M. (2017). Leader influence, the professional practice environment, and nurse engagement in essential nursing practice. *The Journal of Nursing Administration*, 47(7/8), 367-375. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000497>
- Duffy, J. R. (2013). *Quality caring in nursing and health systems. Implications for Clinicians, Educators, and Leaders* (2nd Ed.). Springer Publishing Company. New York. USA. http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_151220_55.pdf
- Duffy, J. R. (2015). Joanne Duffy's Quality-Caring Model©. In M. Smith & M. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice*, pp. 393–429. F. A. Davis Company, Philadelphia. USA. [http://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/SelectiveBooks/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Practice%20-%20Smith,%20Marlaine%20C.%20\[SRG\].pdf#page=414](http://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/SelectiveBooks/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Practice%20-%20Smith,%20Marlaine%20C.%20[SRG].pdf#page=414)

- Duffy, J. R., & Korniewicz, D. (2000). Outcome's measurement using the ANA Safety and Quality Indicators: Independent Study Module. American Nurses Association, Washington. USA.
- Duffy, J. R., Baldwin, J., & Mastorovich, M. J. (2007). Using the Quality-Caring Model to Organize Patient Care Delivery. *Journal of Nursing Administration*, 37(12), 546–551. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000302382.45625.66>
- Duffy, J. R., Hoskins, L. (2003). The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms. *Advanced Nursing Science*, 26(1), 77-88. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>
- Duffy, J. R., Hoskins, L. M., & Dudley-Brown, S. (2005). Development and Testing of a Caring-based Intervention for Older Adults with Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(5), 325-333.
- Duffy, J. R., Hoskins, L. M., & Seifert, R. (2007). Dimensions of Caring: psychometric evaluation of the caring assessment tool. *Advanced Nursing Science*, 30(3), 235-245. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000286622.84763.a9>
- Dyess, S. M., Boykin, A., Bulfin, M. J. (2013). Hearing the Voice of Nurses in Caring Theory-Based Practice. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 167–173. <https://doi.org/10.1177/0894318413477138>
- Ebrahimian, T., Salehi, A., Rejalian, F., & Jabbari, A. (2017). Evaluation of the nursing services quality from the patient perspective by using the Kano and SERVQUAL combines model. *Health Research Journal*, 2(2), 117-23. <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.hrjbaq.2.2.117>
- Edvardsson, D., Watt, E., & Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 217-227. <https://doi.org/10.1111/jan.13105>
- Efstathiou, G., Andreou, C., Tsangari, H., Dimitriadou, M. & Papastavrou, E. (2018). Adaptation and validation of the Cyprus version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: a methodological study. *BMC Research Notes*, 11, 791. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3896-2>
- Elewa, A., & Elkattan, B. A. E. A. (2017). Effect of an educational program on improving quality of nursing care of patients with thalassemia major as regards blood transfusion. *American Journal of Nursing Research*, 5(1), 13-21. <https://doi.org/10.12691/ajnr-5-1-2>
- El-Haddad, C., Damodaran, A., Patrick McNeil, H., & Hu, W. (2018). The experience of patients admitted to hospital with acute low back pain: a qualitative study. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 21(4), 796-803. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12870>
- El-Haddad, C., Hegazi, I., & Hu, W. (2020). Understanding patient expectations of health care: a qualitative study. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1724-1731. <https://doi.org/10.1177/2374373520921692>

- Ellison, D. L., & Meyer, C. K. (2020). Presence and therapeutic listening. *Nursing Clinics*, 55(4), 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.012>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde*. ERS, Porto. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Dese_mpenho_das_U LS_-_final.pdf
- Er, F., & Sökmen, S. (2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.01.001>
- Erickson, J. I., Duffy, M. E., Ditomassi, M., & Jones, D. (2017). Development and psychometric evaluation of the professional practice work environment inventory. *Journal of Nursing Administration*, 47(5), 259-265. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000476>
- Esmailpourzanjani, S., & Mashouf, S. (2018). Nursing cares quality in nurses. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 3(4), 1-14. <https://doi.org/10.29252/sjnmp.3.4.1>
- Fagerström, L., Kinnunen, M., & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*, 8(4), e016367. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>
- Fahlberg, B. (2015). “No education about me without me”: A shared decision-making approach to patient education. *Nursing*, 45(2), 15–16. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000459549.75744.3a>
- Fan, C. J., Pawlik, T. M., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., ... & Makary, M. A. (2016). Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(2), 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
- Farajzadeh, M. A., Vahedian-Azimi, A., MirJavadi, S. A., Karimi, L. (2019). Survey of the Patients’ Satisfaction with Services provided in an Iranian Naval Hospital in 2019: A Cross-sectional Study. *Journal of Marine Medicine*, 1(3), 170–179. <https://doi.org/10.30491/1.3.7>
- Farmakas, A., Papastavrou, E., Siskou, O., Karayiannis, G., & Theodorou, M. (2014). Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(1), 39-45. <https://doi.org/10.1111/jpm.12045>
- Fatehi, R., Motalebi, A., & Azh, N. (2019). Nurses’and elderly’s’ viewpoints regarding quality of nursing care in the educational hospitals of sanandaj city. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 16(11): 779–86.
- Fatima, T., Malik, S. A., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195-1214. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-02-2017-0031>

- Feo, R., Conroy, T., Wiechula, R., Rasmussen, P., & Kitson, A. (2019). Instruments measuring behavioral aspects of the nurse–patient relationship: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11-12), 1808–1821. <https://doi.org/10.1111/jocn.14947>
- Feo, R., Donnelly, F., Athlin, A. M., & Jangland, E. (2018). Providing high-quality fundamental care for patients with acute abdominal pain. *Journal of Health Organization and Management*, 33(1), 110–123. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2018-0037>
- Ferreira, L., Oliveira, J., Gonçalves, R., Elias, T., Medeiros, S., & Mororó, D. (2019). Nursing Care for the Families of Hospitalized Children and Adolescents. *Journal of Nursing UFPE Online*, 13(1), 23–31. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237672p23-31-2019>
- Ferreira, M. R. S. C. F. & Amendoeira, J. (2014). Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the Portuguese reality. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), 690–697. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400017>
- Ferreira, P. & Escoval, A. (2010). Desafios em Tempos de Crise. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(3), 264–70. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i3.11181>
- Ferreira, P. A. (2011). *Enfermagem em Cardiologia*. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra.
- Folami, F. (2019). Assessment of Patient Satisfaction with Nursing Care in Selected Wards of the Lagos University Teaching Hospital. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 17(1), 12489-12497. <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2019.17.002941>
- Fortuno, A. F., Oco, D. B., & Clores, M. A. (2017). Influential Components of Caring Nurse–Patient Interaction in a Tertiary Hospital in the Philippines: Towards Improving Health Outcomes of Patients. *International Journal of Nursing Science*, 7(4), 84–90. <https://doi.org/10.5923/j.nursing.20170704.02>
- Foss, D. A., McDermott, S., Kinney, G., & Triner, T. (2015). Caring science: transforming the ethic of caring-healing practice, environment, and culture within an integrated care delivery system. *The Permanent Journal*, 19(4), e136–e142. <https://doi.org/10.7812/TPP/15-042>
- Freitas, J. S., Silva, A. E., Minamisava, R., Bezerra, A. L., Sousa, M. R. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3): 454-60. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>
- Freitas, M., Parreira, P., & Domingues, J. (2016). Assessment of the psychometric properties of the Patient Satisfaction with Hospital Nursing Care Scale. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 9–18. <https://doi.org/10.12707/RIV16031>
- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., & González-Maria, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>

- Gaalan, K., Kunaviktikul, W., Akkadechanunt, T., Wichaikhum, O., & Turale, S. (2019). Factors predicting quality of nursing care among nurses in tertiary care hospitals in Mongolia. *International Nursing Review*, 66(2), 176-82. <https://doi.org/10.1111/inr.12502>
- Gasparino, R. C. & Guirardello, E. B. (2017). Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. *Journal of Nursing Management*, 25(5), 375-83. <https://doi.org/10.1111/jonm.12475>
- Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. A., Mármol-López, M. I., Alfaro-Blazquez, R., & Martínez-Riera, J. R. (2019). Development of a short questionnaire based on the Practice Environment Scale-Nursing Work Index in primary health care. *PeerJ*, 7, e7369. <https://doi.org/10.7717/peerj.7369>
- Genet, G., Lheureux, F., & Truchot, D. (2018). La relation soignant-soigné dans la littérature académique: Tendances générales, limites et perspectives futures. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(2), 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.022>
- Genet, M., Lheureux, F., & Truchot, D. (2018). La relation soignant-soigné dans la littérature académique : tendances générales, limites et perspectives futures. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(2), 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.022>
- George, T. P. (2013). How nurses can encourage shared decision making. *Nursing*, 43(8), 65-66. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000431767.44118.c3>
- Gettelfinger, J. D., Paulk, P. B., & Schmalbach, C. E. (2021). Patient Safety and Quality Improvement in Otolaryngology-Head and Neck Surgery: A Systematic Review. *The Laryngoscope*, 131(1), 33-40. <https://doi.org/10.1002/lary.28538>
- Gillespie, A., & Reader, T. W. (2018). Patient-Centered Insights: Using Health Care Complaints to Reveal Hot Spots and Blind Spots in Quality and Safety. *The Milbank Quarterly*, 96(3), 530-567. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12338>
- Gillet, N., Colombat, P., Michinov, E., Pronost, A. M., & Fouquereau, E. (2013). Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: The mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2560-2571. <https://doi.org/10.1111/jan.12144>
- Gishu, T., Weldetsadik, A. Y., & Tekleab, A. M. (2019). Patients' perception of quality of nursing care; a tertiary center experience from Ethiopia. *BMC Nursing*, 18(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0361-z>
- Gomes, A. C. D. A., Silva, A. T. M., Santos, C. M., & Palermo, T. A. D. C. (2019). Brinquedo terapêutico para alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Biológicas & Saúde*, 9(29), 33-42. <https://doi.org/10.25242/886892920191717>
- Gomes, A. M. (2018). *Boa enfermeira e bom enfermeiro: visão de crianças e adolescentes hospitalizados*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19032019-151746/en.php>

