UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ERIKA DE SOUZA GUEDES

ATITUDES DO PESSOAL DE ENFERMAGEM RELACIONADAS
AO PROCESSO DE ENFERMAGEM

São Paulo

2012

ERIKA DE SOUZA GUEDES

**ATITUDES DO PESSOAL DE ENFERMAGEM RELACIONADAS
AO PROCESSO DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde
do Adulto da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Enfermagem na
Saúde do Adulto

Orientadora: Profa. Dra. Diná de Almeida
Lopes Monteiro da Cruz

Financiamento:

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Guedes, Erika de Souza

Atitudes do pessoal de enfermagem relacionadas ao
processo de enfermagem / Erika de Souza Guedes. --

São Paulo, 2012.

149 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes
Monteiro da Cruz

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

1. Processos de enfermagem 2. Atitudes do pessoal
da saúde 3. PKPCT 4. PPE I.Título.

Folha de Aprovação

NOME: Erika de Souza Guedes

Título: Atitudes do pessoal de enfermagem relacionadas ao processo de enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Data da defesa: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICO ESTE TRABALHO

A meus pais, que sempre me deram seu melhor e me apoiaram em mais essa etapa da minha vida.

À minha querida irmã, que me inspira sempre.

Ao meu amado Ulisses, que compartilhou e facilitou a realização de muitos sonhos.

AGRADECIMENTOS

É um privilégio ter tantas pessoas a quem agradecer, sinal de que as alegrias foram compartilhadas.

À Deus, pela presença em todos os dias de minha vida.

À Prof^a Dr^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, por ter aberto sua porta, 10 anos atrás, para uma aluna que não sabia o que gostaria de estudar. Obrigada pelas oportunidades e generosidade sempre.

Aos amigos: Daniela Lamino, Fabiana Matos, Giane Araújo, Juliana Miranda, Mariana Santos, Marilene Gomes, Michele Mendes, Paulo Garcia e Rosemeire Queiroz, que estiveram presentes e incentivaram essa jornada.

Aos amigos do Instituto do Coração do HCFMUSP, que me mostraram o que é ser um enfermeiro comprometido com a qualidade da assistência.

Aos integrantes do grupo de Pesquisa em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DIREnf), que compartilharam momentos de aprendizado e crescimento acadêmico.

À Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, demais instituições e seus profissionais, que possibilitaram a realização desse trabalho.

Ao grupo de pesquisa responsável pelo desenvolvimento do presente estudo: Prof^a Dr^a Regina Sousa, Prof^a Dr^a Ruth Turrini, Sandra Neves, Cristina Settervall, Luana Prado, Magda Maia, Marlene Cedran, Ivete Martins, Izabel Borges, Edna de Almeida, com colaboração de D. Maria Silvéria Rocha e participação dos assistentes de pesquisa. Ao grupo que enfrentou os desafios e aceitou a empreitada corajosa de desenvolver o presente trabalho, meu muito obrigada.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro para a realização desse estudo e desenvolvimento do mestrado.

Aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, pelo seu precioso tempo e atenção durante a coleta de dados.

À Dr^a Valéria Baltar, pela presteza e cuidado na realização da consultoria estatística.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, sempre tão atenciosos.

Aos professores, alunos, em especial Luciana Gnatta, Tatiane Moura e Valderes Sales, e aos pacientes que contribuíram com minha formação.

E por último, mas não menos importante, à minha família. Meus avós, minhas tias Andréa, Célia, Zenaide, meus tios, meus primos, minha prima Paloma, cunhados e cunhadas, sobrinhos queridos, meu sogro e sogra, sempre tão amados, que compartilham a felicidade de cada conquista.

A todos, meu afeto e minha gratidão.

Não há mal que sempre dure, nem bem que nunca se acabe

(Provérbio Português)

Guedes ES. Atitudes do pessoal de enfermagem relacionadas ao processo de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A legislação em enfermagem prevê o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As atitudes dos profissionais de enfermagem sobre o processo de enfermagem (PE) e o poder clínico que percebem ter para realizar mudanças são fatores potencialmente associados ao processo de implantação e manutenção da SAE. **OBJETIVOS:** Descrever as atitudes relacionadas ao PE (disposição sobre o PE e percepção de poder clínico) de auxiliares de enfermagem e enfermeiros; analisar associações entre atitudes relacionadas ao processo de enfermagem e variáveis selecionadas. **MÉTODO:** Estudo descritivo-exploratório de delineamento transversal, com amostra não probabilística de 973 auxiliares de enfermagem e 632 enfermeiros de 35 hospitais e ambulatórios vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (86,9% do sexo feminino, idade média de 44,12 anos (DP= 9,55), 52,3% trabalhavam em hospitais gerais, cerca de 44 horas semanais, estavam nas instituições há 10 anos em média). Os dados foram coletados por meio de resposta ao instrumento de caracterização sociodemográfica e aos questionários padronizados Posições sobre o Processo de Enfermagem (PPE) adaptado para esse estudo e o *Power as Knowing Participation in Change Tool*- versão brasileira (PKPCT), que apresentaram boas estimativas de validade e confiabilidade. Testes não paramétricos foram usados para analisar associação entre as atitudes relacionadas ao PE e as variáveis selecionadas. **RESULTADOS:** O escore total médio no PPE foi de 112,37 (DP=22,28) e o escore total médio no PKPCT foi de 281,12 (DP= 38,72) para os 1605 respondentes. Houve associação entre as duas atitudes relacionadas ao PE e categoria profissional, a atitude dos enfermeiros sobre o PE foi mais favorável que a dos auxiliares de enfermagem ($p=0,024$) e a percepção de poder dos enfermeiros foi mais elevada que a dos auxiliares de enfermagem ($p=0,004$). Houve correlação positiva moderada entre os escores do PPE e do PKPCT para os auxiliares ($r=0,480$; $p=0,000$) e para os enfermeiros ($r=0,460$; $p=0,000$). Os auxiliares do sexo feminino tiveram disposição sobre o PE (111,93) mais favorável que os do sexo masculino (106,11) ($p=0,018$) e maior percepção de poder (279,75 vs 270,84) ($p=0,020$); na amostra de enfermeiros não houve associação entre essas variáveis. Apenas para os auxiliares de enfermagem ter pós-graduação associou-se significativamente a maiores médias de atitude sobre o PE (119,0, $p=0,011$). As enfermeiras que relataram ter cargo de chefia apresentaram escores de percepção de poder mais elevados (293,52) que as enfermeiras sem cargo de chefia (282,61 $p=0,010$), mas não houve associação entre cargo de chefia e atitude sobre o PE. As associações entre os escores do PPE e PKPCT e as variáveis idade, tempo de formado, atividade principal, satisfação com a carreira, satisfação com o local de trabalho, conhecimento e contato com a SAE foram de intensidade desprezível no caso das correlações ou não significantes ao nível de 5%.

Palavras-chave: processos de enfermagem, atitudes do pessoal de saúde, PKPCT, PPE.

Guedes ES. Attitudes of nursing staff towards nursing process [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Brazilian nursing legislation requires that the nursing process (NP) is documented in all health institution. Attitudes of nursing staff towards the nursing process (NP) and their perception on their own clinical power to make changes are factors potentially associated with implementation and maintenance of the NP. **OBJECTIVES:** To describe the attitudes towards NP (attitudes on NP and perception of clinical power) of auxiliary nurses and baccalaureate nurses; and to analyze associations between attitudes towards the NP and selected variables. **METHODS:** An exploratory descriptive study with cross-sectional design, with a non-probabilistic sample of 973 auxiliary nurses and 632 baccalaureate nurses from 35 health agencies linked to the Ministry of Health of São Paulo, Brazil (86.9% female, mean age = 44.12 years (SD = 9.55), 52.3% worked in general hospitals, about 44 hours per week, were in institutions for 10 years on average). Data were collected by self-report using a form for personal, educational and other social data, and the Positions on Nursing Process (PNP) tool, adapted for this study, and the Power as Knowing Participation in Change Tool-Brazilian version (PKPCT), which showed good estimates of validity and reliability. Nonparametric tests were used to test associations between attitudes towards the NP and the selected variables. **RESULTS:** The mean PNP total score was 112.37 (SD = 22.28) (possible range = 20-140) and the mean PKPCT total score was 281.12 (SD = 38.72) (possible range = 48-336) for 1605 subjects. There was an association between the two PNP-related attitudes and professional category; the attitude of baccalaureate nurses on the NP was more favorable than that of auxiliary nursing ($p = 0.024$) and perceived clinical power of the baccalaureate nurses was higher than that of the auxiliary nurses ($p = 0.004$). There was moderate positive correlation between the scores of the PNP and PKPCT for auxiliary nurses ($r = 0.480$, $p = 0.000$) and baccalaureate nurses ($r = 0.460$, $p = 0.000$). The female auxiliary nurses had higher scores on PNP (111.93 vs 106.11; $p = 0.018$) and PKPCT (279.75 vs. 270.84; $p = 0.020$) than the male ones. There were no associations between sex and attitudes towards NP among baccalaureate nurses. Only for auxiliary nurses sample attending a continuing education program was associated with higher NP scores (119.0, $p = 0.011$). Baccalaureate nurses serving in leadership positions had higher mean total score on PKPCT (293.52) than nurses serving in direct care (282.61 $p = 0.010$), but there was no association between leadership position and PNP scores. Association tests for scores of the PNP and PKPCT and the variables age, time since graduation, main activity, satisfaction with the career, satisfaction with the workplace, knowledge on NP and contact with the NP resulted in negligible correlation coefficients or non-significant coefficients at 5%.

Keywords: nursing process, attitudes of health personnel , PKPCT, PNP.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ações e prazos para o recrutamento dos hospitais e ambulatórios	23
Figura 2 - Tela de saída obtida no cálculo amostral	26
Figura 3 - Instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem	32
Figura 4 – Modelo teórico do PPE para a AFC	37
Figura 5 - Instrumento PKPCT versão brasileira	52
Figura 6 – Modelo teórico do PKPCT para a AFC	56
Figura 7 - Variáveis de conhecimento e contato com a SAE, caracterização sócio-demográfica	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados das consistências internas de estudos que utilizaram o PKPCT	62
Quadro 2 – Interpretação da magnitude das correlações	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva dos escores no PPE de auxiliares de enfermagem, segundo setores de trabalho (n = 77), São Paulo – 2011	26
Tabela 2 - Variáveis de interesse para o estudo de atitudes frente ao processo de enfermagem.....	27
Tabela 3 – Análise Fatorial Confirmatória do PPE com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011	37
Tabela 4 – Índices de qualidade de ajuste do modelo do PPE com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011	38
Tabela 5 – Correlação dos itens do PPE com a afirmação geral, São Paulo – 2011	42
Tabela 6 – Resultados da análise de consistência interna do PPE, São Paulo - 2011	45
Tabela 7 – Análise Fatorial Confirmatória do PKPCT com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011	57
Tabela 8 – Índices de qualidade de ajuste do modelo do PKPCT com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011.....	58
Tabela 9 – Resultados da análise de consistência interna do PKPCT considerando cada item dentro do fator, São Paulo – 2011	60
Tabela 10 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Consciência, São Paulo - 2011	64
Tabela 11 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Escolhas, São Paulo - 2011	64
Tabela 12 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Liberdade, São Paulo - 2011	64
Tabela 13 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Envolvimento, São Paulo - 2011	65

Tabela 14 – Valores de Kappa para o teste e o re-teste em cada sub-escala do PKPCT, São Paulo - 2011	66
Tabela 15 – Características demográficas da amostra de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, São Paulo - 2011	73
Tabela 16 – Características dos locais de trabalho da amostra de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, São Paulo - 2011	74
Tabela 17 – Características dos benefícios recebidos por auxiliares de enfermagem e enfermeiros, São Paulo - 2011	77
Tabela 18 – Características da formação em enfermagem da amostra de auxiliares e enfermeiros, São Paulo - 2011	78
Tabela 19 – Características da amostra de auxiliares e enfermeiros segundo conhecimento sobre a SAE, São Paulo - 2011	79
Tabela 20 – Características da amostra de auxiliares e enfermeiros segundo contato com a SAE, São Paulo – 2011	79
Tabela 21 – Comparação dos grupos de respondentes segundo variáveis selecionadas, São Paulo - 2011	81
Tabela 22 – Estatística descritiva dos escores do PPE de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011	82
Tabela 23 – Estatística descritiva dos escores dos itens do PPE nos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011	83
Tabela 24 – Estatística descritiva dos escores do PKPCT e sub-escalas nos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011	85
Tabela 25 – Estatística descritiva dos escores dos itens do PKPCT em enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011	87
Tabela 26 – Estatística descritiva e p-valor dos testes de comparação dos escores do PPE e PKPCT com a categoria profissional, São Paulo - 2011	90
Tabela 27 – Estatística descritiva e p-valor dos testes de comparação dos escores do PPE e PKPCT para os auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011.....	91

Tabela 28 – Estatística descritiva e p-valor dos testes de comparação dos escores do PPE e PKPCT para os enfermeiros, São Paulo - 2011	94
Tabela 29 –Valores da correlação de Spearman para escores do PPE e PKPCT de auxiliares e enfermeiros, São Paulo - 2011	96
Tabela 30 – Principais resultados dos testes de associação entre os escores do PPE e PKPCT e variáveis selecionadas, São Paulo - 2011.....	96
Tabela 31 – Escores médios e DP dos itens do PPE e PDE em diversos estudos	103

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
3 MÉTODO.....	22
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2 LOCAL DO ESTUDO	22
3.3 TESTE PILOTO.....	24
3.4 CASUÍSTICA	25
3.5 VARIÁVEIS	27
3.6 COLETA DOS DADOS	30
3.6.1 Instrumentos.....	31
3.6.1.1 Atitudes sobre o processo de enfermagem	31
3.6.1.2 Percepção de poder	47
3.6.1.3 Ficha de dados profissionais, sociais e demográficos	66
3.6.2 Procedimentos	68
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	70
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	71
4 RESULTADOS.....	73
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	73
4.2 ATITUDES DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM	82
4.3 PERCEPÇÃO DE PODER DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM.....	84

4.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS ATITUDES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM, PERCEPÇÃO DE PODER E VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	89
5 DISCUSSÃO	98
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	98
5.2 ATITUDES DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM	100
5.3 PERCEPÇÃO DE PODER DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM.....	110
5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS ATITUDES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM, PERCEPÇÃO DE PODER E VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	114
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	117
7 CONCLUSÕES	118
8 IMPLICAÇÕES	120
8.1 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA	120
8.2 IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA.....	121
8.3 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO.....	121
REFERÊNCIAS	122
APÊNDICES.....	131
ANEXOS	148

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

As atitudes de enfermeiros e auxiliares de enfermagem frente ao processo de enfermagem são o tema central neste trabalho que faz parte de um estudo mais amplo sobre o processo de enfermagem (PE) em ambulatórios e hospitais do Estado de São Paulo, intitulado Processo de enfermagem nos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, financiado pelo CNPq (processo número 14-2009 481728/2009-0) e pela FAPESP (processo número 2010/02985-6). No estudo mais amplo são três subprojetos articulados; um deles tratará de descrever a operacionalização do processo de enfermagem nos ambulatórios e hospitais; outro analisará características do processo de enfermagem associadas às variáveis dos serviços; e o terceiro estudará essas mesmas características associadas às variáveis dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem dos serviços.

No Estado de São Paulo, junto com a exigência legal, o uso de indicadores de qualidade da assistência e o processo de acreditação das instituições de saúde mostraram que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos hospitais e ambulatórios era o modelo de escolha para a prestação de assistência de enfermagem de qualidade. Reconhecendo que a implantação do PE pressupõe mudança lenta, dinâmica e gradual, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) nomeou a Comissão Central da SAE e estruturou o Projeto Tecendo a SAE¹, que iniciou em 2003 e teve como objetivos implantar e implementar a SAE em todas as suas etapas nos hospitais e ambulatórios estaduais de São Paulo. Foi uma iniciativa para mobilizar os enfermeiros em direção ao uso do PE e à documentação de suas fases.

Todos os hospitais e ambulatórios da SES participaram do Projeto Tecendo a SAE. Esse cenário é particularmente interessante para a exploração de variáveis potencialmente associadas a características da operacionalização da SAE em hospitais e ambulatórios.

Alguns conteúdos dos apêndices apresentados neste relatório fazem menção ao título do estudo mais amplo em que se insere.