- Gonçalves, C. & Ramos, V. (2010). Plano Nacional de saúde 2011-2016: Análise especializada Cidadania e saúde um caminho a percorrer. Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/CS-AIV1.pdf>
- Gray, J. R. & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9th Ed.). St Louis, Missouri: Elsevier.
- Griffith, R., & Tengnah, C. (2013). Shared decision-making: Nurses must respect autonomy over paternalism. *British Journal of Community Nursing*, 18(6), 303–306. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.6.303>
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall'Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., Pope, C., Saucedo, A. R., & Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213-225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012>
- Grindel, C. G. (2016). Clinical leadership: A call to action. *Medsurg Nursing*, 25(1), 9. <https://search.proquest.com/openview/cd3391f026cb15478bb9c6919ed7d00d/1?pqorigsite=gscholar&cbl=30764>
- Griscti, O., Aston, M., Warner, G., Martin-Misener, R., & McLeod, D. (2017). Power and resistance within the hospital's hierarchical system: The experiences of chronically ill patients. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 238–247. <https://doi.org/10.1111/jocn.13382>
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalized surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9(4), e023108. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023108>
- Gu, L. Y., & Zhang, L. J. (2014). Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 437-440. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.10.013>
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A., & Pais, A. (2019). Ambiente da prática em enfermagem e qualidade dos cuidados. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 181-195. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2019.380>
- Guirardello, E. B. (2017). Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0), e2884. <http://dx.doi.org/0.1590/1518-8345.1472.2884>
- Gurková, E., Bartoníčková, D., & Mikšová, Z. (2021). Nursing work environment and unfinished nursing care in hospital settings – a scoping review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(3), 470-485. <http://dx.doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0015>

- Halfon, P., Staines, A., & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 527-533. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx061>
- Haller, K., Berends, W., & Skillin, P. (2018). Organizational culture and nursing practice: the magnet recognition program® as a framework for positive change. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.005>
- Hallet, C. E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K. A. (2000). Community nurses' perceptions of patient "compliance" in wound care: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 115–123. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01407.x>
- Haryani, A. (2019). Predictors of Nurse's Caring Behavior towards Patients with Critical Illness. *KnE Life Sciences*, 12-22. <https://doi.org/10.18502/kls.v4i13.5221>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Søfteland, E. (2019). Impact of the world health organization surgical safety checklist on patient safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420- 425. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
- Hayes, B., Douglas, C., & Bonner, A. (2015). Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 588-598. <https://doi.org/10.1111/jonm.12184>
- Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., & Hughes, F. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237- 263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>
- Heale, R., & Shorten, A. (2017). Ethical context of nursing research. *Evidence-Based Nursing*, 20(1), 7. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102514>
- Helming, M. A. B., Shields, D. A., Avino, K. M., & Rosa, W. E. (2020). *Dossey & Keegan's holistic nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 501–508. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00757.x>
- Hespanhol, A. A. O. P. (2008). Satisfação dos profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa De Medicina Geral e Familiar*, 24(6), 665–670. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i6.10564>
- Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2019). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 287–294. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378>
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2018). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (10ª Ed.). Lusociência. Loures.
- Hosseinzadeh, H., Mohammadi, M. A., & Shamshiri, M. (2019). The study of caring behaviors and its determinant factors from the perspective of nurses in educational hospitals of Ardabil. *Journal of Health and Care*, 21(3), 203-211. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-1019-en.html>

- Hovenga, E. J. S., & Lowe, C. (2020). *Measuring health service quality. Measuring Capacity to Care Using Nursing Data*, pp. 465. Elsevier. London.
- Hylén, U., Kjellin, L., Pelto-Piri, V., & Warg, L. E. (2018). Psychosocial work environment within psychiatric inpatient care in Sweden: Violence, stress, and value incongruence among nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1086–1098. <https://doi.org/10.1111/inm.12421>
- Im, S. B., Cho, M. K., & Heo, M. (2019). Validity and reliability of the Korean version of the Watson Caritas Patient Score. *The Journal of Nursing Research*, 28(2), e80. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000035>
- International Council of Nurses (2007) *Nursing research*. http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_Toma_dasdePosicao_versaoINGePT/TP_versao_ING/B05_Nsg_Research.pdf
- International Council of Nurses (ICN) (2021). ICN strategic priorities. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities>
- Jamsahar, M., Khaki, S., Esmeilpour Zanjani, S., & Mashouf, S. (2020). Comparison of quality of nursing cares from the perspective of nurses and patients. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*, 5(4), 72-83. <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-285-en.html>
- Jankowska-Polańska, B., Świętoniowska-Lonc, N., Ośmiałowska, E., Gałka, A., & Chabowski, M. (2020). The Association Between Illness Acceptance and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Cancer Management and Research*, 12, 8451–8464. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S261624>
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes da prática de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13(2), 26-44.
- Jiang, L. L., Ruan, H., Xiang, X. J., & Jia, Q. (2015). Investigation and analysis of the caring attitude and behaviour of nurses in Shanghai, China. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 426–432. <https://doi.org/10.1111/ijn.12287>
- Kaiser, J. A., & Westers, J. B. (2018). Westers Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 555-562. <https://doi.org/10.1111/jonm.12582>
- Kalisch, B. J., Aebbersold, M., McLaughlin, M., Tschannen, D., & Lane, S. (2015). An Intervention to Improve Nursing Teamwork Using Virtual Simulation. *Western Journal of Nursing Research*, 37(2), 164-179. <https://doi.org/10.1177/0193945914531458>
- Kallioma-Puha, L. & Kangas, O. (2021). *Finland to improve the quality of long-term care by increasing the number of nurses per patient*, ESPN Flash Report 2021/13, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3324-3329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x>

- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535–545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Karamchandani, K., Fitzgerald, K., Carroll, D., Trauger, M. E., Ciccocioppo, L. A., Hess, W., ... & Armen, S. B. (2018). A multidisciplinary handoff process to standardize the transfer of care between the intensive care unit and the operating room. *Quality Management in Healthcare*, 27(4), 215-222. <https://doi.org/10.1097/QMH.000000000000187>
- Karlsson, A. C., Gunningberg, L., Bäckström, J., & Pöder, U. (2019). Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay—A double-edged sword. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1359-1365. <https://doi.org/10.1111/jonm.12816>
- Karlsson, M., & Pennbrant, S. (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philos*, 21(4), e12325. <https://doi.org/10.1111/nup.12325>
- Kasa, A. S., & Gedamu, H. (2019). Predictors of adult patient satisfaction with nursing care in public hospitals of Amhara region, Northwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3898-3>
- Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2013). The Critical Care Work Environment and Nurse-Reported Health Care–Associated Infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482-488. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013298>
- Kemp, K., McCormack, B., Chan, N., Santana, M. J., & Quan, H. (2015). Correlation of inpatient experience survey items and domains with overall hospital rating. *Journal of Patient Experience*, 2(2), 29-36. <https://doi.org/10.1177/2374373515615977>
- Kester, K. M. (2020). A multifaceted approach to tackling nurse turnover. *Nursing Management*, 51(6), 22–28. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000662652.32499.22>
- Kim, C. E., Shin, J. S., Lee, J., Lee, Y. J., Kim, M. R., Choi, A., ... & Ha, I. H. (2017). Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1691-6>
- King, B. M., Linette, D., Donohue-Smith, M., & Wolf, Z. R. (2019). Relationship between perceived nurse caring and patient satisfaction in patients in a psychiatric acute care setting. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(7), 29-38. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190225-01>
- Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>