¹ Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Serviços da Saúde. 2007. Programa de implantação da sistematização da assistência de enfermagem nos hospitais e ambulatórios da CSS.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem (PE) foi introduzido no Brasil na década de 1970, por Wanda de Aguiar Horta, para operacionalizar a enfermagem, concebida como a ciência que trata da assistência ao ser humano em suas necessidades humanas básicas (Horta, 1979).

Na literatura de enfermagem ainda não há consenso sobre a definição de expressões como PE, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e metodologia da assistência de enfermagem. O PE é referido nos estudos como metodologia, instrumento, processo de trabalho (Ledesma-Delgado, Mendes, 2009; Kletemberg et al., 2010).

A definição dos termos depende do referencial adotado, do objetivo e da área a que se destina (Fuly, Leite, Lima, 2008; Cruz, Almeida, 2010). Neste estudo o PE é definido como um instrumento que provê um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem (Kenney, 1995). Os termos PE e SAE serão usados como sinônimos.

Embora a discussão sobre o PE não seja recente no meio acadêmico, poucos serviços preocupavam-se com sua implantação. As mudanças na prática de enfermagem estão associadas aos aspectos éticos e legais que regem a profissão, assim como ao conhecimento científico disponível (Carvalho, Kusumota, 2009). O dispositivo do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que torna obrigatório o uso do PE tem mobilizado serviços de saúde para implantá-lo. Conformidade com os requisitos legais é um dos motivos mais comuns para a mudança da forma de registros na área da saúde (Keenan et al., 2008).

Desde de janeiro de 2000, a SAE tornou-se obrigatória em todo o estado de São Paulo, de acordo com o determinado pela decisão do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) – COREN-SP/DIR/008/99. Em 2002, por meio da Resolução COFEN-272/2002, passou a haver exigência legal da implantação do processo de enfermagem em todas as unidades de saúde no território nacional. Ainda assim, sua utilização não havia se universalizado, nem mesmo na totalidade dos hospitais diretamente ligados às universidades (Koerich et al., 2007).

A legislação, desde a aprovação da Lei do Exercício Profissional n.7498/86, reafirmada pela Resolução COFEN n.272/2002, e atualmente pela Resolução COFEN

n.358/2009, define que cabe privativamente ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização e avaliação do processo de enfermagem. A Resolução COFEN n.358/2009 especifica que a etapa dos diagnósticos de enfermagem deve ser realizada pelo enfermeiro.

A lei do Exercício Profissional n.7498/86 estabelece que: ao técnico de enfermagem compete executar atividades de nível médio, orientação e acompanhamento do serviço de enfermagem em grau auxiliar, e participar do planejamento da assistência de enfermagem. Quanto ao auxiliar de enfermagem: exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva sempre sob supervisão do enfermeiro. A legislação aponta a “possibilidade de participação do técnico e do auxiliar de enfermagem em algumas das etapas da SAE, mas não explicita quais as atividades cada categoria pode desenvolver” (Ramos, Carvalho, Canini, 2009p.43).

Estudo sobre implantação do PE em unidade de terapia intensiva identificou que a equipe de enfermagem não tinha muita clareza sobre o papel de enfermeiros e auxiliares na realização da SAE (Amante, Rossetto, Schneider, 2009).

O enfermeiro é fundamental na implementação do PE uma vez que o Decreto 94.406/87 é muito claro [art.8º] sobre as atividades privativas de direção e liderança do enfermeiro (Brasil, 1987). Porém, a assistência de enfermagem é compartilhada por auxiliares, técnicos e enfermeiros, profissionais que têm diferentes formações e dos quais se esperam papéis complementares e colaborativos. A participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem é essencial para a concretização do cuidado e, por isso a qualidade e resultados do PE dependem de todos que compartilham a responsabilidade pelo cuidado de enfermagem. Desse modo, torna-se imperativo que toda a equipe de enfermagem seja considerada nos estudos sobre a implementação do PE.

Segundo Spetz (2010), dados fidedignos sobre a força de trabalho em enfermagem são essenciais para a tomada de decisão nos âmbitos das instituições de saúde e educação em enfermagem. Instrumentos que mensurem comportamento na prática clínica são necessários em estudo sobre força de trabalho em enfermagem (Debisette et al., 2010).

Em um dos estudos revisados por Menezes, Priel e Pereira (2011) a capacidade de se envolver em ações inovadoras, o compromisso, a responsabilidade na execução, a orientação da equipe e atualização do conhecimento aparecem como requisitos do enfermeiro para a realização do PE. Além de competência técnica, é primordial que os enfermeiros tenham

habilidade para desenvolver e estimular ações inovadoras e, principalmente, conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer os demais profissionais da equipe (Koerich et al., 2007). É preciso que o enfermeiro participe intencionalmente das mudanças. Estudos discutem a participação do trabalhador no ambiente corporativo como um fenômeno organizacional ou social (Spence Laschinger et al., 2009), não entendido ou estudado na perspectiva do indivíduo.

Inovação no estudo de von Krogh e Naden (2008) é definida como a aplicação de mudanças planejadas, baseadas em idéias cuja finalidade é melhorar sistemas em organizações, e os indivíduos que dela participam percebem o processo como algo novo e ao qual devem se adaptar.

As inovações organizacionais exigem mudanças que são processos com etapas intensamente pessoais. “Inovações bem-sucedidas requerem a transformação de cada indivíduo respeitando sua forma de agir, pensar e sentir, para que eles sejam os agentes, e não apenas sofram consequências das inovações” (Cruz et al., 2006b,p286).

A implantação do PE representa mudanças em várias dimensões do trabalho de enfermagem tanto do ponto de vista dos trabalhadores como do ponto de vista organizacional. A mudança envolve fatores relativos ao conhecimento, atitudes e comportamentos em relação à inovação pretendida (Miller, 1989).

Estudo acerca da produção de conhecimento sobre o PE entre 1972 e 2007 identificou que as etapas do processo de enfermagem foram tema de 91,76% das dissertações e 80,77% das teses incluídas na análise. A operacionalização do PE era o foco principal das publicações (Duran, Toledo, 2011). Há que se estudar fatores com potencial de interferência na implantação e manutenção do PE na prática clínica, sejam os relativos ao ambiente institucional ou aos profissionais de enfermagem.

As atitudes são disposições pessoais de aproximação ou afastamento frente a uma idéia ou conceito, envolvem afeto, predisõem à ação e, portanto, influenciam o comportamento. São aprendidas, e por isso passíveis de modificação por meio do ensino (Pimenta, 1999).

Este estudo trata de atitudes da equipe de enfermagem que podem ter relação com o uso do processo de enfermagem: a disposição sobre o processo de enfermagem e a percepção de poder clínico.

As atitudes têm importante papel na aplicação de conceitos, contribuindo para a motivação em realizar comportamentos a eles relacionados (Fishbein, 1967). A disposição frente ao PE refere-se às atitudes favoráveis ou desfavoráveis ao processo de enfermagem. Os profissionais que têm atitudes mais favoráveis ao PE, provavelmente terão mais facilidade para envolver-se nas mudanças requeridas para sua implantação e implementação, e os que têm atitudes mais desfavoráveis terão, provavelmente, mais dificuldade. Experiência na prática clínica de enfermagem, fatores relacionados à educação formal na enfermagem e mesmo expectativas em relação aos próprios papéis como profissionais podem contribuir para diferentes disposições em relação ao PE.

A segunda atitude de interesse neste estudo é a percepção de poder dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem em relação ao seu papel clínico. O estudo do poder tem sido relevante para muitas disciplinas (Barrett, 1983). Poder envolve a capacidade de mobilizar recursos com o objetivo de alcançar resultados desejáveis (Barrett, 1983). O poder de enfermeiros clínicos tem sido analisado por vários referenciais teóricos (Hawks, 1991; Raatikainen, 1994; Sieloff, 2003; Crawford, Reed, 2004). Neste estudo, a percepção de poder foi assumida como uma atitude no sentido de que se trata de uma disposição da pessoa em relação a um papel – o papel clínico - que é presumido da sua função.

O poder, neste estudo, foi definido segundo a proposta de 1983 de Barrett derivada do modelo conceitual de Martha Rogers (Barrett, 1990; Barrett, Caroselli, Smith, 1997; Phillips, 2000; Wright, 2004, 2007; Malinski, 2006, 2007). Poder é a capacidade de participar intencionalmente da natureza das mudanças. Envolve a consciência que a pessoa tem do contexto em que está (Consciência), a percepção sobre o modo como a pessoa faz suas escolhas (Escolhas); a percepção sobre a liberdade que tem para agir intencionalmente (Liberdade) e sobre o seu envolvimento na criação de mudanças (Envolvimento).

Poder como participação intencional é estar cômico do que se escolhe fazer, sentir-se livre para fazer o que se escolhe, fazer intencionalmente o que se escolheu e envolver-se na criação de mudanças (Caroselli, Barrett, 1998; Barrett, 2003). A percepção de poder do

enfermeiro e do auxiliar de enfermagem, segundo essa teoria pode influenciar o envolvimento e compromisso que eles terão nas decisões relativas à implantação e implementação do PE.

A análise do discurso de enfermeiras de unidades de internação clínica e cirúrgica identificou o conhecimento científico como valor e como meio de obter segurança no agir e assegurar o poder (Domingues, 2005). Estudo verificou que há diferença de conhecimento, envolvimento com o cuidado, entre outras variáveis, de enfermeiras que se percebiam com mais ou menos poder (Raatikainen, 1994).

As atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao PE e o poder clínico que percebem ter para realizar mudanças são fatores potencialmente associados ao processo de implantação e manutenção da SAE.

Como pouco se conhece sobre as atitudes do pessoal de enfermagem frente ao PE, os resultados deste projeto têm o potencial de contribuir para informar decisões gerenciais e políticas relativas ao PE nas instituições de saúde. Dispor de resultados sobre atitudes frente ao PE avaliadas por instrumentos padronizados ampliará o conhecimento sobre os fatores envolvidos na sua adoção.

Este estudo é parte de um estudo mais abrangente sobre o processo de enfermagem que ao término deste relatório ainda estava em andamento.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

GERAL:

- Descrever atitudes dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem relacionadas ao processo de enfermagem.

ESPECÍFICOS:

- Descrever a disposição de enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o processo de enfermagem;
- Descrever a percepção de enfermeiros e auxiliares de enfermagem quanto ao poder clínico;
- Analisar associações entre atitudes relacionadas ao processo de enfermagem e variáveis selecionadas (categoria profissional, sexo, idade, cargo de chefia, realização de pós-graduação, atividade principal no ambiente de trabalho, satisfação com o local de trabalho, satisfação com a carreira, grau de conhecimento da SAE, grau de contato com a SAE e tempo de formado).

MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório (Polit, Beck, Hungler, 2004) de delineamento transversal que foi desenvolvido nos hospitais e ambulatórios sob administração direta da Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

A CSS é a instância responsável por acompanhar a execução financeira e orçamentária dos hospitais e de outras unidades de saúde da SES/SP, orientando e avaliando seus desempenhos, o impacto e os resultados dos serviços de saúde prestados (São Paulo, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Todas as 43 instituições (ambulatórios e hospitais) da SES/SP eram locais elegíveis e foram convidadas para participar do estudo. A Figura 1 mostra o fluxograma de convite das instituições.

Figura 1 - Ações e prazos para o recrutamento dos hospitais e ambulatorios

A Figura 1 é o esquema das ações e prazos de recrutamento dos locais para o estudo e inclui os critérios para definir a recusa em participar. Foi encaminhada carta ao Diretor Técnico de Departamento de cada hospital ou ambulatório, solicitando autorização para participação da instituição no estudo. A resposta poderia ser por correio ou correio eletrônico num prazo de 15 dias. Se em 20 dias não houvesse retorno, seria feito contato telefônico para identificar possíveis extravios de documentos ou outras razões para a ausência de resposta. Se necessário, os procedimentos de convite eram refeitos, aguardando-se mais 10 dias depois do segundo envio de solicitação para a definição das instituições participantes. A ausência de resposta nesse prazo foi considerada como recusa em participar.

Das 43 instituições elegíveis e convidadas, não fizeram parte do estudo cinco instituições. Dois hospitais de grande porte receberam todos os contatos, segundo fluxograma na Figura 1, e não se manifestaram quanto à participação no estudo, o que caracteriza recusa, conforme os critérios adotados. Em três instituições, as negociações para o agendamento da coleta dos dados prolongaram-se além do viável para a conclusão deste estudo, razão pela qual não foram incluídas.

Desse modo, 38 instituições, cuja coleta se deu do início de janeiro de 2011 até o final do mês de outubro de 2011, foram incluídas no estudo. Desse total, três instituições acabaram sendo excluídas. Essas três instituições foram campo do teste piloto que resultou em modificações importantes nos instrumentos e procedimentos de coleta, razão pela qual as excluímos do estudo. Os dados efetivamente trabalhados neste estudo foram os obtidos em 35 instituições.

O teste piloto foi realizado não só para ajustar os instrumentos e procedimentos de coleta, mas também para obter dados empíricos para o cálculo do tamanho amostral.

3.3 TESTE PILOTO

Poderiam participar do estudo enfermeiros e auxiliares com vínculo formal de trabalho nos ambulatorios e hospitais da SES/SP que tivessem autorizado a realização da pesquisa. No piloto, realizado em três instituições, o convite para participar do estudo foi feito pelo enfermeiro da educação continuada, que havia sido esclarecido sobre o projeto, incluindo seus objetivos e o preenchimento do material. O enfermeiro da educação continuada ficou também com a incumbência de recolher as respostas dos participantes. Como este estudo é parte de um projeto maior, os participantes recebiam 6 instrumentos para responder, o que consumia cerca de 50 a 60 minutos.

Durante o piloto em três instituições da capital, foram coletados dados de 221 sujeitos (55 enfermeiros e 166 auxiliares de enfermagem), mas houve dificuldade para obter o retorno do material pelos intermediários e muitos formulários precisaram ser descartados por incompletude das respostas.

Com o objetivo de identificar as causas do elevado número de não-respostas foi realizado grupo focal em uma das instituições. A participação no grupo foi voluntária e ocorreu após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Vinte e três enfermeiros e auxiliares de enfermagem conversaram com a pesquisadora e duas assistentes de pesquisa. O principal motivo relatado para a não completude dos instrumentos foi o excesso de material para ser lido e respondido e que não era possível fazê-lo durante o horário de trabalho. Alguns sujeitos pontuaram que havia palavras de difícil entendimento nos questionários.

Com base nos dados obtidos com o grupo focal, foi reformulada a estratégia de coleta de dados e reduzida de 6 para 3 a quantidade de questionários apresentados.

Devido às condições de coleta no piloto serem diferentes da coleta realizada posteriormente, optou-se por não incluir neste estudo os dados obtidos no piloto. Desse modo, os dados das três instituições não foram incluídos neste trabalho. Fizeram parte das análises os dados obtidos em 35 instituições.

A participação dos enfermeiros e auxiliares no estudo foi por conveniência. Fazer a amostragem encareceria demasiadamente os custos do projeto, especialmente os da coleta no interior do estado.

3.4 CASUÍSTICA

Eram elegíveis para participar do estudo todos os enfermeiros e auxiliares de enfermagem com vínculo de trabalho formal com a Secretaria de Estado da Saúde atuando nas 38 instituições sob gestão da CSS que autorizaram a coleta de dados e que trabalhassem em setores em que havia pacientes, uma vez que o objeto de estudo são as atitudes relacionadas ao PE e onde não há pacientes, não há recomendação de se aplicar o processo de enfermagem.

Se considerarmos as 35 instituições que foram analisadas, 1.546 enfermeiros e 8.111 auxiliares de enfermagem eram elegíveis para a participação no estudo.

O tamanho amostral foi calculado com base em dados obtidos no teste piloto em três instituições da capital. Nessa oportunidade foram coletados dados de 221 sujeitos (55 enfermeiros e 166 auxiliares de enfermagem).

Para o cálculo foram usadas as respostas de 77 auxiliares de enfermagem (Tabela 1) ao instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem (PPE) (Apêndice 2). As respostas dos enfermeiros não foram usadas porque o total de respostas úteis por tipo de unidade foi muito baixo. O PPE, que será detalhado em seção a seguir, permite escores médios de 1 a 7, escores totais de 20 a 140, e quanto mais elevado o escore, mais favorável a atitude do profissional.

Tabela 1 - Estatística descritiva dos escores no PPE de auxiliares de enfermagem, segundo setores de trabalho (n = 77), São Paulo – 2011

Setor do respondente	n	Escore Médio		Soma dos Escores	
		Média	DP	Média	DP
Berçário, UTI Neo, Neo	4	5,21	1,14	104,25	22,88
Internação Geral	24	4,89	1,48	97,75	29,60
Centro Cirúrgico	3	5,82	1,60	116,33	31,94
Centro Obstétrico	3	2,78	2,42	55,67	48,34
Ambulatório	4	3,80	1,70	76,00	34,07
Maternidade	5	4,06	0,49	81,20	9,88
Pronto Socorro	12	5,04	1,20	100,75	23,97
UTI, Semi intensiva	14	4,29	1,67	85,86	33,45
Subtotal	69	4,79	1,57	95,78	31,30
Não informado	8	6,09	1,34	121,88	26,90

O cálculo, realizado com orientação de profissional estatístico, foi o seguinte: para obter uma estimativa da média em cada hospital com erro de 1 unidade, desvio padrão de 1,3 (um desvio esperado para o comportamento entre instituições), nível de significância de 5% e poder de 95%, necessitaríamos de n igual a 24 por hospital (Figura 2).

t tests - Means: Difference from constant (one sample case)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:

Tail(s)	=	Two
Effect size d	=	0.7692308
α err prob	=	0.05
Power (1- β err prob)	=	0.95

Output:	Noncentrality parameter δ	=	3.7684459
	Critical t	=	2.0686576
	Df	=	23
	Total sample size	=	24
	Actual power	=	0.9502158

Figura 2 - Tela de saída obtida no cálculo amostral

O tamanho mínimo da amostra foi de 24 sujeitos por grupo. Considerando as possibilidades de perdas, definiu-se o tamanho de 30 enfermeiros e 30 auxiliares por instituição de modo que pudessem ser comparados os resultados entre enfermeiros e auxiliares. Nos casos em que o total fosse menor que esse número, todos os enfermeiros e auxiliares seriam convidados a participar do estudo. Frente às dificuldades para aleatorizar a amostra decidiu-se recrutar os possíveis enfermeiros e auxiliares participantes por conveniência. Não é o objetivo do presente estudo comparar os resultados entre as instituições, mas esse dado será necessário no projeto mais amplo.

Com o cálculo do tamanho amostral a amostra de enfermeiros poderia ser de, no máximo, 1.050 (30 enfermeiros x 35 instituições). O tamanho da amostra de auxiliares poderia ser também de, no máximo, 1.050 (30 auxiliares x 35 instituições).

Foram incluídos no estudo 1.612 participantes. Foram excluídos 7 sujeitos devido falta de identificação de função na SES. Foram analisados os dados de 1.605 participantes, sendo 973 auxiliares de enfermagem (60,6%) e 632 enfermeiros (39,4%).

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis do estudo estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Variáveis de interesse para o estudo de atitudes frente ao processo de enfermagem

Variáveis	Definição conceitual	Definição operacional / Categorias de resposta
Atitude sobre o PE	Disposição dos participantes quanto ao PE	Escore total no Instrumento "Posições sobre o Processo de Enfermagem" [adaptação do instrumento Posições frente ao

Variáveis	Definição conceitual	Definição operacional / Categorias de resposta
		Diagnóstico de Enfermagem] (Lunney, Krenz, 1992; Cruz et al., 2006a).
Percepção de poder clínico	Percepção dos participantes quanto a capacidade de participar intencionalmente da natureza das mudanças manifestada por consciência, escolhas, liberdade para agir intencionalmente e envolvimento na criação de mudanças (Barrett, 2003).	Escores totais e nas sub-escalas do instrumento PKPCT (Barrett, 2003).
Idade	Tempo em anos desde o nascimento	Auto-relato do participante sobre tempo de vida em anos no momento da coleta dos dados.
Sexo	Auto-relato sobre o próprio sexo	Definido em masculino ou feminino
Situação marital	Condição de viver conjugalmente com outra pessoa	Auto-relato do participante se vive maritalmente com alguém, em termos de sim ou não.
Número de filhos	Quantidade de filhos biológicos ou não	Auto-relato do participante sobre a quantidade de filhos, biológicos ou não, que tem.
Unidade em que trabalha	Nome do setor em que o funcionário trabalha	Auto-relato do participante do setor em que trabalha.
Cargo/função	Nome do cargo/função do funcionário	Auto-relato do participante sobre seu cargo/ função atual na instituição pesquisada.
Turno em que trabalha	Período em que trabalha na instituição pesquisada.	Auto-relato do participante sobre o período em que trabalha definido como: manhã, tarde, noturno, diurno, qualquer.
Função atual na SES	Função exercida em instituição da SES.	Definida como enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.
Preferência por trabalhar algum setor	Apreciação sobre ter preferência por trabalhar em algum setor	Auto-relato do participante quanto à preferência por trabalhar em algum setor definida como: não tenho preferência por trabalhar em alguma unidade; preferiria trabalhar em outra unidade, mas nunca tentei mudar; preferiria trabalhar em outra unidade, já tentei mudar, mas não consegui; trabalho na unidade de minha preferência.
Satisfação por estar no setor em que trabalha	Apreciação positiva ou negativa sobre gostar de	Auto-relato do participante quanto a gostar de trabalhar no setor em que

Variáveis	Definição conceitual	Definição operacional / Categorias de resposta
	trabalhar no setor em que atua.	está trabalhando no momento da coleta dos dados, em termos de: estou totalmente satisfeita(o), estou moderadamente satisfeita(o), estou um pouco insatisfeita(o), estou totalmente insatisfeita(o).
Tempo de atuação na instituição em que trabalha atualmente	Tempo decorrido desde a data em que o participante começou a trabalhar na instituição.	Auto-relato do sujeito de pesquisa sobre há quanto tempo, em meses, trabalha como enfermeiro ou auxiliar de enfermagem na instituição. Segundo a última função em exercício.
Exercício de cargo de chefia	Ter cargo de chefia	Auto-relato do sujeito de pesquisa sobre ter cargo de chefia na instituição da SES em termos de sim ou não. Aplicável para enfermeiros.
Atividade predominante	Tipo de atividade que toma mais tempo da prática diária.	Auto-relato do participante sobre qual é a atividade predominante na sua prática diária, entre: cuidados diretos ao paciente, atividades administrativas, outras (especificar)
Benefícios recebidos	Benefícios que o funcionário recebe da instituição.	Auto-relato do participante quanto a dispor dos seguintes benefícios: refeição, vale-refeição, cesta básica ou vale compras, auxílio doença, convênio ou assistência médica, assistência psicológica, assistência do serviço social, estacionamento, horário especial, liberação (total ou parcial) para eventos/ cursos, apoio financeiro (total ou parcial) para eventos/ cursos.
Número de vínculos empregatícios	Contagem dos vínculos de trabalho mantidos pelo participante.	Auto-relato do participante sobre em quantos empregos trabalha na época da coleta dos dados.
Número de horas de trabalho	Contagem das horas que em média o participante dedica ao total de empregos atuais.	Auto-relato do participante sobre quantas horas no total trabalha por semana.
Formação em enfermagem	Tipo e andamento da formação em enfermagem	Auto-relato do participante sobre ter concluído, estar cursando ou nunca ter feito o curso de auxiliar de enfermagem, de técnico de enfermagem ou graduação de enfermagem.
Tempo de formado	Tempo em anos desde a conclusão dos cursos de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou	Auto-relato do participante sobre o tempo decorrido (em anos) desde que concluiu a formação em enfermagem.

Variáveis	Definição conceitual	Definição operacional / Categorias de resposta
	graduação em enfermagem	
Pós-graduação	Maior grau de formação em andamento ou concluído.	Auto-relato do participante sobre o maior grau de formação completo ou em andamento em termos de Especialização ou Residência ou Aprimoramento, Mestrado, Doutorado
Satisfação com a escolha profissional	Apreciação do grau de satisfação com a profissão escolhida.	Posicionamento do participante frente à afirmação “Eu estou satisfeito por ter escolhido a enfermagem como profissão/ carreira” numa escala de sete pontos ancoradas nos extremos por “muito” e “nada”.
Percepção de conhecimento para desenvolvimento da SAE.	Apreciação do conhecimento que tem sobre o PE e suas fases.	Estimativa do participante sobre ter nenhum, pouco, moderado ou muito conhecimento sobre os seguintes tópicos: SAE como um todo; entrevista e exame físico; diagnósticos; prescrição; evolução de enfermagem.
Grau de contato com a SAE nos últimos 3 anos	Intensidade com que o participante realiza ações relativas à SAE.	Auto-relato do participante sobre ter nada, pouco, moderado ou muito contato com a SAE nos últimos 3 anos em termos de: realização de leitura, participação em aulas / cursos, participação em eventos específicos, utilização na prática clínica, realização de pesquisa.

As variáveis dependentes foram as atitudes frente a SAE e a percepção de poder, as demais variáveis foram tratadas como independentes ou apenas para caracterização da amostra.

3.6 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados por auto-relato mediante respostas a instrumentos padronizados (Posições sobre o Processo de Enfermagem e *Power as Knowing Participation in Change* – Versão Brasileira) e a uma ficha de dados profissionais, sociais e demográficos. Os instrumentos relativos às variáveis do estudo estão descritos a seguir.

3.6.1 Instrumentos

3.6.1.1 Atitude sobre o processo de enfermagem

As atitudes sobre o processo de enfermagem foram medidas por meio da adaptação do instrumento de Lunney, Krenz (1992), denominado *Positions on Nursing Diagnosis*, questionário originalmente desenvolvido com o objetivo de avaliar as atitudes de enfermeiros frente ao conceito de diagnóstico de enfermagem. A adaptação feita para este estudo foi a substituição do conceito de diagnóstico de enfermagem pelo conceito de PE.

O instrumento original, de Lunney, Krenz (1992), é uma escala que usa o diferencial semântico para estimar as atitudes de enfermeiras ou estudantes de enfermagem frente ao conceito de diagnóstico de enfermagem. Embora não estejam disponíveis informações sobre o processo de seu desenvolvimento, o instrumento de Lunney e Krenz foi apresentado na décima conferência da NANDA-I, em 1992.

O diferencial semântico foi desenvolvido para mensurar atitudes ou crenças (Burns, Groove, 1993). Uma escala de diferencial semântico consiste de dois adjetivos opostos separados por uma escala de sete pontos entre eles. Solicita-se ao sujeito que marque o ponto que melhor descreve sua visão do conceito que está sendo examinado (Burns, Groove, 1993).

No *Positions on Nursing Diagnosis* (Lunney, Krenz, 1992) solicita-se ao respondente que pontue como se sente em relação ao conceito de diagnóstico de enfermagem. O instrumento tem 20 duplas de adjetivos. Um dos adjetivos expressa uma disposição favorável ao conceito e o outro expressa a disposição desfavorável. Cada dupla é separada por sete pontos equidistantes e o respondente deve marcar um dos pontos de acordo com a maior ou menor proximidade da sua disposição com um os adjetivos de cada dupla (Cruz et al., 2006a).

O *Positions on Nursing Diagnosis* foi submetido a processo de adaptação para a língua portuguesa (Cruz et al., 2006a). A confiabilidade estimada pelo alfa de Cronbach foi, em amostra de 400 enfermeiros e estudantes de enfermagem, de 0,94. A validade foi

estimada pela comparação dos escores antes e depois de um curso sobre diagnóstico de enfermagem, em amostra de 100 enfermeiros de um hospital de ensino, e pela análise de correlação com afirmação geral sobre o quanto o respondente era favorável ao conceito de diagnóstico de enfermagem. Houve melhora significativa dos escores após o curso e correlação positiva com a afirmação geral.

O instrumento modificado para estudar as atitudes frente ao PE foi usado em um projeto brasileiro junto a gerentes de enfermagem das instituições na rede pública estadual de Natal, Rio Grande do Norte e nas unidades hospitalares da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Leite, 2011).

A Figura 3, a seguir, apresenta o instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem.

POSIÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Marque com um X um dos espaços entre “totalmente verdadeiro” e “totalmente falso” que represente a sua posição em relação à afirmação abaixo:

“Eu sou favorável à sistematização da assistência de enfermagem”.

<i>Totalmente falso</i> ____:____:____:____:____:____:____:____ <i>Totalmente verdadeiro</i>
--

Por favor, pontue o CONCEITO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM conforme você se sente em relação a ele nesse momento. Assinale com um X em um dos espaços entre cada conjunto de adjetivos. POR FAVOR, RESPONDA A TODOS OS ITENS.

Por exemplo: Se, entre VALIOSO E SEM VALOR, você considera o conceito de sistematização da assistência de enfermagem **nem valioso nem sem valor**, marque um X no espaço central.

VALIOSO ____:____:____: **X** :____:____:____ SEM VALOR

Se, entre VALIOSO E SEM VALOR, você considera o conceito de sistematização da assistência de enfermagem **quase totalmente sem valor**, marque um X no espaço próximo, mas não no espaço encostado na palavra SEM VALOR.

VALIOSO ____:____:____:____:____: **X** :____ SEM VALOR

Se, entre VALIOSO E SEM VALOR, você considera o conceito de sistematização da assistência de enfermagem **totalmente valioso**, marque um X no espaço mais próximo possível da palavra VALIOSO.

VALIOSO **X** :____:____:____:____:____ SEM VALOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. AMBÍGUO ____:____:____:____:____:____ CLARO
2. NÃO SIGNIFICATIVO ____:____:____:____:____:____ SIGNIFICATIVO
3. AGRADÁVEL ____:____:____:____:____:____ DESAGRADÁVEL
4. FORTE ____:____:____:____:____:____ FRACO
5. VALIOSO ____:____:____:____:____:____ SEM VALOR
6. NEGATIVO ____:____:____:____:____:____ POSITIVO
7. BÔBO ____:____:____:____:____:____ INTELIGENTE
8. CONFORTÁVEL ____:____:____:____:____:____ DESCONFORTÁVEL
9. FÁCIL ____:____:____:____:____:____ DIFÍCIL
10. NÃO REALISTA ____:____:____:____:____:____ REALISTA
11. FACILITADOR ____:____:____:____:____:____ DIFICULTADOR
12. INVÁLIDO ____:____:____:____:____:____ VÁLIDO
13. SIGNIFICANTE ____:____:____:____:____:____ INSIGNIFICANTE
14. RELEVANTE ____:____:____:____:____:____ IRRELEVANTE
15. NÃO RECOMPENSADOR ____:____:____:____:____:____ RECOMPENSADOR
16. CONVENIENTE ____:____:____:____:____:____ INCONVENIENTE
17. ACEITÁVEL ____:____:____:____:____:____ INACEITÁVEL
18. RUIM ____:____:____:____:____:____ BOM
19. CRIATIVO ____:____:____:____:____:____ ROTINEIRO
20. SEM IMPORTÂNCIA ____:____:____:____:____:____ IMPORTANTE

Figura 3 - Instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem

No instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem (PPE), foi solicitado ao respondente que pontuasse como se sentia em relação ao conceito de processo de

enfermagem nas mesmas 20 duplas de adjetivos usadas no instrumento para a atitude sobre os diagnósticos de enfermagem. Foi incluída uma afirmação geral sobre o quanto o respondente era favorável ao conceito de processo de enfermagem, para obter uma estimativa de validade da adaptação.

Como parte dos procedimentos metodológicos deste estudo foi feita análise das propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento, uma vez que o mesmo foi adaptado e pela primeira vez aplicado em auxiliares de enfermagem. Os dados obtidos por meio da aplicação do PPE aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram analisados para estimar a consistência interna e a validade da versão adaptada.

Estão apresentados a seguir os dados de validade e confiabilidade da PPE para os sujeitos que responderam o instrumento na totalidade e para enfermeiros e auxiliares de enfermagem em separado. As estimativas de validade e confiabilidade do PPE obtidas com os dados do presente estudo foram comparadas às estimativas obtidas para o *Positions on Nursing Diagnosis* versão original (Lunney, Krenz, 1992), para a versão brasileira validada (Cruz et al., 2006a) e para a PPE usada com gerentes de enfermagem (Leite, 2011).

Alguns sujeitos não responderam todos os itens dos questionários. Optou-se por não usar técnicas estatísticas para completar as respostas faltantes. O total de respondentes pode variar para cada item, desse modo, sempre que apresentado um resultado, será identificado o número de respostas incluídas.

O PPE tem 11 itens apresentados invertidos (itens 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19) (Apêndice 3). Esses itens foram corrigidos no banco de dados antes das análises. Todos os resultados serão apresentados com os itens no sentido de 1 a 7, ou seja, da posição mais desfavorável para a mais favorável.