- Kleiman, S., Frederickson, K., Lundy, T. (2004). Using an electric model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nursing Education Perspective*, 25(5), 249–253.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications. ISBN 9781462523344.
- Kol, E., Arıkan, F., İlaslan, E., Akıncı, M. A., & Koçak, M. C. (2018). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related 200 factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 25(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.006>
- Laferton, J. A., Kube, T., Salzmann, S., Auer, C. J., & Shedden-Mora, M. C. (2017). Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. *Frontiers in Psychology*, 8, 233. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00233>
- Lake, E. T. & Friese, C. R. (2006). Variations in Nursing Practice Environments. *Nursing Research*, 55(1), 1–9. <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T. (2007). Measurement and Evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104S–122S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lake, E. T., Hallowell, S. G., Kutney-Lee, A., Hatfield, L. A., Del Guidice, M., Boxer, B., ... & Aiken, L. H. (2016). Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 24. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000146>
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A MetaAnalysis of the Associations between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>
- Laschinger, H. K. S., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1080–1089. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002>
- Laschinger, H. K. S., Gilbert, S., & Smith, L. (2011). Patient satisfaction as a nurse sensitive outcome. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes The state of the Science* (2nd Ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Laschinger, H. K. S., Zhu, J., & Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviors, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 656–665. <https://doi.org/10.1111/jonm.12370>
- Laschinger, H. K., & Leiter, M. P. (2006). The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259–267. <https://doi.org/10.1097/00005110-200605000-00019>

- Lecocq, D., Delmas, P., Antonini, M., Lefebvre, H., Laloux, M., Beghuin, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Pirson, M. (2021). Comparing feeling of competence regarding humanistic caring in Belgian nurses and nursing students: A comparative cross-sectional study conducted in a French Belgian teaching hospital. *Nursing Open*, 8(1), 104–114. <https://doi.org/10.1002/nop2.608>
- Lee, S. E., & Scott, L. D. (2018). Hospital Nurses' Work Environment Characteristics and Patient Safety Outcomes: A Literature Review. *West Journal of Nursing Research*, 40(1), 121-145. <https://doi.org/10.1177/0193945916666071>
- Lei n.º 58/2019 (2019). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Diário da República, I Série (N.º 151 de 08-08-2019, 3 – 40). ELI: <https://files.dre.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, E. H., Sermeus, W., Aiken, L. & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584–1592. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.006>
- Létourneau, D., Cara, C., & Goudreau, J. (2017). Humanizing Nursing Care: An Analysis of Caring Theories Through the Lens of Humanism. *International Journal for Human Caring*, 21(1), 32–40. <https://doi.org/10.20467/1091-5710-21.1.32>
- Lewis, P. S., & Malecha, A. (2011). The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *Journal of Nursing Administration*, 41(1), 41–47. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182002a4c>
- Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, 16(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0570-5>
- Li, Y. S., Yu, W. P., Yang, B. H., & Liu, C. F. (2016). A comparison of the caring behaviours of nursing students and registered nurses: implications for nursing education. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), 3317-3325. <https://doi.org/10.1111/jocn.13397>
- Linder, L. A., & Seitz, M. (2017). Through Their Words. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(1), 51–64. <https://doi.org/10.1177/1043454216631308>
- Liu, J., You, L., Zheng, J., Ross, A. M., & Liu, K. (2016). Effects of work environment on quality of care in ICUs. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(3), E1-E8. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000160>
- Liu, L., Lee, S., Chia, P., Chi, S., & Yin, Y. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse sensitive patient safety outcomes indicators. *Journal of Nursing Research*, 20(4), 300-309. <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e3182736363>
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>

- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- Loureiro, F. M. (2020). *Satisfação da criança em idade escolar hospitalizada e dos seus pais com os cuidados de enfermagem*. Tese Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa.
- Loureiro, F., Figueiredo, M. H., & Charepe, Z. (2019). Nursing care satisfaction from school-aged children’s perspective: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 25(6), e12764. <https://doi.org/10.1111/ijn.12764>
- Loureiro, R., & Brou, E. (2018). Fundamentos económicos para a integração vertical em saúde. *Dos Algarves: A Multidisciplinary e-Journal*, (33), 66-80. <https://doi.org/10.18089/DAMeJ.2018.33.5>
- Lu, S. J., Kao, H. O., Chang, B. L., Gong, S. I., Liu, S. M., Ku, S. C., & Jerng, J. S. (2020). Identification of quality gaps in healthcare services using the SERVQUAL instrument and importance-performance analysis in medical intensive care: a prospective study at a medical center in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05764-8>
- Lucas, P. R. M. B. & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190479. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- Luker, K. A., Austin, L., Caress, A., Hallet, C. E. (2000). The importance of “Knowing the patient nurses” construction of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 775–782. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01364.x>
- Lusk, J. M., Fater, K. (2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum*, 48(2), 89–98. <https://doi.org/10.1111/nuf.12019>
- Ma, C., Shang, J., Stone, P. (2014). “Can nurse work environment influence readmission risk?”: a systematic review. *Nursing: Research and Reviews*, 4, 91–101. <http://dx.doi.org/10.2147/NRR.S46156>
- MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental variables that influence patient satisfaction: A review of the literature. *Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169. <https://doi.org/10.1177%2F1937586716660825>
- Macedo, L., Moreira, R., & Moreira, F. (2012). Ganhos em saúde em doentes submetidos a cirurgia cardíaca. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 41, 22-23.
- Mahmood, T., Mylopoulos, M., Bagli, D., Damignani, R., & Haji, F. A. (2018). A mixed methods study of challenges in the implementation and use of the surgical safety checklist. *Surgery*, 165(4), 832-837. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2018.09.012>
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (2ª Ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª Ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.

- Maroudy, D. (2014). Should we tell the truth to patients? *Soins*, 789(1).
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application* (9th Ed.). Wolters Kluwer Health.
- Martins, M. M., Gonçalves, M. N., Ribeiro, O. M. & Tronchin, D. M. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 920-926. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Martins, P. F., & Perroca, M. G. (2017). Necessidades de cuidados: o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 1026-1032. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0197>
- Mascarenhas, F. A. S., Anders, J. C., Gelbecke, F. L., Lanzoni, G. M. M., & Ilha, P. (2019). Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 28, e20180040. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0040>
- Maurício, L. F. S., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Belasco, A. G. S., & Batista, R. E. A. (2017). Professional nursing practice in critical units: assessment of work environment characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2854. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1424.2854>
- McCaffrey, G. (2019). A humanism for nursing? *Nursing Inquiry*, 26(2), e12281. <https://doi.org/10.1111/nin.12281>
- Medeiros, F. D. A. L., Félix, L. G., & Nóbrega, M. M. L. (2016). Processo Clínico Caritas em oficinas para cuidadores de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1059-1066. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267048565008>
- Mensa, M., Taye, A., Katene, S., Abera, F., & Ochare, O. (2017). Determinants of patient satisfaction towards inpatient nursing services and its associated factors in, Gamo Gofa zone, SNNPR, Ethiopia, April 2017. *MOJ Clin Med Case Rep*, 7(3), 00205. <https://doi.org/10.15406/mojcr.2017.07.00205>
- Min, R., Li, L., Zi, C., Fang, P., Wang, B., & Tang, C. (2019). Evaluation of patient experience in county-level public hospitals in China: a multicentred, cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(11), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034225>
- Mistretta, E. G. (2017). Spirituality in young adults with end-stage cancer: A review of the literature and a call for research. *Annals of Palliative Medicine*, 6(3), 279-283. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.06.17>
- Moisoglou, I., Yfantis, A., Tsiouma, E., & Galanis, P. (2020). The work environment of haemodialysis nurses and its mediating role in burnout. *Journal of Renal Care*, 47(2), 133-140. <https://doi.org/10.1111/jorc.12353>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes* (6 Ed.). Missouri: Elsevier. ISBN: 9780323497640.

- Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). Ambiente de prática e a segurança do doente no bloco operatório: dimensões preditoras. *Cogitare Enfermagem*, 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>
- Mrayyan, M. T. (2019). Nurses' views on hospital organizational characteristics. *Nursing Forum*, 54(4), 650–660. <https://doi.org/10.1111/nuf.12390>
- Mudallal, R. H., Saleh, M. Y., Al-Modallal, H. M., & Abdel-Rahman, R. Y. (2017). Quality of nursing care: the influence of work conditions and burnout. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 7, 24-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2017.06.002>
- Mula, J. M. & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Mulugeta, H., Wagnew, F., Dessie, G., Biresaw, H. & Habtewold, T. (2019). Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 18(1), 18-27. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0348-9>
- Murante, A. M., Seghieri, C., Brown, A., & Nuti, S. (2014). How do hospitalization experience and institutional characteristics influence inpatient satisfaction? A multilevel approach. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), e247–e260. <https://doi.org/10.1002/hpm.2201>
- Nabili, A., & Bastani, F. (2020). Evaluate quality of nursing care from the viewpoint of elderly patients under hemodialysis in selected Medical Education Centers of Iran University of Medical Sciences, 2018. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(3), 10-21. <http://ijnr.ir/article-1-2391-en.html>
- Nadi, A., Shojaee, J., Abedi, G., Siamian, H., Abedini, E., & Rostami, F. (2016). Patients' expectations and perceptions of service quality in the selected hospitals. *Medical Archives*, 70(2), 135. <https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.135-139>
- Naghneh, M., Tafreshi, M. Z., Naderi, M., Shakeri, N., Bolourchifard, F., & Goyaghaj, N. S. (2017). The relationship between organizational commitment and nursing care behavior. *Electronic physician*, 9(7), 4835–4840. <https://doi.org/10.19082/4835>
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- Nascimento, A. & Jesus, É. (2020). Nursing Work Environment and Patient Outcomes in a Hospital Context. *The Journal of Nursing Administration*, 50(5), 261-266. <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000881>
- Ndengeyingoma, A., & Ruel, J. (2016). Nurses' representation of caring for intellectual disabled patients and perceived needs to ensure quality care. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 3199–3208. <https://doi.org/10.1111/jocn.13338>
- Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Graveto, J. M. G. N., Rodrigues, V. J. L. & Marôco, J. P. (2018). Practice environment scale of the nursing work index : Portuguese version