Validade do PPE

Considera-se que há coerência teórica entre o conceito diagnóstico de enfermagem e o conceito processo de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem, entendido como componente do PE, é derivado da mesma perspectiva conceitual. Além do que, o instrumento contém adjetivos gerais que podem ser aplicados ao PE como um

todo e não somente a uma de suas etapas (Leite, 2011). Desse modo, o PPE deveria manter as propriedades psicométricas observadas no Posições frente ao Diagnóstico de Enfermagem (PDE).

A análise fatorial confirmatória foi realizada, por meio de modelos de equações estruturais, com os 20 itens do PPE com o intuito de confirmar a existência de três domínios para avaliação das atitudes frente ao PE conforme foi evidenciado no estudo de validação da versão brasileira do PDE (Cruz et al., 2006a).

Os modelos de equações estruturais (SEM) são modelos que consideram um sistema de equações cuja formulação é feita em termos de conceitos teóricos que não são diretamente observáveis ou mensuráveis, mas que podem ser avaliados de forma bastante razoável por indicadores. A análise fatorial confirmatória, que é um tipo de modelo SEM é análoga à análise fatorial exploratória, porém usa como hipótese as relações entre os itens com base na teoria (Long, 2002; Hair et al., 1998; Johnson, Wichern, 1998).

Na análise fatorial confirmatória (AFC) o pesquisador impõe as restrições de acordo com seu conhecimento sobre o que se está estudando. Essas restrições determinam (Long, 2002; Hair et al., 1998; Johnson, Wichern, 1998):

1. Quais pares de variáveis latentes (fatores) são correlacionados;
2. Quais variáveis observadas são afetadas por quais variáveis latentes (fatores);
3. Quais variáveis observadas são afetadas por erros;
4. Quais pares de erros são correlacionados;

Os dados são utilizados para testar, verificar, se os dados amostrais são consistentes com as restrições impostas no modelo, ou seja, para verificar se o modelo gerado pelo conhecimento do pesquisador apresenta evidências empíricas.

A Figura 4 representa o modelo teórico proposto pelo pesquisador. Temos três fatores compostos por 13, 5 e 2 itens. Esses três fatores ainda formam um fator mais geral, que aqui chamamos de fator único (segundo nível).

O modelo foi ajustado pelo software Mplus[®], considerando que cada item é uma variável categórica ordinal. Ou seja, para o cálculo da matriz de correlação, que serve

como base para análise fatorial, foi utilizada uma correlação que leva em consideração essa natureza do dado.

O método de estimação utilizado foi o WLSMV (Estimação por mínimos quadrados ponderados e teste Qui-quadrado com médias e variâncias ajustadas).

Foram utilizados os seguintes índices de qualidade de ajuste do modelo (Long, 2002; Hair et al, 1998; Johnson, Wichern, 1998):

- *Comparative fit index* (CFI; >0.90 é considerado adequado);
- *Tucker-Lewis index* (TLI; >0.90 é considerado adequado);
- *Root mean square error of approximation* (RMSEA <0.05 é considerado bom, $0.05-0.08$ é considerado adequado, $0.08-0.10$ é considerado marginal, >0.10 é considerado ruim).

Figura 4 – Modelo teórico do PPE para a AFC.

A Tabela 3 apresenta os resultados da AFC com base no modelo teórico proposto.

Tabela 3 – Análise Fatorial Confirmatória do PPE com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011

Fatores	Enfermeiros e auxiliares (n=1489)		Auxiliares de enfermagem (n=889)		Enfermeiros (n=600)		valor de p
	Carga fatorial padronizada	Erro padrão	Carga fatorial padronizada	Erro padrão	Carga fatorial padronizada	Erro padrão	
Fator 1 - avaliativo							
Importante	0,84	0,01	0,84	0,01	0,83	0,02	<0,001
Bom	0,86	0,01	0,86	0,01	0,84	0,02	<0,001

Fatores	Enfermeiros e auxiliares (n=1489)		Auxiliares de enfermagem (n=889)		Enfermeiros (n=600)		valor de p
	Carga fatorial padronizada	Erro padrão	Carga fatorial padronizada	Erro padrão	Carga fatorial padronizada	Erro padrão	
Aceitável	0,88	0,01	0,88	0,01	0,88	0,01	<0,001
Conveniente	0,86	0,01	0,86	0,01	0,85	0,01	<0,001
Recompensador	0,76	0,01	0,75	0,02	0,78	0,02	<0,001
Relevante	0,90	0,01	0,91	0,01	0,89	0,01	<0,001
Significante	0,91	0,01	0,90	0,01	0,92	0,01	<0,001
Válido	0,88	0,01	0,86	0,01	0,91	0,01	<0,001
Realista	0,81	0,01	0,84	0,01	0,77	0,02	<0,001
Inteligente	0,88	0,01	0,89	0,01	0,87	0,01	<0,001
Positivo	0,87	0,01	0,89	0,01	0,83	0,02	<0,001
Valioso	0,89	0,01	0,89	0,01	0,88	0,01	<0,001
Significativo	0,89	0,01	0,90	0,01	0,87	0,02	<0,001
Fator 2 - atividade							
Claro	0,71	0,02	0,72	0,02	0,68	0,02	<0,001
Agradável	0,73	0,01	0,77	0,01	0,66	0,02	<0,001
Confortável	0,82	0,01	0,84	0,01	0,79	0,02	<0,001
Fácil	0,50	0,02	0,56	0,02	0,40	0,04	<0,001
Facilitador	0,86	0,01	0,86	0,01	0,87	0,02	<0,001
Fator 3 - potência							
Criativo	0,83	0,02	0,85	0,03	0,79	0,03	<0,001
Forte	0,52	0,02	0,50	0,03	0,55	0,03	<0,001
Fator geral							
fator 1	0,95	0,01	0,95	0,01	0,94	0,01	<0,001
fator 2	0,96	0,01	0,98	0,01	0,94	0,01	<0,001
fator 3	0,88	0,02	0,83	0,03	0,95	0,03	<0,001

Tabela 4 – Índices de qualidade de ajuste do modelo do PPE com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011

Índices de qualidade	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem (n=1489)	Auxiliares (n=889)	Enfermeiros (n=600)
RMSEA	0,09	0,10	0,09
CFI	0,97	0,97	0,96
TLI	0,96	0,97	0,96

Conforme observado na Tabela 4, os índices de qualidade de ajuste do modelo indicam adequação para CFI e TLI e marginalmente adequado para RMSEA. Dessa forma, consideramos o modelo adequado para interpretação.

No presente estudo (Tabela 3), as cargas fatoriais variaram de 0,92 a 0,75 no fator 1, de 0,87 a 0,40 no fator 2 e 0,85 a 0,50 no fator 3, considerando a amostra total, os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros. No estudo de validação da escala PDE (Cruz et al., 2006a), as cargas foram mais baixas e variam de 0,85 a 0,43 no fator 1 e de 0,80 a 0,53 no fator 2. No estudo anteriormente referenciado, não há informações sobre a carga fatorial do item fraco/forte.

O instrumento PPE adaptado neste estudo para a avaliação do PE manteve a estrutura fatorial da versão do PDE validada para a língua brasileira (Cruz et al., 2006a).

No estudo brasileiro do PDE (Cruz et al., 2006a), um fator explicou 50% da variância. Os autores optaram pela solução com três fatores que explicaram 61,3% da variância e porque esse resultado é compatível com observações clássicas de Osgood (1967). Essas observações indicaram que, independentemente dos conceitos estudados e dos sujeitos que tiveram as atitudes analisadas, 3 fatores ortogonais dominantes sempre apareciam: um fator “avaliativo” (representado por itens como bom-ruim), um fator de “potência” (representado por itens como forte-fraco) e um fator de “atividade” (representado por itens como facilitador - dificultador) (Cruz et al., 2006a).

No presente estudo foram observados os três fatores de Osgood (1967). O fator 1 corresponde ao fator “avaliativo” de Osgood (1967), o fator 2 ao fator de “atividade” e o 3 ao de “potência”.

O estudo norte-americano do PDE (Lunney, Krenz, 1992) com amostra de 127 enfermeiros incluiu análise fatorial por diversos métodos, os autores definiram que o instrumento tinha apenas uma dimensão, com 80,8% da variância explicada, porém na publicação não apresentaram a tabela das cargas fatoriais, fato que impede comparação adequada com os estudos brasileiros (Cruz et al., 2006a). O pressuposto de que, em geral, as escalas de atitudes são unidimensionais pode ter nortado a análise fatorial do estudo norte-americano, forçando-se a solução com apenas um fator (Cruz et al., 2006a).

O estudo que usou a escala PPE com gerentes de enfermagem (Leite, 2011) identificou três fatores por meio da análise fatorial com rotação varimax, para o agrupamento dos itens aos fatores foram consideradas as cargas primárias, acima de 0,4. O autor observou que todos os itens possuíam um caráter avaliativo. O fator 1, que explicou a variância de 58,4%, foi caracterizado como relevância e agregou os itens: sem valor/valioso, irrelevante/relevante, insignificante/significante, não recompensador/recompensador, inválido/válido, negativo/positivo, inaceitável/aceitável, ruim/bom, sem importância/importante, não significativo/significativo, bobo/inteligente, difícil/fácil, inconveniente/conveniente. O fator 2, com variância de 6,4%, foi associado à operacionalização do PE, e englobou os itens: rotineiro/criativo, não realista/realista, ambíguo/claro, fraco/forte, dificultador/facilitador. O fator 3, com variância de 5,3%, caracterizou-se como colaboração, e incluiu os itens: desagradável/agradável, desconfortável/confortável. Segundo o autor, este último fator parecia indicar o quanto amigável é a utilização do PE (Leite, 2011).

Os achados do presente estudo coincidiram com os encontrados por Leite (2011), exceto para os itens: desagradável/agradável, fraco/forte, desconfortável/confortável, difícil/fácil, não realista/realista, rotineiro/criativo que foram mantidos em fatores diferentes. Estes itens também fazem parte daqueles em que houve diferença de pelo menos 0,03 na carga fatorial quando comparadas as cargas fatoriais dos instrumentos respondidos por enfermeiros e por auxiliares de enfermagem. Salienta-se que no estudo de Leite (2011) a amostra foi composta apenas por enfermeiras gerentes.

Com o objetivo de explorar mais os achados e fomentar a discussão, detalharemos as cargas fatoriais encontradas. Os itens não recompensador/recompensador, inválido/válido, fraco/forte apresentaram carga fatorial maior para os auxiliares de enfermagem quando comparados à carga dos enfermeiros. Já os itens não realista/realista, negativo/positivo, não significativo/significativo, ambíguo/claro, desagradável/agradável, desconfortável/confortável, difícil/fácil, rotineiro/criativo apresentaram carga fatorial maior para os enfermeiros quando comparados aos valores encontrados nos instrumentos respondidos por auxiliares de enfermagem. Para estudos futuros seria necessário verificar se estes itens apresentam

comportamento diferencial para enfermeiros e auxiliares de enfermagem, tal análise seria possível, por exemplo, por meio da Análise Rasch.

Assim como no estudo de Cruz et al. (2006a), outra verificação da validade da escala se deu por meio da correlação entre as médias dos escores nos 20 itens e as respostas à afirmação geral “Sou favorável ao processo de enfermagem”. A hipótese era de que haveria correlação positiva entre os escores da escala e os das respostas à afirmação geral (Cruz et al., 2006a).

Tabela 5 – Correlação dos itens do PPE com a afirmação geral, São Paulo – 2011

Itens	Enfermeiros e auxiliares			Auxiliares de enfermagem			Enfermeiros		
	Correlação [†]	p-valor	N	Correlação [†]	p-valor	N	Correlação [†]	p-valor	n
Ambíguo – claro	0,383	<0,001	1504	0,398	<0,001	902	0,356	<0,001	602
Não significativo – significativo	0,498	<0,001	1506	0,500	<0,001	904	0,453	<0,001	602
Desagradável – agradável	0,404	<0,001	1505	0,431	<0,001	902	0,376	<0,001	603
Fraco – forte	0,386	<0,001	1501	0,374	<0,001	901	0,379	<0,001	600
Sem valor – valioso	0,456	<0,001	1514	0,454	<0,001	909	0,425	<0,001	605
Negativo – positivo	0,497	<0,001	1510	0,484	<0,001	905	0,491	<0,001	605
Bobo – inteligente	0,473	<0,001	1507	0,484	<0,001	903	0,430	<0,001	604
Desconfortável – confortável	0,414	<0,001	1508	0,445	<0,001	902	0,377	<0,001	606
Difícil – fácil	0,247	<0,001	1510	0,295	<0,001	906	0,191	<0,001	604
Não realista – realista	0,411	<0,001	1511	0,397	<0,001	907	0,432	<0,001	604
Dificultador – facilitador	0,461	<0,001	1512	0,456	<0,001	906	0,442	<0,001	606
Inválido – válido	0,496	<0,001	1514	0,498	<0,001	909	0,475	<0,001	605
Insignificante – significativa	0,493	<0,001	1512	0,483	<0,001	906	0,485	<0,001	606
Irrelevante – relevante	0,494	<0,001	1512	0,490	<0,001	907	0,465	<0,001	605
Não recompensador – recompensador	0,465	<0,001	1513	0,512	<0,001	908	0,394	<0,001	605
Inconveniente – conveniente	0,495	<0,001	1509	0,516	<0,001	905	0,455	<0,001	604
Inaceitável – aceitável	0,456	<0,001	1515	0,484	<0,001	909	0,418	<0,001	606
Ruim – bom	0,489	<0,001	1514	0,491	<0,001	908	0,469	<0,001	606
Rotineiro – criativo	0,186	<0,001	1515	0,185	<0,001	909	0,193	<0,001	606
Sem importância – importante	0,502	<0,001	1510	0,511	<0,001	907	0,470	<0,001	603
soma_fator1	0,555	<0,001	1466	0,558	<0,001	877	0,528	<0,001	589
soma_fator2	0,471	<0,001	1482	0,494	<0,001	884	0,435	<0,001	598
soma_fator3	0,321	<0,001	1500	0,314	<0,001	900	0,322	<0,001	600
soma 20 itens	0,552	<0,001	1430	0,554	<0,001	853	0,535	<0,001	577

[†]Índice de correlação de Spearman

Na escala PPE a validade também foi analisada por meio da correlação das médias dos escores de cada item e as respostas à afirmação geral “Sou favorável ao processo de enfermagem”, que foi mensurada numa única escala de sete pontos. A hipótese era de que haveria correlação positiva entre os escores da escala e os das respostas à afirmação geral.

Para a amostra total, a maior correlação foi observada no item não sem importância/importante (0,502), para os auxiliares de enfermagem foi no item inconveniente/conveniente (0,516) e para os enfermeiros foi no item negativo/positivo (0,491). As menores correlações para a amostra total e para os auxiliares de enfermagem foram no item rotineiro/criativo cujos índices de correlação de Spearman foram 0,186 e 0,185 respectivamente, para os enfermeiros a menor correlação foi observada no item difícil/fácil (0,191). Ressalta-se que a correlação da afirmação geral com cada um dos itens e com o total dos 20 itens foi positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 5).

A correlação da média dos itens com a afirmação geral neste estudo (índice de correlação de Spearman = 0,55; $p < 0,001$) foi um pouco menor que a correlação encontrada no estudo de Cruz et al. (2006a) (índice de correlação de Spearman = 0,64; $p < 0,001$). Entende-se que esses valores falam a favor da validade do instrumento adaptado para o PE. A escala PDE original não foi submetida a esse tipo de análise (Lunney, Krenz, 1992).

Confiabilidade PPE

Quanto à confiabilidade da PPE, o coeficiente de alfa de Cronbach foi usado para medir a consistência interna da escala. O coeficiente alfa de Cronbach varia de 0 a 1 e quanto maior esse valor, melhor a confiabilidade. Esse coeficiente serve para avaliar quão bom está um indicador, quando este é formado pela simples soma de pontos de vários itens. A confiabilidade medida pelo alfa de Cronbach refere-se unicamente à consistência interna do indicador: se as medidas utilizadas associam-se coerentemente na medida de um fenômeno e com que intensidade isto se verifica numa escala de zero a um (Nunnally, Bernstein, 1994; Pereira, 1999).

Quanto à manutenção dos itens em uma escala, os critérios para retirada dos itens inconsistentes são: a correlação de cada item com o escore (quando a correlação for muito baixa ou negativa o item deve ser excluído) e o acréscimo no coeficiente alfa quando o item é retirado (somente quando este acréscimo é importante) (Nunnally, Bernstein, 1994; Pereira 1999).

A correlação de Pearson (correlação item-total corrigida) é calculada entre o item e a soma dos demais itens. Ela mede a contribuição individual de cada item com o escore sem o item (soma dos itens excluindo o item em questão). A correlação item-total corrigida é geralmente usada para, numa lista de variáveis candidatas, selecionarem-se aquelas cuja contribuição é grande o suficiente para justificar o esforço de manter-se o item no escore. Usualmente descartam-se variáveis cujo valor de correlação seja menor que 0,40 (Nunnally, Bernstein, 1994; Pereira 1999). Alguns autores usam o valor 0,2 ou menos para descartar um item (Fini, 2008). O *Squared Multiple Correlation* é o R^2 , sendo este o percentual da variabilidade no item explicada pelos demais itens numa regressão linear múltipla quando este item é considerado como variável dependente e todos os demais como independentes. Um R^2 baixo indica que este item não está muito bom, tem pouca correlação com os demais, e consequentemente alfa ruim (Nunnally, Bernstein, 1994; Pereira 1999).

A confiabilidade do instrumento foi verificada por se tratar de uma adaptação e segundo Nunnally e Bernstein (1994) recomenda-se estimar a confiabilidade do instrumento sempre que for utilizado porque a confiabilidade também depende da amostra em que o mesmo é aplicado. O alfa de Cronbach do instrumento com os 20 itens considerando a amostra total foi 0,954, para os auxiliares de enfermagem foi de 0,957 e para os enfermeiros 0,950, o que indica boa consistência interna.

Tabela 6 – Resultados da análise de consistência interna do PPE, São Paulo - 2011

Itens	Auxiliares e enfermeiros (n=1489)			Auxiliares (n=889)			Enfermeiros (n=600)		
	Correlação†	R2	Alfa se o item for excluído	Correlação†	R2	Alfa se o item for excluído	Correlação†	R2	Alfa se o item for excluído
Ambíguo/claro	0,581	0,414	0,946	0,595	0,445	0,950	0,557	0,402	0,939
Não significativo/significativo	0,747	0,629	0,944	0,755	0,639	0,947	0,730	0,639	0,937
Desagradável/agradável	0,597	0,414	0,946	0,646	0,479	0,949	0,521	0,350	0,940
Fraco/forte	0,632	0,445	0,945	0,617	0,440	0,950	0,654	0,479	0,937
Sem valor/valioso	0,741	0,661	0,944	0,763	0,678	0,947	0,698	0,658	0,937
Negativo/positivo	0,756	0,679	0,944	0,761	0,690	0,948	0,745	0,664	0,937
Bobo/inteligente	0,765	0,662	0,943	0,767	0,676	0,947	0,760	0,671	0,936
Desconfortável/confortável	0,708	0,559	0,944	0,737	0,600	0,948	0,669	0,528	0,937
Difícil/fácil	0,373	0,228	0,950	0,437	0,269	0,953	0,293	0,228	0,945
Não realista/realista	0,681	0,514	0,945	0,670	0,490	0,949	0,702	0,571	0,937
Dificultador/facilitador	0,731	0,570	0,944	0,740	0,596	0,948	0,713	0,569	0,936
Inválido/válido	0,792	0,716	0,943	0,810	0,741	0,947	0,757	0,700	0,936
Insignificante/significante	0,786	0,716	0,943	0,789	0,706	0,947	0,778	0,752	0,936
Irrelevante/relevante	0,778	0,683	0,943	0,761	0,656	0,947	0,810	0,744	0,935
Não recompensador/recompensador	0,717	0,551	0,944	0,753	0,612	0,947	0,669	0,498	0,937
Inconveniente/conveniente	0,786	0,697	0,943	0,800	0,716	0,947	0,765	0,687	0,936
Inaceitável/aceitável	0,769	0,665	0,944	0,790	0,699	0,947	0,732	0,625	0,937
Ruim/bom	0,801	0,701	0,943	0,803	0,702	0,947	0,795	0,719	0,936
Rotineiro/criativo	0,374	0,197	0,952	0,350	0,183	0,956	0,416	0,242	0,945
Sem importância/importante	0,754	0,683	0,944	0,771	0,719	0,947	0,722	0,653	0,937

†Índice de correlação de Spearman

A correlação do item rotineiro/criativo apresentou as menores correlações para amostra geral (0,374), auxiliares de enfermagem (0,350) e enfermeiros (0,416), assim como o item difícil/fácil que apresentou correlação 0,373 para amostra geral, 0,437 para auxiliares de enfermagem e 0,293 para enfermeiros. A retirada desses itens não representaria acréscimo no valor do alfa (Tabela 6) e dificultaria a comparação dos resultados com outros estudos. Desse modo, optou-se por manter todos os itens na escala.

Com exceção dos itens fraco/forte, não realista/realista, relevante/irrelevante e rotineiro/criativo, os valores das correlações nas respostas dos auxiliares de enfermagem foram mais altos que os valores nas respostas dos enfermeiros.

No estudo brasileiro de validação do PDE, o alfa de Cronbach para a amostra de 400 enfermeiros e estudantes de graduação de enfermagem, com os 20 itens do instrumento foi de 0,94; para a sub-amostra de 100 enfermeiros foi de 0,89 antes de um curso sobre diagnóstico de enfermagem e de 0,93 depois do curso (Cruz et al., 2006a).

No estudo de desenvolvimento da escala original por Lunney e Krenz (1992), assim como no estudo de Cruz et al. (2006b), que utilizou a PDE para mensurar as atitudes dos enfermeiros sobre o DE antes e depois do início do registro dos diagnósticos de enfermagem nos prontuários, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,97.

No estudo de Leite (2011) com a PPE, o alfa de Cronbach foi de 0,955 para o fator 1, 0,844 para o fator 2 e 0,807 para o fator 3.

No presente estudo a escala adaptada manteve a confiabilidade próxima daquela observada na escala original e da relatada no estudo de Leite (2011). Assim, a confiabilidade do PPE neste estudo foi muito boa para o conjunto de respostas dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem (alfa=0,954) e não houve estimativa que apoiasse a retirada de algum item. Os 20 itens da escala foram mantidos.

A análise fatorial com a presença de um fator mais geral no segundo nível, formado pelos três fatores de Osgood (1967), e a confiabilidade de 0,954 para o total do instrumento, falam à favor do cálculo do escore geral do instrumento por meio da soma dos escores em cada item.

3.6.1.2 Percepção de poder

A literatura sobre poder é abundante e apresenta várias definições e teorias sobre poder (Cruz et al., 2009). Segundo o dicionário Cambridge (2011) poder é a capacidade ou o direito de controlar pessoas e eventos, ou capacidade de influenciar de maneira importante como as pessoas agem ou pensam. Etimologicamente deriva do Latim *potere* cujo significado é “a capacidade de”.

Há 30 anos Barrett traçou o objetivo de desenvolver uma teoria de poder derivada do modelo de Martha Rogers que possibilitasse ao enfermeiro entender as pessoas e seus mundos (Barrett, 2010). A teoria de Barrett baseia-se no postulado de Rogers de que o ser humano tem a capacidade de participar intencionalmente do processo de mudança (Barrett, 1983).

Os estudos de Barrett tiveram início com as questões da enfermagem e do feminismo, e em seguida o poder emergiu como um denominador comum. Poder é um conceito que apresenta muitas definições na literatura, a maioria delas, na perspectiva linear, reducionista e causal (Garrett, 1998). Em suas pesquisas Barrett percebeu que as teorias de poder tratavam de mudança e que a maioria trazia a idéia de causa e efeito (Barrett, 2010). O poder era usualmente entendido como forma sutil ou não de dominação, manipulação e controle que poderia ser benéfico ou destrutivo (Barrett, 2010). Esse tipo de poder não era consistente com o modelo de Rogers, com o qual Barrett pretendia trabalhar.

Segundo Barrett (1983), o poder é uma capacidade latente ou aparente do ser humano. Poder não é intrinsecamente bom ou mal, a forma da manifestação do poder depende do sistema de valores e crenças dos envolvidos; *a priori*, o poder é um fenômeno neutro (Barrett, 1983).

Barrett postula que existem dois tipos de poder, o poder como controle (poder sobre), tão descrito na literatura científica; e o poder como liberdade (poder para), inicialmente operacionalizado em sua teoria do poder (Barrett, 2009).

O poder como liberdade é entendido como um processo a ser vivido, como algo que as pessoas são, não como algo que as pessoas têm. Nessa perspectiva o poder é

inerente às pessoas, ninguém pode dá-lo ou tirá-lo, e há uma quantidade infinita de poder (Barrett, 2003).

A teoria de poder de Barrett foi desenvolvida na perspectiva da visão de mundo acausal, mas não nega ou contradiz o princípio de causa e efeito, apenas entende que este princípio é limitado e não se aplica a todos os fenômenos (Barrett, 2010). O modelo de Barrett contempla as perspectivas causal e acausal e consequentemente, poder como controle e poder como liberdade.

O que diferencia o poder é seu uso; poder pode ser usado com objetivo de controle ou de liberdade (Barrett, 2010). O poder social, político, pessoal, hierárquico e o *empowerment* podem ser entendidos, segundo o modelo de Barrett, como formas de poder (Barrett, 2010).

Após dois anos trabalhando na definição de poder, Barrett percebeu que a participação na mudança é um processo que pode ser intencional ou não (Barrett, 2010). Participação intencional é o axioma central da teoria de poder de Barrett (1983). Assim como na teoria da comunicação, que postula que o indivíduo não consegue não se comunicar, na teoria do poder, o indivíduo, não consegue não participar da mudança. O que varia é a qualidade ou a natureza da participação (Malinski, 2006).

O indivíduo pode participar intencionalmente em cada situação de sua vida, o que não significa que o mesmo terá controle sobre a situação, uma vez que na concepção acausal de mundo, não há controle (Barrett, 2010).

Segundo Barrett (1983), o poder não é observável nem mensurável, suas manifestações o são. O perfil de poder de indivíduos e grupos pode ser traçado. O perfil de poder diz respeito à natureza da consciência das experiências, do tipo de escolhas feitas, do grau de liberdade para agir e do modo como se dá o envolvimento na criação de mudanças (Barrett, 1998).

Barrett (2003) operacionalizou o construto teórico de poder, conforme já descrito, num instrumento denominado *Power as Knowing Participation in Change Tool* (PKPCT). O propósito do desenvolvimento do instrumento foi usar a técnica do diferencial semântico para medir o significado dos indicadores operacionais de poder

definido como participação intencional na mudança. Os indicadores são: consciência, escolhas, liberdade para agir intencionalmente e envolvimento na criação de mudanças. Por meio da consciência, o indivíduo é capaz de entender que suas escolhas fazem a diferença na sua participação nas situações cotidianas (Barrett, 1983). Consciência e intencionalidade provêm direção para as escolhas e a criação de mudança (Barrett, 1983).

O PKPCT foi elaborado em 1983, desde então sua validade e confiabilidade foram verificadas, o instrumento ganhou nova versão e foi aplicado em pacientes, enfermeiros e graduandos de enfermagem (Barrett, 1998; Barrett, Caroselli, 1998; Barrett et al., 2001; Mahoney, 2001; Wright, 2004; Kim, 2009).

O PKPCT foi desenvolvido em três etapas. Foram realizados dois estudos com juízes que eram fluentes na teoria do Ser Humano Unitário de Martha Rogers. Primeiro foi verificado se os adjetivos propostos eram consistentes com a definição de poder de Barrett e com a base teórica de Rogers. Em seguida, os juízes classificaram 43 pares de adjetivos como pertinentes ou não ao pressuposto teórico. Essa foi a etapa da determinação da validade aparente do instrumento. No segundo momento, foi construído o instrumento com 4 dimensões, 3 contextos (*self*, família e ocupação) e 24 escalas para ser testado no estudo piloto (Barrett, 1983). Foram utilizadas nove escalas de Osgood (1967); três do fator potência, três de avaliação e três de atividade com o objetivo de servirem de referência para a posterior análise fatorial (Barrett, 1983).

O estudo piloto com 267 participantes com variadas ocupações foi utilizado para verificar as dimensões do poder, e por meio da análise fatorial de componentes principais, foram identificados dois fatores viáveis que explicaram 42% e 5% da variância respectivamente. As análises fatoriais com rotação varimax e oblíqua não facilitaram a interpretação dos dados. As escalas de referência de Osgood não serviram para separar os fatores potência, atividade e avaliação. Os pares de adjetivos que não carregaram ou carregaram em mais de um fator, foram excluídos (Barrett, 1983).

O estudo norte americano de validação com 625 sujeitos com variadas ocupações mostrou um fator viável que explicava 43% da variância. A validade de construto foi obtida com estes resultados. Como a solução da análise fatorial com dois fatores (o segundo fator apresentava auto-valor de 0,95) acrescentava pouco na

variância e não facilitava a interpretação, Barrett optou pela unidimensionalidade da escala. O estudo mostrou também a tendência de respostas que denotam a desejabilidade social, ou seja, tendência de escolher os adjetivos que retratem características socialmente aceitas (Barrett, 1983).

O instrumento tem a versão I e II; a versão I incluía os contextos (*self*, família e ocupação), mas já em 1983 Barrett verificou que não havia diferença estatística na percepção de poder quando considerados os contextos (Barrett, 1983). Com vistas a simplificar o instrumento, a versão II trata da percepção de poder genericamente, sem estar relacionada a contextos específicos. A versão II é a mais utilizada. A palavra poder não aparece no instrumento, como forma de evitar viés (Barrett, 2003).

O PKPCT, criado originalmente em inglês, foi traduzido para o japonês, coreano, sueco, dinamarquês, português, francês e alemão (Barrett, 2003).

Foram realizadas duas revisões de literatura sobre o instrumento, a primeira em 1998 (Caroselli, Barrett, 1998) e a segunda publicada em 2009 (Kim, 2009).

A revisão mais recente (Kim, 2009) rastreou 46 publicações sobre o PKPCT. A confiabilidade do instrumento para o escore total foi elevada na maioria dos estudos, com valores do alfa de Cronbach de 0,93 a 0,99. Exceções foram dois estudos, que obtiveram alfa de Cronbach de 0,52, a 0,72, cujos autores relataram problemas de entendimento da escala por parte dos sujeitos da pesquisa, homens e mulheres com insuficiência cardíaca e moradores de casa de repouso com dor crônica.

Na sub-escala Consciência o alfa de Cronbach variou de 0,81 a 0,97, na sub-escala Escolhas, variou de 0,58 a 0,96, a sub-escala Liberdade para agir intencionalmente apresentou alfa de Cronbach entre 0,79 e 0,97 e a sub-escala Envolvimento na criação de mudanças teve confiabilidade entre 0,86 e 0,98 (Kim, 2009).

Os resultados dos estudos mostram que a percepção de poder está significativamente relacionada à empatia, satisfação no trabalho, tomada de decisão, comprometimento organizacional, auto-estima, satisfação com os serviços de saúde, espiritualidade, esperança, estilo de liderança, suporte social, confiança, stress, posições frente ao diagnóstico de enfermagem, satisfação com a escolha profissional, qualidade

de vida, bem-estar, idade, número de horas trabalhadas por semana, nível de experiência clínica e percepção de saúde. Poder está negativamente relacionado à depressão e gravidade na dependência de álcool. Resultados contraditórios foram encontrados para associação entre percepção de poder e tempo de estudo (Kim, 2009).

Barrett recomenda escolaridade mínima equivalente ao ensino médio para os respondentes do PKPCT devido dificuldades de entendimento por parte dos sujeitos de alguns estudos (Kim, 2009).

Estudos indicam a validade e a confiabilidade ($n=9$), a fundamentação teórica ($n=8$) e a facilidade de uso ($n=4$) como pontos fortes do PKPCT (Kim, 2009). As dificuldades relatadas no uso do PKPCT foram os termos abstratos ($n=10$), a escolaridade mínima necessária para a compreensão do instrumento ($n=8$), a dificuldade de uso da escala de diferencial semântico ($n=4$) e uso limitado do PKPCT em indivíduos com mais de 60 anos ($n=1$) (Kim, 2009).

Nesse questionário de 52 itens pede-se ao respondente que pontue como se sente em relação à sua consciência, a suas escolhas, à sua liberdade para agir intencionalmente e ao seu envolvimento na criação de mudanças. Para cada sub-escala são apresentadas 13 duplas de adjetivos com sentidos opostos: um dos adjetivos de cada dupla expressa uma disposição de maior poder e o outro expressa menor poder. Cada dupla é separada por sete pontos equidistantes e o respondente deve marcar um dos sete pontos de acordo com a maior ou menor proximidade da sua disposição com um dos adjetivos de cada dupla. Segundo Barrett (2003) os escores dos itens podem ser somados para cada sub-escala (variação possível de 12 a 48 pontos) e para a escala total (variação possível de 48 a 336 pontos). A décima terceira dupla de adjetivos de cada sub-escala é repetida para testar a confiabilidade das respostas e não é pontuada no escore total. Em estudo ainda não publicado, o PKPCT foi adaptado para o português e mostrou propriedades adequadas: manteve a estrutura fatorial original e confiabilidades iguais ou maiores que 0,80 (alfa de Cronbach)². A Figura 5 apresenta a versão brasileira do PKPCT usada neste estudo.