- and psychometric properties. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 833–841. <https://doi.org/10.1111/jonm.12606>
- Ng, J. H. Y., & Luk, B. H. K. (2019). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013> Nicholson et al. 2010
- Nikmanesh, P., Mohammadzadeh, B., Nobakht, S., & Yusefi, A. R. (2018). Nurses communication skills training and its effect on patients' satisfaction in teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health Sciences*, 6(4), 22-29. <https://doi.org/10.18502/jhs.v6i4.201>
- Nogueira, L. S., Sousa, R. M. C., Guedes, E. S., Turrini, R. N. T., Cruz, D. A. L. M., & Santos, M. A. (2018). Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 358–365. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>
- Nomura, A. T. G., Pruinelli, L., Silva, M. B., Lucena, A. F. & Almeida, M. A. (2018). Quality of electronic nursing records: the impact of educational interventions during a hospital accreditation process. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(3), 127-132. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000390>
- Norman, R. M., & Sjetne, I. S. (2017). Measuring nurses' perception of work environment: a scoping review of questionnaires. *BMC Nursing*, 16, 66. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0256-9>
- Norman, V., Rossillo, K., & Skelton, K. (2016). Creating Healing Environments Through the Theory of Caring. *AORN Journal*, 104 (5), 401-409. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.09.006>
- Nugraheni, R., & Kirana, G. R. (2018). The analysis quality of service and patient satisfaction participants of health BPJS in interior services in hospital X of Kediri City. *Journal of Global Research in Public Health*, 3(1), 9-17. <http://ojs.stikesstrada.ac.id/index.php/JGRPH/>
- Nunes, E. M. G. T. & Gaspar, M. F. M. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e55726. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55726>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal. ISBN: 978-989-54837-0-9.
- Nunes, S. R., Rego, G., & Nunes, R. (2016). Right or duty of information: A Habermasian perspective. *Nursing Ethics*, 23 (1), 36–47. <https://doi.org/10.1177/0969733014557116>
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2007). *Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- OE - Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Conselho Internacional de Enfermagem dá razão à Ordem sobre dotações seguras. Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgarpadroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Oliveira, C. S. (2013). Conforto e Bem-Estar Enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo1_2_8
- Oliveira, F., Kuznier, T. P., Sousa, C. C., & Chianca, T. C. M. (2018). Aspectos Teóricos e Metodológicos para Adaptação Cultural e Validação de Instrumentos na Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), e4900016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>
- Ong, A., Short, N., Radovich, P., & Kroetz, J. (2017). Ripple effect: Shared governance and nurse engagement. *Nursing Management*, 48(10), 28-34. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000524811.11040.05>
- Oren, B., Zengin, N., & Yildiz, N. (2017). The Turkish adaptation of scale to measure patient perceptions of the quality of nursing care and related hospital services: a validity and reliability study. *Northern Clinics of Istanbul*, 3(3), 187–193. <https://doi.org/10.14744/nci.2016.42650>
- Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S. (2011). Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Services Management Research*, 24(4), 163–169. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2011.011008>
- Park, S. H., Hanchett, M., & Ma, C. (2018). Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730. <https://doi.org/10.1111/jnu.12434>
- Parse, R. R. (2019). Nurses and Person-Centered Care. *Nursing Science Quarterly*, 32(4), 265. <https://doi.org/10.1177/0894318419864335>
- Patrician, P., Shang, J. & Lake, E. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99–110. <https://doi.org/10.1002/nur.20370>
- Paz, E., Parreira, P., Lobo, A., Palasson, R., & Farias, S. (2014). Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 419-426. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400070>
- Pedro, S., Ferreira, P. L., & da Costa Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Tourism & Management Studies*, (6), 175-189.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS* (6ª Ed.). Lisboa, Edições Sílabo.
- Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide, Australia.
<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Pevec, T., & Pisnik, A. (2018). Empirical Evaluation of a Conceptual Model for the Perceived Value of Health Services. *Slovenian Journal of Public Health*, 57(4), 175-182.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0022>
- Phillips, G. (2016). Nurses are best placed to ensure the ethical application of DNRs. *Nursing Standard*, 30(37), 31. <https://doi.org/10.7748/ns.30.37.31.s37>
- Pires, B. S. M., Oliveira, L. Z. F., Siqueira, C. L., Feldman, L. B., Oliveira, R. A., & Gasparino, R. C. (2018). Nurse work environment: comparison between private and public hospitals. *Einstein*. 16(4), eAO4322.
https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4322
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Ministério da Saúde.
<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem*. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., SanSebastián, J. A., De-la-Sierra, E., & Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6(1), 102.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-102>
- Raadabadi, M., Bahadori, M., Ravangard, R., & Mousavi, S. M. (2017). Comparing the quality of nursing services between two public and private hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 10(4), 252-258.
<https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1299669>
- Ree, E., Johannessen, T., & Wiig, S. (2019). How do contextual factors influence quality and safety work in the Norwegian home care and nursing home settings? A qualitative study about managers' experiences. *BMJ Open*, 9, e025197. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025197>
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação para concurso de provas públicas para professor coordenador, Escola Superior de Enfermagem São João, Porto.

- Ribeiro, A. L. (2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Thofehn, M. B., Mota, M. S., Cardoso, L. S., & Cecagno, S. (2017). Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 7(3), 350. <https://doi.org/10.5902/2179769226333>
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*, 35(7). <http://hdl.handle.net/10400.19/357>
- Ribeiro, O., Vicente, C., Martins, M., Vandresen, L. & Silva, J. (2020). Instrumentos para avaliação dos ambientes da prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190381. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190381>
- Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2179–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.14150>
- Rodrigues, M. G. R., & Séchaud, L. (2019). Caring Models in Geriatric Rehabilitation: An Integrative Review. *Holistic Nursing Practice*, 33(4), 237–253. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000336>
- Romero-Martín, M., Gómez-Salgado, J., Robles-Romero, J. M., Jiménez-Picón, N., Gómez-Urquiza, J. L., & Ponce-Blandón, J. A. (2019). Systematic review of the nature of nursing care described by using the Caring Behaviours Inventory. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3734-3746. <https://doi.org/10.1111/jocn.15015>
- Roque, S. M. B. (2016). *Impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24197/1/Tese%20entrega%2028_03_2017.pdf
- Rostami, M., Ahmadian, L., Jahani, Y., & Niknafs, A. (2019). The effect of patient satisfaction with academic hospitals on their loyalty. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e726-e735. <https://doi.org/10.1002/hpm.2685>
- Ryu, J. I., & Kim, K. (2018). The influence of nursing care integration services on nurses' work satisfaction and quality of nursing care. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1024-1032. <https://doi.org/10.1111/jonm.12629>
- Santos, M. A., Sardinha, A. H. L. & Santos, L. N. (2017). Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), e57506. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery*, 20(1), 198-202. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>

- Schoenfelder, T., Schaal, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2014). Patient satisfaction in urology: effects of hospital characteristics, demographic data and patients' perceptions of received care. *Urology Journal*, 11(4), 1834.
- Schroyer, C. C., Zellers, R., & Abraham, S. (2016). Increasing registered nurse retention using mentors in critical care services. *The Health Care Manager*, 35(3), 251-265. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000118>
- Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M., Mohr, G., Girard, T., Batzer, S., ... & Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*, 13(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
- Shabbir, A., Malik, S. A., & Malik, S. A. (2016). Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(5), 538-557. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-06-2014-0074>
- Sheedy, C., & Richard, S. (2020). *Patient Identification Errors in the Operating Room. In Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555526/pdf/Bookshelf_NBK555526.pdf
- Silva, D., Gama, D., Pereira, R., & Camarão, Y. (2018). The importance of play in the context of child hospitalization. *Journal of Nursing of UFPE*, 12(12), 3484-3491. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>
- Silva, L. F., & Costa, G. R. (2021). Estratégias utilizadas para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, 10(2), e45310212679. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12679>
- Sitzman K, & Watson J. (2019). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide*. (3th Ed.). Springer Publishing Company, USA. <https://doi.org/10.1891/9780826195425>
- Slawomirski, L., Aaraen, A., & Klazinga, N. S. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. OECD, 96, 1-65. Paris.
- Soares, M.I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. S. (2016). Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 676. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>
- Sollami, A., Caricati, L., & Sarli, L. (2015). Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 223-229. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955912>
- Solsky, I., Berry, W., Edmondson, L., Lagoo, J., Baugh, J., Blair, A., ... & Haynes, A. B. (2020). World Health Organization surgical safety checklist modification: do changes emphasize communication and teamwork? *Journal of Surgical Research*, 246, 614-622. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.09.035>

- Soncrant, C. M., Warner, L. J., Neily, J., Paull, D. E., Mazzia, L., Mills, P. D., Gunnar, W., & Hemphill, R. R. (2018). Root cause analysis of reported patient falls in ORs in the Veterans Health Administration. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 108(4), 386-397. <https://doi.org/10.1002/aorn.12372>
- Sousa, T., & Guimarães, A. P. V. (2018). Instrumento de avaliação das competências de liderança nas chefias de enfermagem: estudo das propriedades psicométricas. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 50-58. <https://doi.org/10.1159/000486471>
- Sousa-Muñoz, R. L., Mendonça, M. S. S., Sales, V. C. W., Pereira, V. E., & de Figueiredo, Â. S. (2017). Satisfação do paciente idoso com internação em um hospital universitário. *Revista de Administração em Saúde*, 17(68). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.68.50>
- Spector, W. D., Limcangco, R., Owens, P. L., & Steiner, C. A. (2016). Marginal hospital cost of surgery-related hospital-acquired pressure ulcers. *Medical Care*, 54(9), 845-851. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000558>
- Stalpers, D., Kieft, R., Van Der Linden, D., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Services Research*, 16, 120. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1372-z>
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 372–380. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>
- Suliburk, J. W., Buck, Q. M., Pirko, C. J., Massarweh, N. N., Barshes, N. R., Singh, H., & Rosengart, T. K. (2019). Analysis of human performance deficiencies associated with surgical adverse events. *JAMA Network Open*, 2(7), e198067-e198067. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8067>
- Swiger, P. A., Patrician, P. A., Miltner, R. S., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S., & Loan, L. A. (2017a). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003>
- Titlestad, I., Haugstvedt, A., Iglund, J., & Graue, M. (2018). Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides caring for residents with diabetes. *BMC Nursing*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0305-z>
- Tomaszewska, K., Kłos, A., & Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(8), 1191-1205. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1039369>
- Tonin, L., Lacerda, M. R., Favero, L., Nascimento, J. D. D., Rocha, P. K., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2019). Transpersonal caring model in home-Care nursing for children with special care needs. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(1), 105-112. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n1p105>
- Tonin, L., Nascimento, J. D. D., Lacerda, M. R., Favero, L., Gomes, I. M., & Denipote, A. G. M. (2017). Guide to deliver the elements of the Clinical Caritas Process. *Escola Anna Nery*, 21(4), e20170034.

- Truglio-Londrigan, M. (2015). The Patient Experience with Shared Decision Making: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Infusion Nursing*, 38(6), 407–418. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000136>
- Tune, B. (2019). *Perioperative Patient Safety Handoff Guideline Karen Wolaridge*. Touro Nevada University, DNP Project III DNP 767. http://www.doctorsofnursingpractice.org/wpcontent/uploads/project_form/complete_2_80219014004.pdf
- Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring science or science of caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66-71. <https://doi.org/10.1177/0894318417741116>
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L. & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67–84. <https://doi.org/10.4037/ccn2019605>
- Umoke, M., Umoke, P. C. I., Nwimo, I. O., Nwalieji, C. A., Onwe, R. N., Emmanuel Ifeanyi, N., & Samson Olaoluwa, A. (2020). Patients’ satisfaction with quality of care in general hospitals in Ebonyi State, Nigeria, using SERVQUAL theory. *SAGE Open Medicine*, 8, 1–9 <https://doi.org/10.1177/2050312120945129>
- Uysal, G., & Cirlak, A. (2014). The Expectations Related to Nursing and the Satisfaction Levels of the Parents of the Children who have Acute Health Problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 152, 435–439. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.227>
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Van De Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2175–2185. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05082.x>
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., Van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1123–1134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2019.100083>
- Vanholder, R., Annemans, L., Brown, E., Gansevoort, R., Gout-Zwart, J. J., Lameire, N., Morton, R. L., Oberbauer, R., Postma, M. J., Tonelli, M., Biesen, W. V., Zoccali, C., & European Kidney Health Alliance (2017). Reducing the costs of chronic kidney disease while delivering quality health care: a call to action. *Nature reviews Nephrology*, 13(7), 393–409. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.63>
- Varandas, M. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: A necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22, 141-158. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n22/n22a09.pdf>
- Venturi, K. K., Wolff, L. D. G., Meier, M. J., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2009). Modelo qualidade-cuidado©: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson

e Donabedian. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 280–285. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8212>

- Viana, J. C., Cunha, N. N., & Leão, R. A. (2018). Papel do profissional enfermeiro e sua importância na assistência pediátrica. *Journal of Specialist*, 3, 2–14. <http://www.journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/107/61>.
- Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência* (3ª Ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Vogus, T. J., & McClelland, L. E. (2016). When the customer is the patient: Lessons from healthcare research on patient satisfaction and service quality ratings. *Human Resource Management Review*, 26(1), 37-49. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2015.09.005>
- Vujanic, H., Prlic, N. & Lovric, R. (2020). Nurses' Self-Assessment of Caring Behaviors in Nurse–Patient Interactions: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5255. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145255>
- Watson J. (2012). *Human caring science: a theory of caring science* (2nd Ed.). Sudbury, Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. New York: University Press of Colorado.
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2nd Ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), <https://doi.org/1590/0104-07072017002017editorial4>
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. Louisville, Colorado: University Press of Colorado.
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Science*, 6(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
- Wei, H., Fazzone, P. A., Sitzman, K., & Hardin, S. R. (2019). The current intervention studies based on Watson's Theory of Human Caring: a systematic review. *International Journal for Human Caring*, 23(1), 4-22. <http://dx.doi.org/10.20467/1091-5710.2.3.1.4>
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 287-300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>
- Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018). Ten years of the surgical safety checklist. *The British Journal of Surgery*, 105(8), 927. <https://doi.org/10.1002/bjs.10907>

- Weldetsadik, A. Y., Gishu, T., Tekleab, A. M., Asfaw, Y. M., Legesse, T. G., & Demas, T. (2019). Quality of nursing care and nurses' working environment in Ethiopia: nurses' and physicians' perception. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 10, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.03.002>
- WHO - World Health Organization (2019). *Medication safety in high-risk situations*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325131/WHO-UHC-SDS-2019.10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO, OECD & WB - World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & The World Bank (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank. 1-99. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wieseke, J., Geigenmüller, A., & Kraus, F. (2012). On the role of empathy in customer-employee interactions. *Journal of Service Research*, 15(3), 316-331. <https://doi.org/10.1177/1094670512439743>
- Willassen, E. T., Jacobsen, I. L. S., & Tveiten, S. (2018). Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility - Coequal Demands? A Focus Group Study. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 2333393618764070. <https://doi.org/10.1177/2333393618764070>
- WMA - World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Bulletin of the World Health Organization, 79(4), 373. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Xian, M., Zhai, H., Xiong, Y., & Han, Y. (2020). The role of work resources between job demands and burnout in male nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 535–544. <https://doi.org/10.1111/jocn.15103>
- Yaghoubi, T., Ardalan, A., Zavareh, D. K., Khankeh, H., Nejati, A., & Ebadi, A. (2017). Decision-making on hospital emergency evacuation in disasters and emergencies: findings from a systematic review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(11), 8. <https://doi.org/10.5812/ircmj.14214>
- Yalcın, N., Aşti, T. (2011). Nurse-Patient Interaction. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 54-59.
- You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., Jiang, X-L., Li, X-H., Li, X-M., Liu, H-P., Shang, S-M., Kutney-Lee, A., & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>
- Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R., & Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103446. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103446>

- Zangaro, G. A., & Jones, K. (2019). Practice environment scale of the nursing work index: a reliability generalization meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 41(11), 1658-1684. <https://doi.org/10.1177/0193945918823779>
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Pouragha, B., Marzban, S., & Arab, M. (2014). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n1p1>
- Zhou, W. J., Wan, Q. Q., Liu, C. Y., Feng, X. L., & Shang, S. M. (2017). Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. *International journal for quality in health care. Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(4), 442–449. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx058>
- Zhu, X., Zheng, J., Liu, K. & You, L. (2019). Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: The mediation effect tested by structural equation modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1672. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101672>

ANEXOS

ANEXO I

Enviado: 24 de fevereiro de 2017 10:24
Para: paulamtragostinho@sapo.pt
Assunto: Re: Pedido de Autorização

Bom dia

Sr.^a Enf. Paula Agostinho

É com agrado que recebemos a sua missiva onde manifesta interesse na aplicação do pré-teste na nossa instituição.

Salientamos que nada temos a por ao pedido pelo que se autoriza a sua realização.

██████████, Enf. diretor

De: paulamtragostinho@sapo.pt <paulamtragostinho@sapo.pt>

Enviado: 23 de fevereiro de 2017 14:24:57

Para ██████████

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Dr. ██████████
M.I. Diretor de Enfermagem da ULS de Castelo Branco, EPE

Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho, na qualidade de estudante do Doutoramento em Enfermagem pela Universidade de Lisboa, a desenvolver a tese com o título " Ambiente Organizacional nas Práticas do Cuidar de Enfermagem e a Satisfação dos Pacientes em Contexto Hospitalar".