² Conforme comunicação pessoal do autor (Cruz, 2008).

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

MINHA CONSCIÊNCIA / CONSCIENTIZAÇÃO É:

PROFUNDA	_____	SUPERFICIAL	_____
DE EVITAÇÃO	_____	DE BUSCA	_____
VALIOSA	_____	SEM VALOR	_____
NÃO INTENCIONAL	_____	INTENCIONAL	_____
TÍMIDA	_____	ASSERTIVA	_____
DE LÍDER	_____	DE LIDERADO	_____
CAÓTICA	_____	ORGANIZADA	_____
EXPANSIVA	_____	RETRAÍDA	_____
AGRADÁVEL	_____	DESAGRADÁVEL	_____
NÃO ESCLARECIDA	_____	ESCLARECIDA	_____
LIVRE	_____	FORÇADA	_____
NÃO IMPORTANTE	_____	IMPORTANTE	_____
DESAGRADÁVEL	_____	AGRADÁVEL	_____

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

AS MINHAS ESCOLHAS SÃO:

RETRAÍDAS	_____	EXPANSIVAS	_____
DE BUSCA	_____	DE EVITAÇÃO	_____
ASSERTIVAS	_____	TÍMIDAS	_____
IMPORTANTES	_____	NÃO IMPORTANTES	_____
ORGANIZADAS	_____	CAÓTICAS	_____
INTENCIONAIS	_____	NÃO INTENCIONAIS	_____
DESAGRADÁVEIS	_____	AGRADÁVEIS	_____
FORÇADAS	_____	LIVRES	_____
SEM VALOR	_____	VALIOSAS	_____
DE LIDERADO	_____	DE LÍDER	_____
SUPERFICIAIS	_____	PROFUNDAS	_____
ESCLARECIDAS	_____	NÃO ESCLARECIDAS	_____
TÍMIDAS	_____	ASSERTIVAS	_____

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

A MINHA LIBERDADE PARA AGIR INTENCIONALMENTE É:

TÍMIDA	_____	ASSERTIVA
NÃO ESCLARECIDA	_____	ESCLARECIDA
DE LÍDER	_____	DE LIDERADO
PROFUNDA	_____	SUPERFICIAL
EXPANSIVA	_____	RETRAÍDA
NÃO IMPORTANTE	_____	IMPORTANTE
VALIOSA	_____	SEM VALOR
CAÓTICA	_____	ORGANIZADA
DE EVITAÇÃO	_____	DE BUSCA
LIVRE	_____	FORÇADA
NÃO INTENCIONAL	_____	INTENCIONAL
AGRADÁVEL	_____	DESAGRADÁVEL
ORGANIZADA	_____	CAÓTICA

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

O MEU ENVOLVIMENTO NA CRIAÇÃO DE MUDANÇAS É:

NÃO INTENCIONAL	_____	INTENCIONAL
EXPANSIVO	_____	RETRAÍDO
PROFUNDO	_____	SUPERFICIAL
CAÓTICO	_____	ORGANIZADO
LIVRE	_____	FORÇADO
VALIOSO	_____	SEM VALOR
NÃO ESCLARECIDO	_____	ESCLARECIDO
DE EVITAÇÃO	_____	DE BUSCA
DE LÍDER	_____	DE LIDERADO
NÃO IMPORTANTE	_____	IMPORTANTE
TÍMIDO	_____	ASSERTIVO
AGRADÁVEL	_____	DESAGRADÁVEL
SUPERFICIAL	_____	PROFUNDO

Figura 5 - Instrumento PKPCT versão brasileira

©1984,1987, 1998 by E. A. M. Barrett. Allrights reserve. No
duplicationwithoutwrittenpermissionorauthor. Inquires: Dr. E. A. M. Barrett, 415 East
85th Street, New York, NY 1002

A participação intencional em mudanças pode ocorrer em várias situações. Embora a percepção de poder seja independente do contexto, conforme identificado por Barrett em 1983, o uso do termo “papel clínico” para a mensuração da percepção de poder tem um propósito metodológico, serve para focar a atenção do respondente (Barrett, 1983).

Neste estudo o PKPCT foi apresentado aos participantes orientando-os ao contexto específico de seu papel clínico, para localizar esse “espaço” de interesse a ser considerado, desse modo, foi adicionada a frase “Em relação ao meu papel clínico...” no texto do instrumento (Apêndice 4).

No PKPCT, seis itens em cada sub-escala são apresentados de forma invertida (Apêndice 5). Os itens 1, 3, 6, 8, 9 e 11 da sub-escala Consciência, os itens 2, 3, 4, 5, 6 e 12 da sub-escala Escolhas, os itens 3, 4, 5, 7, 10 e 12 da sub-escala Liberdade para agir intencionalmente e os itens 2, 3, 5, 6, 9 e 12 da sub-escala Envolvimento na criação de mudanças foram corrigidos para a apresentação dos resultados. O último item de cada dimensão é um re-teste, uma repetição com direção invertida, de um dos 12 itens anteriores.

Validade do PKPCT

No estudo piloto do PKPCT, Barrett encontrou na análise fatorial 2 fatores viáveis e no estudo de validação foi definido um fator viável. Embora a análise fatorial tenha mostrado que a contribuição de cada sub-escala para o conceito de poder é diferente, o “envolvimento na criação de mudanças” requer o sentimento de “liberdade para agir intencionalmente” que está relacionado ao tipo de “escolhas” que são feitas. Essas conexões se mantêm mesmo quando a “consciência” está presente (Barrett, 1983). Assim, Barrett optou pela unidimensionalidade do instrumento.

Estudo de Trangenstein (1988), sobre a percepção de poder e satisfação no trabalho de enfermeiras norte-americanas, encontrou por meio da análise fatorial com rotação varimax 4 fatores para os itens do PKPCT que explicavam 72% da variância. Nessa análise, 4 itens da sub-escala Consciência e 1 item da sub-escala Envolvimento na criação de mudanças não carregaram em nenhum fator. Os itens de cada sub-escala

(Consciência, Escolhas, Liberdade para agir intencionalmente e Envolvimento na criação de mudanças) se misturaram nos 4 fatores (Trangenstein, 1988). Trangenstein (1988, p. 89) com base nos seus achados sugeriu que as dimensões do PKPCT não eram invariantes para diferentes populações e que o refinamento do instrumento era necessário.

Considerando os resultados conflitantes encontrados na literatura (Barrett, 1983; Trangenstein, 1988) e as bases teóricas que orientam a utilização do PKPCT, optou-se pela realização da análise fatorial confirmatória com 4 fatores, pois segundo Barrett (1983) a percepção de poder manifesta-se pela consciência, a habilidade de fazer escolhas, e o senso de liberdade necessário para se participar intencionalmente da mudança. Conforme mencionado na seção sobre o PPE, na análise fatorial confirmatória o pesquisador define as restrições ao modelo de acordo com seu conhecimento sobre o que se está estudando. A Figura 6 a seguir, mostra as suposições teóricas assumidas para o construto relativo ao PKPCT.

Figura 6 – Modelo teórico do PKPCT para a AFC

Na Tabela 7 são apresentadas as cargas fatoriais para cada item do PKPCT.

Tabela 7 – Análise Fatorial Confirmatória do PKPCT com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011

Sub-escalas	Enfermeiros e auxiliares (n=1332)		Enfermeiros (n=550)		Auxiliares (n=782)		
	Carga fatorial	Erro	Carga fatorial	Erro	Carga fatorial	Erro	valor de p
	padronizada	Padrão	padronizada	Padrão	padronizada	Padrão	
Consciência							
Profunda	0,68	0,02	0,64	0,03	0,71	0,02	<0,001
De busca	0,71	0,01	0,71	0,02	0,71	0,02	<0,001
Valiosa	0,80	0,01	0,77	0,02	0,81	0,02	<0,001
Intencional	0,63	0,02	0,66	0,02	0,61	0,02	<0,001
Assertiva	0,63	0,02	0,62	0,03	0,64	0,02	<0,001
De líder	0,50	0,02	0,64	0,03	0,40	0,02	<0,001
Organizada	0,74	0,02	0,71	0,02	0,76	0,02	<0,001
Expansiva	0,72	0,01	0,74	0,02	0,72	0,02	<0,001
Agradável	0,79	0,01	0,76	0,02	0,82	0,02	<0,001
Esclarecida	0,76	0,01	0,70	0,02	0,79	0,02	<0,001
Livre	0,80	0,01	0,78	0,02	0,81	0,02	<0,001
Importante	0,81	0,01	0,81	0,02	0,81	0,02	<0,001
Escolhas							
Expansivas	0,75	0,01	0,71	0,02	0,78	0,02	<0,001
De busca	0,79	0,01	0,79	0,02	0,79	0,02	<0,001
Assertivas	0,74	0,01	0,71	0,02	0,75	0,02	<0,001
Importantes	0,87	0,01	0,86	0,02	0,87	0,01	<0,001
Organizadas	0,79	0,01	0,71	0,02	0,84	0,01	<0,001
Intencionais	0,72	0,01	0,72	0,02	0,71	0,02	<0,001
Agradáveis	0,77	0,01	0,78	0,02	0,77	0,02	<0,001
Livres	0,73	0,01	0,67	0,02	0,78	0,02	<0,001
Valiosas	0,84	0,01	0,80	0,02	0,86	0,01	<0,001
De líder	0,55	0,02	0,68	0,02	0,46	0,02	<0,001
Profundas	0,76	0,01	0,77	0,02	0,75	0,02	<0,001
Esclarecidas	0,82	0,01	0,82	0,02	0,82	0,01	<0,001
Liberdade							
Assertiva	0,74	0,01	0,77	0,02	0,73	0,02	<0,001
Esclarecida	0,82	0,01	0,83	0,02	0,82	0,01	<0,001
De líder	0,52	0,02	0,69	0,02	0,40	0,03	<0,001
Profunda	0,75	0,01	0,77	0,02	0,74	0,02	<0,001
Expansiva	0,79	0,01	0,78	0,02	0,79	0,01	<0,001
Importante	0,86	0,01	0,86	0,02	0,87	0,01	<0,001
Valiosa	0,84	0,01	0,83	0,02	0,85	0,01	<0,001
Organizada	0,84	0,01	0,84	0,02	0,85	0,01	<0,001
De busca	0,82	0,01	0,86	0,02	0,80	0,02	<0,001
Livre	0,80	0,01	0,78	0,02	0,82	0,02	<0,001
Intencional	0,77	0,01	0,79	0,02	0,75	0,02	<0,001

Sub-escalas	Enfermeiros e auxiliares (n=1332)		Enfermeiros (n=550)		Auxiliares (n=782)		valor de p
	Carga fatorial padronizada	Erro Padrão	Carga fatorial padronizada	Erro Padrão	Carga fatorial padronizada	Erro Padrão	
Agradável	0,82	0,01	0,77	0,02	0,85	0,01	<0,001
Envolvimento							
Intencional	0,75	0,01	0,77	0,02	0,73	0,02	<0,001
Expansivo	0,81	0,01	0,79	0,02	0,82	0,01	<0,001
Profundo	0,81	0,01	0,79	0,02	0,81	0,01	<0,001
Organizado	0,86	0,01	0,86	0,02	0,86	0,01	<0,001
Livre	0,82	0,01	0,80	0,02	0,84	0,01	<0,001
Valioso	0,88	0,01	0,87	0,01	0,88	0,01	<0,001
Esclarecido	0,88	0,01	0,91	0,01	0,86	0,01	<0,001
De busca	0,84	0,01	0,88	0,01	0,81	0,02	<0,001
De líder	0,57	0,02	0,71	0,02	0,48	0,02	<0,001
Importante	0,89	0,01	0,89	0,01	0,89	0,01	<0,001
Assertivo	0,80	0,01	0,80	0,02	0,80	0,01	<0,001
Agradável	0,83	0,01	0,82	0,02	0,84	0,01	<0,001
Fator geral							
Consciência	0,93	0,01	0,92	0,01	0,93	0,01	<0,001
Escolhas	0,96	0,01	0,96	0,01	0,96	0,01	<0,001
Liberdade	0,92	0,01	0,89	0,01	0,93	0,01	<0,001
Envolvimento	0,87	0,01	0,84	0,01	0,88	0,01	<0,001

Tabela 8 – Índices de qualidade de ajuste do modelo do PKPCT com dados de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo – 2011

Índices de qualidade	Enfermeiros e auxiliares (n=1332)	Enfermeiros (n=550)	Auxiliares (n=782)
RMSEA	0,11	0,08	0,10
CFI	0,86	0,90	0,89
TLI	0,85	0,89	0,89

Conforme observado na Tabela 8, os índices de qualidade de ajuste do modelo apresentam valores limítrofes para RMSEA, CFI e TLI, com valores mais baixos para os auxiliares de enfermagem. O modelo apresenta melhor ajuste para enfermeiros.

No presente estudo (Tabela 7), as cargas fatoriais variaram de 0,40 a 0,82 no fator 1, de 0,46 a 0,87 no fator 2, 0,40 a 0,87 no fator 3 e 0,48 a 0,91 no fator 4. As cargas mais baixas foram observadas para o item de liderado/ de líder na amostra de auxiliares de enfermagem. Para os fatores gerais, o fator liberdade e envolvimento as

cargas foram menores para os enfermeiros quando comparados aos auxiliares de enfermagem.

Na área da saúde a liderança ainda é entendida como um atributo do cargo, algo hierarquicamente definido. Talvez por isso os auxiliares de enfermagem não entendam a liderança como algo possível no seu papel clínico, o que explicaria a dupla ‘de líder – de liderado’ ter apresentado cargas tão baixas entre os auxiliares (Tabela 7). Esse resultado voltará a ser considerado para as decisões sobre como procedemos com esses itens nas respostas dos auxiliares de enfermagem.

Confiabilidade do PKPCT

A confiabilidade do PKPCT também foi verificada por meio do alfa de Cronbach. A confiabilidade nos 48 itens foi de 0,964 para a amostra total, para os auxiliares de enfermagem e para os enfermeiros.