Assim vem por esse meio solicitar a V/Ex. que seja concebida a aplicação do pré teste através de um questionário com o objetivo de adaptar e validar para Portugal o referido " instrumento ".

Comprometo-me ao sigilo dos dados.

Com os melhores Cumprimentos,
Paula Ribeiro Agostinho

ANEXO II

07/03/2019

RE: Autorisation

Data: Qui, 24 Mar 2016 WET]

De: Cossette Sylvie <[REDACTED]>

Para: paulamtragostinho@sapo.pt

Assunto: RE: Autorisation


Bonjour Mme Agostinho

Il me fait plaisir de vous faire parvenir le guide d'utilisation de l'EIP. Merci de nous tenir au courant Sylvie

Sylvie Cossette, inf. PhD

Vice-doyenne à la recherche et au développement international et Professeure titulaire

FACULTÉ DES sciences
infirmières Université

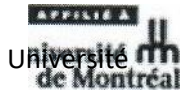
Créez le rythme  de Montréal

514-343-6173



Chercheure

INSTITUT DE
CARDIOLOGIE



DE MONTRÉAL

514-376-3330 poste 4012

De : paulamtragostinho@sapo.pt [mailto:paulamtragostinho@sapo.pt]

Envoyé : 24 mars 2016 09:20

À : Cossette Sylvie <[REDACTED]>

Objet : Autorisation

Dr Sylvie Cossette

Je suis étudiant au doctorat en sciences infirmières École de Lisbonne (ESEL), je demande une autorisation d'utilisation de l'échelle d'Interactions Infirmière-Patient (EIIP- 23), afin de développer ma Thèse.

J'annexe le Formulaire d'enregistrement pour que vous donniez l'autorisation d'utiliser les questionnaires de l'échelle d'Interactions Infirmière-Patient (EIIP - 23).

Avant tout je vous remercie de la disponibilité.

Selon votre disponibilité pourriez-vous m'envoyer des références bibliographiques de l'utilisateur de l'échelle .

Avant tout je vous remercie de la disponibilité.

Mes meilleures salutations

Paula Agostinho

ANEXO III

L'échelle d'Interactions Infirmière-Patient – version 23 items

Énoncé		Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
A – Soins cliniques						
1	Ont su comment donner les traitements (ex. : injections intraveineuses, pansements, etc.).	1	2	3	4	5
2	Ont su se servir de l'équipement spécialisé (ex. : pompes, moniteurs, etc.).	1	2	3	4	5
3	Ont vérifié si mes médicaments soulageaient mes symptômes (ex. : nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc.).	1	2	3	4	5
4	M'ont renseigné(e) sur des moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires de mes médicaments ou certaines complications.	1	2	3	4	5
5	Ont su quoi faire dans les situations où il fallait agir rapidement.	1	2	3	4	5
6	M'ont assisté(e) dans mes soins quand je n'étais pas capable de les faire par moi-même.	1	2	3	4	5
7	Ont démontré de la compétence et de l'habileté dans leur façon d'intervenir avec moi.	1	2	3	4	5
8	Ont surveillé mon état de santé de près.	1	2	3	4	5
9	M'ont donné l'occasion de pratiquer les soins que je dois me donner.	1	2	3	4	5
B – Soins relationnels						
10	M'ont aidé(e) à rechercher un certain équilibre dans ma vie.	1	2	3	4	5
11	M'ont aidé(e) à explorer ce qui est important pour moi dans la vie.	1	2	3	4	5
12	M'ont aidé(e) à clarifier ce que j'aimerais que mes proches m'apportent.	1	2	3	4	5
13	M'ont aidé(e) à explorer la signification que je donne à mon état de santé.	1	2	3	4	5

#	Énoncé	Échelle de mesure				
<i>Insérez l'énoncé et l'échelle de mesure ici</i>						
14	M'ont aidé(e) à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement mes problèmes.	1	2	3	4	5
15	M'ont aidé(e) à voir les choses d'une façon différente.	1	2	3	4	5
16	Ont cherché à identifier avec moi les conséquences de mes comportements.	1	2	3	4	5
C – Soins humanistes						
17	M'ont considéré(e) comme un individu à part entière, ne se sont pas seulement intéressés à mon problème de santé.	1	2	3	4	5
18	M'ont encouragé(e) à garder espoir, lorsque c'était approprié.	1	2	3	4	5
19	Ont souligné mes efforts.	1	2	3	4	5
20	N'ont pas eu d'attitudes choquantes.	1	2	3	4	5
D – Soins de confort						
21	Ont respecté mon intimité (ex.: ne pas me découvrir inutilement).	1	2	3	4	5
22	Ont tenu compte de mes besoins de base (sommeil, élimination, hygiène, etc.).	1	2	3	4	5
23	Ont fait les traitements ou ont donné les médicaments à l'heure prévue.	1	2	3	4	5

ANEXO IV

Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22-PT

Assinalar com uma cruz (X), na escala tipo *likert* de 1 a 5, o que melhor corresponde em cada item do enunciado: à Importância (o quanto é importante para si cada um dos comportamentos e atitudes em contexto da sua prestação de cuidados aos pacientes) (coluna da esquerda) e à Frequência .com que frequência realizou cada um dos comportamentos e atitudes em contexto da sua prestação de cuidados aos pacientes, nas últimas duas semanas) (coluna da direita).

IMPORTÂNCIA					Em contexto da sua prestação de cuidados aos pacientes o quanto é ← Importante para si	FREQUÊNCIA				
Nada importante	Pouco importante	Moderadamente	Muito importante	Extremamente importante	Nas últimas duas semanas em contexto da sua prestação aos pacientes com que Frequência →	Nada	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1	2	3	4	5	1.Saber executar os procedimentos (injetáveis, medicação, pensos, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	2.Saber utilizar o equipamento especializado (bombas, monitores, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	3.Verificar se a medicação alivia os sintomas para o prescrito (náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	4.Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	5.Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6.Prestar cuidados/substituir capacidades quando estão ausentes	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	7.Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	8.Acompanhar de perto o estado de saúde	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	9.Dar espaço para o autocuidado	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	10.Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	11.Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	12.Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	13.Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	14.Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	15.Ajudar a ver as coisas de forma diferente	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	16.Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	17.Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	18.Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	19.Reconhecer os seus esforços	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	21.Respeitar a sua privacidade (não destapar desnecessariamente)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	22.Ter em conta as suas necessidades básicas (sono, eliminação, higiene, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	23.Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	1	2	3	4	5

ANEXO V

ESCALA DO AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM (PES-NWI) - VERSÃO PORTUGUESA

Considerando a sua opinião acerca da existência, no seu local de trabalho, das características da prática de enfermagem abaixo apresentadas, assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Concordo 3	Concordo totalmente 4			
1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes,					
2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho,					
3	Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.					
4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.					
5	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.					
6	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.					
7	Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica,					
8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.					
9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes,					
10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.					
11	O diretor de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal					
12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas					
13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa					
14	A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem					
15	A direção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.					
16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.					
17	São proporcionadas oportunidades de promoção.					
18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.					
19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.					
20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico,					
21	A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.					
22	Existe um programa ativo de garantia da qualidade,					

23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex: comissões)				
24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos,				
25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados.				
26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.				
27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.				
28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.				
29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes.				
30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro ode cuidar do mesmo doente de um dia ara o outro.				
31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.				

ANEXO VI

Escala de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem em Hospital

ESCCEH 18

A - Caracterização da População

Estamos a desenvolver um estudo para saber a opinião das pessoas que recorrem ao hospital, sobre a sua satisfação com os cuidados de enfermagem.

Gostaríamos de saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre este assunto. A resposta demorará aproximadamente 5 minutos.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

As suas respostas serão estritamente confidenciais.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu durante a sua estadia no hospital.