Tabela 9 – Resultados da análise de consistência interna do PKPCT considerando cada item dentro do fator, São Paulo – 2011

Sub-escalas	Correlação	R2	Alfa se o item for excluído	Correlação	R2	Alfa se o item for excluído	Correlação	R2	Alfa se o item for excluído
Consciência	Auxiliares e enfermeiros (n=1492)			Auxiliares (n=782)			Enfermeiros (n=550)		
		(alfa=0,863)			(alfa=0,867)			(alfa=0,870)	
Profunda	0,553	0,376	0,825	0,555	0,400	0,826	0,525	0,347	0,851
De busca	0,530	0,333	0,826	0,508	0,315	0,829	0,580	0,406	0,847
Valiosa	0,627	0,475	0,824	0,616	0,480	0,826	0,638	0,475	0,847
Intencional	0,445	0,241	0,835	0,445	0,268	0,837	0,470	0,278	0,856
Assertiva	0,512	0,316	0,828	0,533	0,342	0,828	0,491	0,337	0,856
De líder	0,301	0,111	0,856	0,266	0,103	0,861	0,489	0,288	0,855
Organizada	0,553	0,359	0,826	0,590	0,414	0,826	0,538	0,315	0,851
Expansiva	0,573	0,376	0,822	0,575	0,381	0,824	0,625	0,456	0,844
Agradável	0,595	0,443	0,823	0,626	0,509	0,823	0,571	0,373	0,849
Esclarecida	0,583	0,400	0,823	0,619	0,454	0,822	0,550	0,373	0,850
Livre	0,542	0,337	0,825	0,573	0,384	0,825	0,554	0,370	0,849
Importante	0,593	0,419	0,823	0,579	0,425	0,825	0,595	0,407	0,848
Escolhas	Auxiliares e enfermeiros (n=1518)			Auxiliares (n=782) (alfa=0,892)			Enfermeiros (n=550)(alfa=0,893)		
		(alfa=0,889)							
Expansivas	0,631	0,438	0,860	0,646	0,473	0,859	0,602	0,446	0,877
De busca	0,609	0,406	0,861	0,616	0,421	0,861	0,630	0,455	0,876
Assertivas	0,602	0,411	0,862	0,614	0,425	0,861	0,629	0,465	0,875
Importantes	0,691	0,582	0,860	0,690	0,621	0,860	0,708	0,581	0,873
Organizadas	0,605	0,462	0,863	0,636	0,536	0,863	0,579	0,411	0,878
Intencionais	0,510	0,298	0,867	0,507	0,303	0,868	0,502	0,318	0,882
Agradáveis	0,583	0,385	0,863	0,562	0,358	0,865	0,607	0,421	0,877
Livres	0,564	0,384	0,864	0,629	0,481	0,860	0,514	0,323	0,883
Valiosas	0,670	0,511	0,859	0,679	0,559	0,859	0,644	0,450	0,875
De líder	0,337	0,144	0,888	0,302	0,123	,893	0,510	0,301	0,883
Profundas	0,630	0,418	0,860	0,621	0,415	0,861	0,644	0,444	0,874
Esclarecidas	0,632	0,436	0,860	0,631	0,472	0,861	0,642	0,450	0,875

Sub-escalas	Correlação	R2	Alfa se o item for excluído	Correlação	R2	Alfa se o item for excluído	Correlação	R2	Alfa se o item for excluído
Liberdade	Auxiliares e enfermeiros (n=1485) (alfa=0,910)			Auxiliares (n=782) (alfa=0,907)			Enfermeiros (n=550) (alfa=0,924)		
Assertiva	0,621	0,441	0,892	0,588	0,418	0,888	0,695	0,553	0,913
Esclarecida	0,672	0,505	0,890	0,670	0,520	0,884	0,712	0,556	0,912
De líder	0,368	0,197	0,912	0,299	0,147	0,911	0,551	0,364	0,920
Profunda	0,666	0,482	0,889	0,658	0,473	0,884	0,656	0,471	0,914
Expansiva	0,695	0,540	0,887	0,706	0,551	0,881	0,698	0,549	0,913
Importante	0,704	0,590	0,889	0,728	0,627	0,882	0,720	0,583	0,912
Valiosa	0,689	0,568	0,889	0,696	0,586	0,883	0,683	0,529	0,913
Organizada	0,694	0,556	0,889	0,697	0,560	0,884	0,723	0,594	0,912
De busca	0,622	0,469	0,892	0,583	0,431	0,888	0,731	0,614	0,911
Livre	0,667	0,492	0,889	0,682	0,524	0,883	0,651	0,451	0,915
Intencional	0,581	0,351	0,893	0,567	0,338	0,889	0,635	0,434	0,915
Agradável	0,689	0,546	0,889	0,706	0,574	0,882	0,675	0,515	0,914
Envolvimento	Auxiliares e enfermeiros (n=1504) (alfa=0,924)			Auxiliares (782) (alfa=0,923)			Enfermeiros (n=550) (alfa=0,938)		
Intencional	0,607	0,388	0,912	0,610	0,397	0,909	0,640	0,439	0,932
Expansivo	0,716	0,611	0,907	0,738	0,664	0,903	0,703	0,586	0,930
Profundo	0,732	0,618	0,907	0,734	0,654	0,903	0,745	0,611	0,928
Organizado	0,730	0,563	0,908	0,752	0,594	0,904	0,739	0,593	0,929
Livre	0,701	0,540	0,908	0,712	0,559	0,904	0,703	0,523	0,930
Valioso	0,769	0,666	0,906	0,773	0,664	0,902	0,769	0,698	0,927
Esclarecido	0,721	0,579	0,908	0,710	0,553	0,905	0,781	0,688	0,927
De busca	0,643	0,446	0,911	0,604	0,409	0,909	0,796	0,666	0,927
De líder	0,420	0,197	0,926	0,349	0,146	0,927	0,600	0,394	0,935
Importante	0,741	0,622	0,907	0,756	0,635	0,903	0,766	0,693	0,928
Assertivo	0,655	0,446	0,910	0,672	0,471	0,906	0,685	0,506	0,931
Agradável	0,689	0,521	0,909	0,671	0,507	0,907	0,713	0,547	0,929
Total	n=1332 (alfa=0,964)			n=782 (alfa=0,964)			n=550 (alfa=0,964)		

Para os auxiliares de enfermagem os itens com “de liderado/de líder” apresentaram as menores correlações nos 4 fatores, a retirada desses itens elevaria o valor do alfa de 0,892 para 0,893 na sub-escala escolhas, de 0,907 para 0,911 na sub-escala liberdade e de 0,923 para 0,927 na sub-escala envolvimento (Tabela 9), o que representaria acréscimo pequeno e dificultaria a comparação dos resultados com outros estudos. Desse modo, optou-se por manter todos os itens na escala. Recomenda-se utilizar outras técnicas estatísticas para verificar se estes itens teriam comportamento diferente para enfermeiros e auxiliares.

A confiabilidade foi menor na sub-escala consciência e maior na sub-escala envolvimento (Tabela 9).

Quadro 1 – Resultados das consistências internas de estudos que utilizaram o PKPCT

Estudo	Características da amostra	Valor do Alfa de Chronbach nas dimensões				Alfa de Chronbach Total
		Consciência	Escolhas	Liberdade	Envolvimento	
Caroselli, 1991	89 enfermeiras gerentes	0,82	0,87	0,85	0,89	0,95
Moulton, 1994	182 enfermeiras gerentes	0,84	0,90	0,92	0,92	0,96
Garrett, 1998 (pré)	426 estudantes de enfermagem	0,83	0,86	0,90	0,92	0,96
Garrett, 1998 (pós)	426 estudantes de enfermagem	0,79	0,89	0,91	0,91	0,96
Cruz et al., 2009 (pré)	60 enfermeiras assistenciais	-	-	-	-	0,88
Cruz et al., 2009 (pós)	60 enfermeiras assistenciais	-	-	-	-	0,98
Revisão, Kim, 2009	46 estudos	de 0,81 a 0,97	de 0,58 a 0,96	de 0,79 a 0,97	de 0,86 a 0,98	de 0,52 a 0,99
Presente estudo	enfermeiros e auxiliares de enfermagem	0,863 (n=1492)	0,889 (n=1518)	0,910 (n=1485)	0,924 (n=1504)	0,964 (n=1332)

Conforme informações do Quadro 1, a confiabilidade para o conjunto de respostas do presente estudo é consistente com o que foi apresentado nos estudos internacionais (Caroselli, 1991; Moulton, 1994; Garrett, 1998; Kim, 2009) e também do estudo brasileiro (Cruz et al., 2009).

Concordância teste e re-teste

A concordância entre as respostas ao teste e o re-teste foi utilizada como mais uma medida de confiabilidade da escala. No estudo de desenvolvimento do PKPCT, Barrett fala em estabilidade da escala e refere que o coeficiente de estabilidade variou de 0,59 a 0,90 nas sub-escalas (Barrett, 1983). Não fica muito claro qual foi o teste utilizado.

Em uma escala de sete pontos, a máxima diferença possível entre duas respostas é de seis unidades, enquanto zero de diferença indica ausência de diferença. Como não há padrão aceitável definido para mensurar consistência nas respostas dos sujeitos, Moulton definiu, com auxílio de profissional estatístico, como aceitável a variação de uma unidade ou menos entre a resposta do teste e a do re-teste de cada indivíduo (Moulton, 1994). Em seu estudo, na sub-escala Consciência 91% dos respondentes apresentou diferença de um ponto ou menos entre o teste e o re-teste, na sub-escala Escolhas a proporção foi de 99% dos respondentes, na sub-escala Liberdade para agir intencionalmente a diferença de uma unidade ou menos entre as respostas atingiu 96% dos participantes e na sub-escala Envolvimento na criação de mudanças a proporção foi de 94% dos enfermeiros (Moulton, 1994).

Se aplicarmos o conceito de Moulton (1994) no presente trabalho, conforme exposto na Tabela 10, 91,68% dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem apresentou diferença de uma unidade ou menos na sub-escala consciência, para a sub-escala escolha foram 87,44% dos sujeitos (Tabela 11), na sub-escala liberdade 93,07% (Tabela 12) e na sub-escala envolvimento (Tabela 13) foram 84,17% dos respondentes. Os valores do presente estudo foram aparentemente menores que os observados por Moulton (1994).

Tabela 10 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Consciência, São Paulo - 2011

Consciência		Agradável (re-teste)							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Agradável (teste)	1	3	-	-	1	1	-	2	7
	2	2	-	3	-	-	1	-	6
	3	-	-	-	6	4	4	1	15
	4	1	-	1	59	24	21	18	124
	5	-	-	5	12	66	78	19	180
	6	2	3	-	12	40	297	133	487
	7	7	4	-	15	10	69	651	756
Total		15	7	9	105	145	470	824	1575

Tabela 11 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Escolhas, São Paulo - 2011

Escolhas		Assertivas (re-teste)							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Assertivas (teste)	1	17	3	1	3	4	-	9	37
	2	2	15	8	8	3	8	2	46
	3	-	6	17	18	9	3	2	55
	4	-	4	12	114	38	16	6	190
	5	-	3	13	31	69	55	12	183
	6	-	7	10	28	57	302	85	489
	7	6	3	3	19	15	70	453	569
Total		25	41	64	221	195	454	569	1569

Tabela 12 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Liberdade, São Paulo - 2011

Liberdade		Organizada (re-teste)							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Organizada (teste)	1	11	1	-	1	-	-	6	19
	2	-	3	3	2	2	-	1	11
	3	-	1	6	8	1	2	2	20
	4	1	1	1	73	16	16	11	119
	5	-	-	4	20	80	50	5	159
	6	-	-	3	23	63	319	73	481
	7	3	-	-	9	15	56	667	750
Total		15	6	17	136	177	443	765	1559

Tabela 13 – Concordância entre o teste e o re-teste da sub-escala Envolvimento, São Paulo - 2011

Envolvimento		Profundo (re-teste)						
		1	2	3	4	5	6	7
Profundo (teste)	1	23	5	-	5	1	2	13
	2	1	13	6	24	3	4	3
	3	4	7	16	28	17	8	2
	4	4	2	10	118	52	20	22
	5	1	4	14	33	80	72	19
	6	2	12	4	15	52	216	66
	7	22	1	-	11	8	60	455
	Total	57	44	50	234	213	382	580
								1560

No presente trabalho, para avaliação da concordância foi utilizada a estatística Kappa. O Kappa é baseado no número de respostas concordantes, ou seja, no número de casos cujo resultado é o mesmo entre o teste e o re-teste. É uma medida inter ou intra-observador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso. O Kappa tem como valor máximo o 1, onde 1 representa total concordância e os valores próximos de 0, indicam nenhuma concordância, ou a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. Um teste estatístico é realizado, com base no Kappa observado, e checa-se se há evidências suficientes para se rejeitar um Kappa=0 (ausência total de concordância). Então, rejeitar a hipótese nula é uma indicação de que a concordância é significativamente maior do que zero, indicando a existência de concordância, porém não diz se ela é alta ou não. Cabe ao pesquisador avaliar se a medida obtida foi satisfatória ou não. Em todo caso, Landis e Koch (1977) sugerem a seguinte interpretação:

Valores de Kappa	Interpretação
< 0	Concordância nula
0 -0,19	Concordância pobre
0,20 – 0,39	Concordância fraca
0,40 – 0,59	Concordância moderada
0,60 – 0,79	Concordância substancial
0,80 – 1,00	Concordância quase perfeita

Em situações cuja variável estudada é categórica ordinal, sugere-se o uso de uma generalização do Kappa, chamado Kappa ponderado. Esse Kappa pondera, adiciona um peso para as diferenças relativas entre as categorias (Fleiss 1981).

Tabela 14 – Valores de Kappa para o teste e o re-teste em cada sub-escala do PKPCT, São Paulo - 2011

Sub-escala	Auxiliares e enfermeiros		Auxiliares		Enfermeiros	
	Kappa ponderado	N	Kappa ponderado	n	Kappa ponderado	n
Consciência	0,5571	1575	0,5604	949	0,5477	626
Escolhas	0,6057	1569	0,6324	945	0,5584	624
Liberdade	0,6751	1559	0,6674	940	?†	619
Envolvimento	0,5667	1560	0,5855	940	0,5317	620

†Devido ausência de resposta no escore 2 do re-teste, não foi possível calcular o Kappa.

A concordância entre o teste e o re-teste, verificada por meio do Kappa ponderado, para a amostra total e para os auxiliares de enfermagem foi moderada para as sub-escalas consciência e envolvimento e substancial para as sub-escalas escolhas e liberdade para agir intencionalmente (Tabela 14). Para os enfermeiros foi possível calcular a concordância apenas para 3 sub-escalas, na sub-escala Liberdade, não houve resposta no escore 2 para o re-teste, assim, não foi possível calcular o valor do Kappa. Nas sub-escalas Consciência, Escolhas e Envolvimento a concordância entre o teste e o re-teste foi moderada para os enfermeiros. Vale ressaltar que o teste e o re-teste tinham direções invertidas.

Em suma, o PKPCT manteve a estrutura fatorial com 4 fatores no primeiro nível e um fator principal no segundo nível, a confiabilidade manteve-se na média do que está relatado na literatura nacional e internacional sobre as propriedades psicométricas do instrumento. Todos os itens foram mantidos e existem dados que fundamentam o cálculo do escore geral e para cada sub-escala.

3.6.1.3 Ficha de dados profissionais, sociais e demográficos

Essa ficha (Apêndice 6) continha espaços para o participante informar dados pessoais (sexo, idade, convivência marital e número de filhos); dados do trabalho e formação profissional (ano de graduação, titulação, tempo de trabalho na instituição, atividade atual predominante, entre outros); dados sobre o conhecimento e grau de contato com o processo de enfermagem; e dados para garantir o pareamento das suas respostas com as unidades/setores dos hospitais e ambulatorios em que atuam (nome do hospital, e nome do setor em que trabalha).

O conhecimento sobre o PE e o grau de contato com o PE foram estimados por escores compostos a partir de itens do tipo Likert.

Para os dados de conhecimento sobre o processo de enfermagem, optou-se por usar o a expressão “SAE”, por ser a forma mais comum de, no Brasil, os profissionais se referirem ao PE. O participante escolhia entre ‘nenhum’, ‘pouco’, ‘moderado’, ou ‘muito’ sobre o quanto conhecia sobre ‘SAE em geral’, sobre ‘entrevista e exame físico’, ‘diagnóstico de enfermagem’, ‘prescrição de enfermagem’, e sobre ‘evolução de enfermagem’. O conhecimento sobre o processo de enfermagem foi, portanto, avaliado por meio de 5 itens, cujos escores somados poderiam variar de 5 a 20. Os cinco itens apresentaram boa confiabilidade na amostra ($n=1526$; alfa de Cronbach = 0,883). Essa variável será analisada pela soma dos escores nos cinco itens e quanto maior o escore, maior o conhecimento sobre processo de enfermagem.

O grau de contato com o processo de enfermagem foi estimado pelo auto-relato do participante quanto ao grau de contato que ele havia tido nos últimos 3 anos com o tema ‘sistematização da assistência de enfermagem’, considerando atividades de leitura sobre o assunto, participação em aulas ou cursos sobre o tema, participação em eventos específicos, uso na prática clínica, e realização de pesquisa. Para cada um dos cinco itens a escala de respostas era ‘nada’, ‘pouco’, ‘moderado’, ‘muito’. O grau de contato com o processo de enfermagem foi, portanto, avaliado por meio de 5 itens, cujos escores somados poderiam variar de 5 a 20. Os cinco itens apresentaram boa confiabilidade na amostra ($n=1543$; alfa de Cronbach = 0,822. Essa variável será analisada pela soma dos escores nos cinco itens e quanto maior o escore mais intenso o contato com o processo de enfermagem.

DADOS SOBRE GRAU DE CONTATO COM A SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Marque com um X o item que corresponde ao grau de conhecimento que você tem sobre:

SAE em geral	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Entrevista e exame físico	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Diagnóstico de enfermagem	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Prescrição de enfermagem	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Evolução de enfermagem	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito

Marque com um X o item que corresponde ao grau de contato que você teve com o tema 'sistematização da assistência de enfermagem' nos últimos 3 anos, conforme as atividades:

Realização de leitura	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Participação em aulas/ cursos	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Participação em eventos específicos	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Uso na prática clínica	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Realização de pesquisa	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito

Figura 7 - Variáveis de conhecimento e contato com a SAE, caracterização sóciodemográfica

3.6.2 Procedimentos

As Responsáveis Técnicas pela Enfermagem das instituições cujo Diretor Técnico de Departamento autorizou o estudo receberam contato telefônico dos pesquisadores, explicando a finalidade, procedimentos do estudo e pedindo orientações sobre a melhor forma para conduzir a coleta de dados no hospital / ambulatório pelos quais eram responsáveis.