DADOS GERAIS	
Sexo: M___F___	Idade em anos _____
Local de residência: Localidade _____	
Centro de Saúde de apoio _____	
Estado civil: solteiro /casado /separado/divorciado/viúvo (assinalar com circulo em redor)	
Habilitações literárias (que estudos tem?): _____	
Profissão: _____	
R – reformada DO – doméstica DE – desempregada E – estudante S – TW na área da saúde	
O – outras profissões	
INTERNAMENTO HOSPITALAR	
Local de Internamento: Cirurgia _____ Medicina _____ outro serviço _____	
Data de internamento ____/____/____	
Data da alta ____/____/____	
Necessitou de cuidados de enfermagem após a alta? Sim _____ Não _____	
Se sim, especificar: _____	
T – Tratamentos I – Injetáveis A – Apoio domiciliário O – Outro tipo de cuidados	

As questões que lhe colocamos dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem durante a sua estadia no hospital. Se estes factos aconteciam, assinale com uma cruz (X) a frequência que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

Nunca	Às vezes	Ocasionalmente	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

Se estes factos aconteciam...					
1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda a informação.	1	2	3	4	5
2. Sentiu que os enfermeiros se preocupavam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	5
3. Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava).	1	2	3	4	5
4. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex.: consultas, serviços de apoio...).	1	2	3	4	5
5. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando deve utilizar).	1	2	3	4	5
8. Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informavam ou explicavam (panfletos, livros ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si).	1	2	3	4	5
9. Os enfermeiros preocupavam-se em explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los.	1	2	3	4	5
11. Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados.	1	2	3	4	5
12. Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo.	1	2	3	4	5
13. Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia.	1	2	3	4	5
14. Sentiu que os enfermeiros deram importância aos seus problemas.	1	2	3	4	5
15. Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos clientes.	1	2	3	4	5

Em relação à sua satisfação, assinale com uma cruz (X) a sua opinião. Para o efeito utilize a seguinte escala:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas, a linguagem utilizada, a preocupação de repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido.	1	2	3	4	5
17. Relativamente à forma como foi recebido pelos enfermeiros no hospital.	1	2	3	4	5
18. Relativamente ao tempo que os enfermeiros demoraram a dar resposta às suas solicitações/pedidos.	1	2	3	4	5
19. Relativamente à preocupação dos enfermeiros em preservar a sua intimidade quando prestavam cuidados.	1	2	3	4	5
20. Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros para a(o) ouvir, ou mesmo para resolver alguma situação relacionada com o serviço.	1	2	3	4	5
21. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava.	1	2	3	4	5

Adaptado Freitas et al., 2016

ANEXO VII

Caracterização

1 – Sociodemográfica

1.1. *Género*: Feminino Masculino

1.2. *Idade*: _____ Anos

2 - Dimensão Profissional

2.1. *Tempo de Exercício Profissional*: _____ Ano

2.2. *Tempo de exercício profissional nesta organização*: _____ Anos

3 – Habilitações

3.1. *Habilitações*:

Licenciatura Pós-Graduação Mestrado

Doutoramento Curso de Especialização Qual? _____

4 - Dimensão laboral

4.1. *Serviço onde exerce funções*:

Medicina Ortopedia Cirurgia

Obstetrícia Outro Qual? _____

4.2. *Tipo de vínculo*

CT FP - Contrato Trabalho CIT - Contrato Individual Trabalho
Funções Públicas

4.3. *Funções*

Enfermeiro Cuidados Gerais Enfermeiro Especialista Chefia/Gestão

ANEXO VIII

07/03/2019

RE: Solicitação da aplicação do instrumento

Data: Ter, 15 Jan 2019 [15:00:33 WET]
De: Amaral <amaral@esenfc.pt>
Para: paulamtragostinho@sapo.pt
Assunto: RE: Solicitação da aplicação do instrumento
Exma Sra
É com muito gosto que autorizo a utilização do instrumento.
Fernando Amaral

De: paulamtragostinho@sapo.pt <paulamtragostinho@sapo.pt>
Enviada: terça-feira, 15 de janeiro de 2019 14:46
Para: amaral@esenfc.pt
Assunto: Solicitação da aplicação do instrumento

Exmo Sr.
Professor Dr. António Fernando Salgueiro Amaral

O meu nome é Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho, sou aluna de Doutoramento na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
No âmbito da minha tese de Doutoramento em Enfermagem que estou a desenvolver intitulada "Ambientes de Prática do Cuidar de Enfermagem e a Satisfação dos Pacientes em Contexto Hospitalar", venho por este meio solicitar-lhe autorização para a utilização do instrumento de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem - PES-NWI

Agradeço desde já toda a disponibilidade que possa dispensar na resposta ao solicitado.

Cordiais Cumprimentos

Paula Ribeiro Agostinho

ANEXO IX

De: Maria Joao Baptista Dos Santos Freitas <maria.freitas@esel.pt>
Para: paulamtragostinho <paulamtragostinho@sapo.pt>
Assunto: RE: Solicitação da Aplicação do instrumento

Anexos

image001.png 10 KB

Exma. Senhora Enfermeira Paula Agostinho,

Serve o presente para autorizar a utilização do instrumento de colheita de dados: *Avaliação da Satisfação dos clientes com os Cuidados de Enfermagem - EASCCE18*.

Louvando desde já a iniciativa, votos de um Excelente Trabalho,

Atentamente,



Maria João Freitas, PhD

Professor Adjunto

Departamento de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190 Lisboa

E-mail.: maria.freitas@esel.pt

De: paulamtragostinho@sapo.pt <paulamtragostinho@sapo.pt>
Para: Maria Joao Baptista Dos Santos Freitas <maria.freitas@esel.pt>
Cc: Maria Filomena Mendes Gaspar <mfgaspar@esel.pt>
Assunto: Solicitação da Aplicação do instrumento

Exma. Sra. Professora Dra. Maria João Freitas

O meu nome é Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho, sou aluna de Doutoramento na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito da minha tese de Doutoramento em Enfermagem que estou a desenvolver intitulada “Ambiente da Prática de Enfermagem e a Satisfação dos Pacientes com os Cuidados de Enfermagem em Contexto Hospitalar”, venho por este meio solicitar-lhe autorização para a utilização do instrumento - *Avaliação da Satisfação dos clientes com os Cuidados de Enfermagem - EASCCE18*.

Agradeço desde já toda a disponibilidade que possa dispensar na resposta ao solicitado.

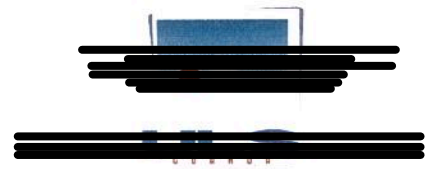
Cordiais Cumprimentos

Paula Ribeiro Agostinho



https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?actionID=print_attach&buid=100424&id=0&mailbox=SU5CT1g&sp=1&uniq=1658875612209&view_token=...

ANEXO X



Exma. Senhora

Enf.ª Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho

[Redacted]
[Redacted]

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
Nº:
PROC. Nº:

DATA
12-04-2019

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do projeto de investigação subordinada ao tema: “Ambiente da prática de enfermagem, interações Enfermeiro-Paciente e satisfação dos Pacientes em contexto hospitalar”

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, [Redacted], nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

Dr.ª [Redacted]
Presidente do Conselho de Administração
(Dr.ª [Redacted])
[Redacted]

IC/IM

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
CONTRATO Nº 201901206 (Mw)
12/06/19

INFORMAÇÃO

Nº 11/2019, de 12 de junho

De: [REDACTED]

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. [REDACTED]

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo Ambiente da Prática de Enfermagem, Interações Enfermeiro- Paciente e a satisfação dos Pacientes em contexto Hospitalar."

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO
	<p>Concordo com o parecer emitido assim como a referida informação. Proceda-se em conformidade.</p> <p>20/06/19 [REDACTED] Presidente do Conselho de Administração</p>

A requerente, Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho, enfermeira a desempenhar funções na ULS de Castelo Branco, doutoranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, solicitou autorização à [REDACTED] para realização do estudo "Ambiente da Prática de Enfermagem, Interações Enfermeiro- Paciente e a satisfação dos Pacientes em contexto Hospitalar."

Cumpre apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se a necessidade de conhecer a medida em que o ambiente institucional e a prática de enfermagem, influencia as relações entre enfermeiro e utentes e a satisfação destes em contexto hospitalar.

II- Objetivos

- Objetivo geral

- Analisar a influência do ambiente da prática de enfermagem nas interações enfermeiro- paciente e na satisfação dos pacientes em contexto hospitalar..

III- Tipo de estudo

O estudo é do tipo quantitativo, transversal, descritivo- correlacional e analítico.

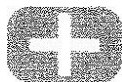
IV- População alvo

Enfermeiros da [REDACTED] escolhidos aleatoriamente.

Doentes internados também escolhidos aleatoriamente.

Toda a população terá que consentir na participação no estudo.

CES 3
2019



INFORMAÇÃO

Nº 11/2019, 12 de junho

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados são recolhidos através de questionários que se encontram em anexo e relativamente aos quais não existem questões ético legais a considerar.

O fundamento de legitimidade e licitude consiste no consentimento quer dos enfermeiros, quer dos doentes, cujos modelos se encontram na documentação do estudo, nada existindo a assinalar do ponto de vista ético.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

No final do estudo, de acordo com o compromisso prestado pela investigadora são destruídos os ficheiros de dados criados.

VII- Conclusões e Propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, tendo sido apresentado os modelos de consentimento informado, reportados quer aos enfermeiros, quer aos pacientes, os quais se encontram em conformidade ética e legal, constituindo o consentimento dos participantes o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados pessoais.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, existindo uma preocupação com o anonimato, embora se considere que no presente estudo não são tratados dados sensíveis, o que se exclui à partida do âmbito do Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Ambiente da Prática de Enfermagem, Interações Enfermeiro- Paciente e a satisfação dos Pacientes em contexto Hospitalar."

A investigadora após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na [REDACTED].

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

[REDACTED]

Assinado por: [REDACTED]

Num. de Identificação: [REDACTED]

Data: 2019.06.12 12:13:48 Hora de Verão de GMT

ANEXO XI

Tabela a - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência - valores médios) (n =248)

Dimensões_Frequência	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>DP</i>
D1 - Cuidados Clínicos				
Item 1 - Saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc)	2,00	5,00	4,48	0,63
Item 2 - Saber utilizar o equipamento especializado (ex. Bombas, monitores, etc)	2,00	5,00	4,20	0,75
Item 3 - Verificar se a medicação alivia os sintomas para o qual foi prescrita (ex. náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc)	2,00	5,00	4,48	0,66
Item 4 - Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	2,00	5,00	3,97	0,83
Item 6 - Prestar cuidados quando o paciente não é capaz por si próprio	2,00	5,00	3,96	0,78
Item 7 - Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	3,00	5,00	4,19	0,77
Item 8 - Acompanhar de perto o estado de saúde	2,00	5,00	3,89	0,77
D2 - Cuidados Relacionais				
Item 9 - Dar espaço para o autocuidado	2,00	5,00	3,83	0,71
Item 10 - Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	2,00	5,00	3,68	0,81
Item 11 - Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	2,00	5,00	3,67	0,80
Item 12 - Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	2,00	5,00	3,47	0,82
Item 13 - Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	2,00	5,00	3,58	0,91
Item 14 - Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	2,00	5,00	3,68	0,78
Item 15 - Ajudar a ver as coisas de forma diferente	2,00	5,00	3,56	0,79
Item 16 - Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos de saúde	2,00	5,00	3,86	0,88
Item 17 - Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	2,00	5,00	4,08	0,83
Item 19 - Reconhecer os seus esforços	2,00	5,00	4,06	0,76
D3 - Cuidados de Conforto				
Item 5 - Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	2,00	5,00	4,12	0,73
Item 18 - Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	2,00	5,00	4,01	0,84
Item 21 - Respeitar a sua privacidade (ex. não destapar desnecessariamente)	2,00	5,00	4,45	0,67
Item 22 - Ter em conta as suas necessidades básicas (ex. sono, eliminação, higiene, etc)	3,00	5,00	4,52	0,60
Item 23 - Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	3,00	5,00	4,55	0,58

Tabela b - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (importância - valores médios) (n =248)

Dimensões_Importância	Min.	Máx	\bar{x}	DP
D1 - Cuidados Clínicos				
Item 1 - Saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc)	3,00	5,00	4,85	0,38
Item 2 - Saber utilizar o equipamento especializado (ex. Bombas, monitores, etc)	3,00	5,00	4,82	0,40
Item 3 - Verificar se a medicação alivia os sintomas para o qual foi prescrita (ex. náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc)	3,00	5,00	4,79	0,44
Item 4 - Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	2,00	5,00	4,44	0,71
Item 6 - Prestar cuidados quando o paciente não é capaz por si próprio	3,00	5,00	4,43	0,58
Item 7 - Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	2,00	5,00	4,57	0,55
Item 8 - Acompanhar de perto o estado de saúde	3,00	5,00	4,46	0,58
D2 - Cuidados Relacionais				
Item 9 - Dar espaço para o autocuidado	3,00	5,00	4,49	0,57
Item 10 - Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	3,00	5,00	4,43	0,62
Item 11 - Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	2,00	5,00	4,39	0,64
Item 12 - Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	2,00	5,00	4,26	0,73
Item 13 - Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	3,00	5,00	4,37	0,66
Item 14 - Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	3,00	5,00	4,37	0,67
Item 15 - Ajudar a ver as coisas de forma diferente	2,00	5,00	4,25	0,69
Item 16 - Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos de saúde	3,00	5,00	4,37	0,64
Item 17 - Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	3,00	5,00	4,53	0,60
Item 19 - Reconhecer os seus esforços	2,00	5,00	4,42	0,71
D3 - Cuidados de Conforto				
Item 5 - Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	3,00	5,00	4,85	0,39
Item 18 - Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	2,00	5,00	5,24	0,41
Item 21 - Respeitar a sua privacidade (ex. não destapar desnecessariamente)	3,00	5,00	4,69	0,57
Item 22 - Ter em conta as suas necessidades básicas (ex. sono, eliminação, higiene, etc)	3,00	5,00	4,76	0,49
Item 23 - Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	3,00	5,00	4,73	0,47

ANEXO XII

Tabela a - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (frequência - valores médios) (n =169)

Dimensões_Frequência	Min.	Máx	\bar{x}	DP
D1 - Cuidados Clínicos				
Item 1 - Saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc)	3,00	5,00	4,87	0,34
Item 2 - Saber utilizar o equipamento especializado (ex. Bombas, monitores, etc)	3,00	5,00	4,85	0,37
Item 3 - Verificar se a medicação alivia os sintomas para o qual foi prescrita (ex. náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc)	3,00	5,00	4,81	0,41
Item 4 - Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	2,00	5,00	4,46	0,69
Item 6 - Prestar cuidados quando o paciente não é capaz por si próprio	3,00	5,00	4,41	0,57
Item 7 - Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	2,00	5,00	4,52	0,57
Item 8 - Acompanhar de perto o estado de saúde	3,00	5,00	4,44	0,58
D2 - Cuidados Relacionais				
Item 9 - Dar espaço para o autocuidado	3,00	5,00	4,47	0,57
Item 10 - Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	3,00	5,00	4,40	0,60
Item 11 - Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	3,00	5,00	4,35	0,61
Item 12 - Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	2,00	5,00	4,24	0,72
Item 13 - Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	3,00	5,00	4,34	0,64
Item 14 - Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	3,00	5,00	4,33	0,66
Item 15 - Ajudar a ver as coisas de forma diferente	3,00	5,00	4,24	0,61
Item 16 - Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos de saúde	3,00	5,00	4,39	0,62
Item 17 - Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	3,00	5,00	4,52	0,58
Item 19 - Reconhecer os seus esforços	2,00	5,00	4,40	0,70
D3 - Cuidados de Conforto				
Item 5 - Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	3,00	5,00	4,85	0,41
Item 18 - Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	2,00	5,00	4,41	0,61
Item 21 - Respeitar a sua privacidade (ex. não destapar desnecessariamente)	3,00	5,00	4,70	0,59
Item 22 - Ter em conta as suas necessidades básicas (ex. sono, eliminação, higiene, etc)	3,00	5,00	4,77	0,49
Item 23 - Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	3,00	5,00	4,75	0,45

Tabela b - Análise descritiva da EIEP-22-PT por item (importância - valores médios) (n =169)

Dimensões_Importância	Min.	Máx	\bar{x}	DP
D1 - Cuidados Clínicos				
Item 1 - Saber executar os procedimentos (ex. Injetáveis medicação endovenosa, pensos, etc)	2,00	5,00	4,49	0,61
Item 2 - Saber utilizar o equipamento especializado (ex. Bombas, monitores, etc)	2,00	5,00	4,24	0,73
Item 3 - Verificar se a medicação alivia os sintomas para o qual foi prescrita (ex. náuseas, dor, obstipação, ansiedade, etc)	2,00	5,00	4,49	0,67
Item 4 - Informar sobre consequências possíveis/efeitos colaterais da medicação ou tratamentos	2,00	5,00	4,00	0,85
Item 6 - Prestar cuidados quando o paciente não é capaz por si próprio	2,00	5,00	4,01	0,78
Item 7 - Demonstrar competência e perícia relacional na prestação de cuidados	3,00	5,00	4,21	0,74
Item 8 - Acompanhar de perto o estado de saúde	3,00	5,00	3,97	0,743
D2 - Cuidados Relacionais				
Item 9 - Dar espaço para o autocuidado	2,00	5,00	3,86	0,74
Item 10 - Contribuir para que encontrem um certo equilíbrio nas suas vidas	2,00	5,00	3,73	0,81
Item 11 - Contribuir para que encontrem o que é importante para as suas vidas	2,00	5,00	3,73	0,83
Item 12 - Ajudar a clarificar o que lhes podem oferecer as pessoas significativas	2,00	5,00	3,57	0,82
Item 13 - Ajudar a descobrir o significado que eles dão à sua saúde	2,00	5,00	3,65	0,90
Item 14 - Ajudar a identificar formas de resolver eficazmente os seus problemas	2,00	5,00	3,75	0,76
Item 15 - Ajudar a ver as coisas de forma diferente	2,00	5,00	3,66	0,76
Item 16 - Ajudá-los a identificar as consequências dos seus comportamentos de saúde	2,00	5,00	3,89	0,83
Item 17 - Considerar o indivíduo no seu todo e não apenas com o problema de saúde	2,00	5,00	4,17	0,78
Item 19 - Reconhecer os seus esforços	2,00	5,00	4,07	0,74
D3 - Cuidados de Conforto				
Item 5 - Saber o que fazer em situações em que temos de atuar rapidamente	2,00	5,00	4,11	0,70
Item 18 - Incentiva-los a manter a esperança, quando apropriado	2,00	5,00	4,03	0,79
Item 21 - Respeitar a sua privacidade (ex. não destapar desnecessariamente)	2,00	5,00	4,45	0,67
Item 22 - Ter em conta as suas necessidades básicas (ex. sono, eliminação, higiene, etc)	3,00	5,00	4,55	0,58
Item 23 - Executar os tratamentos ou administrar a medicação à hora certa	3,00	5,00	4,53	0,59