Inicialmente foram agendados 2 dias de coleta para cada instituição com o objetivo de convidar enfermeiros e auxiliares de enfermagem de todos os turnos de trabalho. Nas instituições da CSS/SES existem os seguintes turnos: 07 – 19h, 07 – 13h, 13 – 19h e das 19 – 07h.

Durante o período de recrutamento foi perguntado à Responsável Técnica da Enfermagem qual a melhor maneira de convidar os enfermeiros e auxiliares, de modo a causar menor impacto na rotina diária de trabalho. Com a experiência obtida durante o piloto, decidiu-se que os questionários seriam respondidos no local de trabalho, durante o período em que a coleta estava sendo realizada, com vistas a prestar esclarecimentos sobre os instrumentos e garantir a completude dos mesmos.

Nos dias agendados para a coleta, os assistentes de pesquisa convidaram os auxiliares e enfermeiros das unidades em que estiveram até atingir o número total de 30 em cada grupo. Nos casos em que apenas o período da coleta não foi suficiente para alcançar as 30 respostas, o assistente de pesquisa retornou à instituição para convidar profissionais que não estavam presentes nas datas agendadas.

Em algumas instituições foi possível que os profissionais respondessem ao estudo em uma sala reservada, fora do setor de trabalho. Em outros, o assistente de pesquisa acompanhou os profissionais na unidade.

Os assistentes de pesquisa se aproximaram de cada profissional, explicaram os objetivos do estudo e convidaram para dele participar. Foi esclarecido que o participante não sofreria risco ou desconforto moral, ético ou físico, podendo se negar a responder qualquer item da entrevista, que estaria também garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo, e que ao participante era garantido o sigilo do seu nome durante a realização do estudo e na divulgação de seus resultados. Não haveria benefícios diretos para o participante, como também não haveria despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo. Foi frisado que a participação era voluntária.

O preenchimento dos instrumentos levava de 20 a 30 minutos, o assistente de pesquisa recebia os instrumentos, verificava se os dados estavam completos e arquivava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido separado do restante do questionário.

Todas as pessoas convidadas receberam o seguinte material:

1) Convite para participar do estudo incluindo seus objetivos e procedimentos (Apêndice 7);

2) Duas vias de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o disposto na Resolução CNS 196/96 informando, inclusive, que uma das vias deve ficar em poder do participante (Apêndice 8);

3) Ficha com dados de caracterização (Apêndice 6);

4) Instrumento para avaliar as atitudes sobre o processo de enfermagem (Apêndice 2);

5) Instrumento para avaliar a percepção de poder (PKPCT – versão brasileira) (Apêndice 4);

6) Envelope para devolução dos instrumentos preenchidos.

Os instrumentos foram apresentados em ordens alternadas na sequência dos respondentes para contornar possível efeito de ordem de apresentação nos resultados.

A coleta de dados aconteceu de janeiro a outubro de 2011.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas de cada sujeito foram lançadas em banco de dados eletrônico do Sphinx[®], que tem interface com o SPSS. Foram utilizados também os softwares Mplus[®] e SPSS[®] versão 18. Os itens invertidos do PPE e PKPCT foram lançados no banco de dados e corrigidos para a análise e apresentação dos dados.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Os resultados serão apresentados por meio de medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão) (Urbina, 2007).

As análises de associação entre as atitudes, percepção de poder e variáveis selecionadas foram realizadas por testes não paramétricos, considerando que os escores no PPE e no PKPCT são ordinais. Os testes utilizados foram: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis ou Correlação de Spearman. O teste Mann-Whitney foi usado para testar associação entre variáveis ordinais, de dois grupos independentes

(Soares, Siqueira, 2002). O teste Kruskal-Wallis foi usado para testar a associação entre variáveis ordinais quando o número de grupos era maior que dois (Vieira, 2003). O coeficiente de Correlação de Spearman foi usado para testar o grau de associação de duas variáveis ordinais. Os valores de correlação podem variar de -1,00 (correlação perfeita negativa) a +1,00 (correlação perfeita positiva) (Vieira, 2003).

Quadro 2 – Interpretação da magnitude das correlações segundo Levin, Fox (2004):

Valores do coeficiente de correlação	Interpretação
< 0,3	Fraca
0,3 a 0,59	Moderada
0,6 a 0,9	Forte
1,00	Perfeita

Alguns sujeitos deixaram de responder alguns itens dos questionários. Foi realizada comparação entre o grupo que respondeu todos os itens e o grupo que deixou de responder alguns itens para verificar se os grupos eram semelhantes em termos de sexo, idade, função, satisfação na carreira, ter cursado ou estar cursando pós-graduação, conhecimento sobre a SAE e contato com a SAE. Foram usados os testes de Qui-Quadrado e Mann-Whitney.

O teste Mann-Whitney foi usado para testar associação entre as variáveis ordinais dos dois grupos (Soares, Siqueira, 2002). O teste de Qui-Quadrado foi aplicado em variáveis qualitativas nominais e baseia-se nas diferenças entre valores observados e esperados e avalia se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não (Vieira, 2003).

Em todos os casos assumiram-se como significantes os valores de $p \leq 0,05$.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP para apreciação dos aspectos éticos e à CSS para pedido de autorização e obteve aprovação nos dois âmbitos (Anexos 1 e 2). Os participantes que forneceram as informações por auto-relato foram esclarecidos sobre o estudo e seus procedimentos e, quando concordaram, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de

acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice 5) (Brasil, 1996).

O termo de consentimento foi apresentado aos sujeitos, individual e pessoalmente, por um dos pesquisadores ou assistente de pesquisa que esteve disponível para qualquer esclarecimento desejado. Em todas as circunstâncias, os possíveis participantes foram esclarecidos, além das finalidades do estudo, de que a participação ou não em nada alteraria a condução das atividades no serviço bem como não interferiria na avaliação dos seus desempenhos; a participação era voluntária; não haveria qualquer pagamento pela participação; a participação poderia ser interrompida a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o participante; as respostas seriam tratadas de forma a manter o anonimato do respondente; as respostas seriam utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Inicialmente serão apresentadas as características sociodemográficas dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros separadamente. Depois serão apresentados os escores no PPE e PKPCT nos dois grupos e a seguir os resultados das análises de associação dos escores do PPE e PKPCT com categoria profissional, sexo, idade, tempo de formado, titulação, cargo de chefia (para enfermeiros), atividade principal no local de trabalho, satisfação com o local de trabalho, satisfação com a escolha da carreira, conhecimento sobre a SAE e grau de contato com a SAE. Os valores percentuais serão apresentados sobre o total da amostra de auxiliares de enfermagem (n=973) e de enfermeiros (n=632). Para cada variável serão apresentadas as quantidades de respostas válidas. As medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas sem considerar as não-respostas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram analisados dados de 1605 sujeitos. Trinta e um enfermeiros e sessenta e oito auxiliares de enfermagem recusaram participar do estudo.

A Tabela 15 apresenta as características demográficas dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros.

Tabela 15– Características demográficas da amostra de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, São Paulo - 2011

Características	Auxiliares (n=973)		Não resposta n (%)	Enfermeiros (n=632)		Não resposta n (%)
	n	%		n	%	
Sexo						
Feminino	818	84,1	22 (2,3)	553	87,5	5 (0,8)
Masculino	133	13,7		74	11,7	
Idade						
Variação	21-68		40 (4,1)	24-69		19 (3,0)
Média (DP)	45,0 (9,4)			42,8 (9,7)		
Convivência marital						
Sim	510	52,4	103 (10,6)	340	53,8	37 (5,9)
Não	360	37,0		255	40,4	
Número de filhos						
Variação	0-7		98 (10,1)	0-8		49 (7,8)
Média (DP)	1,9 (1,2)			1,3 (1,1)		

Considerando enfermeiros e auxiliares de enfermagem (n=1605), 86,9% eram do sexo feminino, com idade média de 44,12 anos, 58,0% moravam com um companheiro.

A Tabela 16 mostra as características dos locais de trabalho de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Tabela 16 – Características dos locais de trabalho da amostra de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, São Paulo - 2011

Características	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	n	%	Não resposta n (%)	n	%	Não resposta n (%)
Instituições						
Hospitais gerais	446	45,8	-	394	62,3	-
Hospitais psiquiátricos	287	29,5		102	16,1	
Ambulatórios	96	9,9		40	6,3	
Maternidades	61	6,3		49	7,8	
Hospitais especializados	55	5,7		33	5,2	
Hospitais infantis	28	2,9		14	2,2	
Tipo de setor						
Unidade de Internação Geral	290	29,8		164	26,0	
Unidade de Internação de Psiquiatria	161	16,6		58	9,2	
Ambulatório	128	13,2		76	12,0	
Cuidados Intensivos	124	12,7		117	18,5	
Urgência e emergência	91	9,4	-	86	13,6	-
Cirúrgicos	58	6,0		37	5,9	
Ginecologia e obstetrícia	58	6,0		41	6,5	
Centro obstétrico + Centro de Parto Normal	27	2,8		27	4,3	
CAPS	23	2,4		15	2,4	
Apoio diagnóstico	10	1,0		7	1,1	
Hospital Dia	3	0,3		4	0,6	
Origem do paciente						
Interno	710	73,0	6 (0,6)	442	69,9	3 (0,5)
Externo	257	26,4		187	29,6	
Faixa etária do paciente						
Adulto	526	54,1	-	295	46,7	-
Misto	283	29,1		227	35,9	
Criança	164	16,9		110	17,4	
Permanência no setor						
Curta permanência	759	78,0	8 (0,8)	573	90,7	4 (0,6)
Longa permanência	206	21,2		55	8,7	
Turno de trabalho						
Diurno	520	53,4	16 (1,6)	161	25,5	1 (0,2)

Características	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	n	%	Não resposta n (%)	n	%	Não resposta n (%)
Manhã	202	20,8		218	34,5	
Tarde	150	15,4		152	24,1	
Noturno	73	7,5		89	14,1	
Qualquer	12	1,2		11	1,7	
Preferência por setor						
Trabalho na unidade de minha preferência	667	68,6	7 (0,7)	421	66,6	6 (1,0)
Não tenho preferência por trabalhar em alguma unidade	178	18,3		98	15,5	
Preferiria trabalhar em outra unidade, já tentei mudar, mas não consegui	70	7,2		66	10,4	
Preferiria trabalhar em outra unidade, mas nunca tentei mudar	51	5,2		41	6,5	
Satisfação com a unidade						
Estou moderadamente satisfeita(o)	370	38,0	7 (0,7)	261	41,3	4 (0,6)
Estou totalmente satisfeita(o)	366	37,6		230	36,4	
Estou um pouco insatisfeita(o)	182	18,7		107	16,9	
Estou totalmente insatisfeita(o)	48	4,9		30	4,8	
Tempo de trabalho na instituição (meses)						
Variação	1-413	32 (3,3)		1-420	22 (3,5)	
Média (DP)	124,6 (80,2)			105,0 (87,6)		
Exercício de chefia						
Não	968	99,5	5 (0,5)	495	78,3	6 (1,0)
Sim	-	-		131	20,7	
Atividade principal						
Cuidados diretos aos pacientes	914	93,9	2 (0,2)	278	44,0	4(0,6)
Planejamento de cuidados aos pacientes	18	1,9		198	31,3	
Atividades administrativas	17	1,8		134	21,2	
Outros	22	2,3		18	2,9	
Número de empregos						
Um	611	62,8	3 (0,3)	320	50,6	2 (0,3)
Dois	348	35,8		298	47,2	
Três	7	0,7		11	1,7	
Mais de três	4	0,4		1	0,2	
Horas trabalhadas/semana						
Variação	6-126	28 (2,9)		6-100	17 (2,7)	
Média (DP)	43,2 (17,6)			46,4 (17,0)		
Satisfação com a carreira						
Variação	1-7	39 (4,0)		1-7	22 (3,5)	
Média (DP)	6,0 (1,40)			5,7 (1,5)		

Participaram do estudo, 15 hospitais gerais, 10 hospitais psiquiátricos, 5 ambulatorios, 2 maternidades, 2 hospitais especializados e 1 hospital infantil.

Devido ao grande número de hospitais gerais participantes, alta proporção dos auxiliares de enfermagem (29,8%) e enfermeiros (26,0%) trabalhava em unidades de internação geral.

Quanto à preferência por setor de trabalho, cerca de 12,4% dos auxiliares de enfermagem e 16,9% dos enfermeiros preferiria trabalhar em outra unidade, alguns tentaram mudar de local de trabalho, outros não. Em torno de 23,6% dos auxiliares e 21,7% dos enfermeiros apresentavam algum grau de insatisfação com o local de trabalho.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, os auxiliares trabalhavam em média há 10,4 anos e os enfermeiros 8,75 anos.

Os cuidados diretos ao paciente eram a atividade principal de 93,9% dos auxiliares e de 44,0% dos enfermeiros. O planejamento de cuidados aos pacientes foi referido por 31,3% dos enfermeiros como sendo sua atividade principal (Tabela 16). Cabe ressaltar que 149 enfermeiros responderam mais de uma atividade como sua atividade principal. Os auxiliares que escolheram a opção outros, descreveram as seguintes atividades: farmácia, projeto de integração social, trabalhos manuais, orientação aos pacientes, vacina, coleta e preparo para exames, cuidados gerais aos pacientes e dar altas. Para os enfermeiros, as atividades descritas na opção outros foram: cuidados indiretos, grupos, triagem, acolhimento, atendimento individual, realização e auxílio em exames, atividades educativas, cuidados diretos nas intercorrências, controle de infecção hospitalar, compras de materiais, parto normal e dimensionamento de pessoal. Pode-se perceber que algumas atividades poderiam ser entendidas como cuidados diretos ao paciente, planejamento de cuidados aos pacientes ou atividades administrativas, alternativas que estavam entre as opções fornecidas no formulário.

A maior parte dos auxiliares (62,8%) e enfermeiros (50,6%) referiu ter apenas um emprego, mas proporção considerável da amostra, 36,9% dos auxiliares e 49,1% dos enfermeiros, tinha pelo menos dois empregos. A média de horas trabalhadas por semana foi de 43,2h para os auxiliares de enfermagem e 46,4h para os enfermeiros (Tabela 16). Cabe ressaltar que no questionário pedia-se para responder quantas

horas por semana o indivíduo trabalhava, se excluirmos da análise os 14 enfermeiros e os 24 auxiliares que referiram trabalhar menos de 30 horas semanais, que é o mínimo para a enfermagem trabalhar por semana, as médias de horas trabalhadas sobe para 43,6h para os auxiliares de enfermagem e 47,2h para os enfermeiros.

Quanto à satisfação com a carreira, 7,0% dos auxiliares e 9,6% dos enfermeiros marcaram escores abaixo de 5 nesta questão, que indicaria algum grau de insatisfação com a escolha profissional.

Tabela 17 – Características dos benefícios recebidos por auxiliares de enfermagem e enfermeiros, São Paulo - 2011

Benefícios	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	n	%	Não resposta n (%)	n	%	Não resposta n (%)
Refeição	653	67,1	13 (1,3)	416	65,8	20 (3,2)
Vale-refeição	537	55,2		266	42,1	
Convênio ou assistência médica	522	53,7		281	44,5	
Estacionamento	347	35,7		291	46,0	
Cesta básica ou vale-compras	331	34,0		217	34,3	
Liberação (total/parcial) para eventos/cursos	174	17,9		180	28,5	
Horário especial	110	11,3		68	10,8	
Assistência psicológica	67	6,9		35	5,5	
Auxílio-doença	41	4,2		17	2,7	
Assistência do serviço social	38	3,9		15	2,4	
Apoio financeiro (total/parcial) para eventos/cursos	27	2,8		45	7,1	

Com relação aos benefícios que os participantes entendiam ter da instituição, o principal citado por enfermeiros e auxiliares de enfermagem foi referente à alimentação. Em alguns locais esse benefício era concedido para todos os funcionários, em outros locais era apenas para os funcionários que trabalhavam turnos de 12h.

O convênio ou assistência médica foi entendido por alguns participantes como o direito de ser atendido no Hospital do Servidor Público Estadual, outros sujeitos não entenderam esse tipo de atendimento como ter acesso à convênio médico.

Algumas instituições tinham estacionamento e ofereciam esse benefício aos seus funcionários, mas nem sempre o número de vagas era suficiente.

Embora 28,5% dos enfermeiros e 17,9% dos auxiliares de enfermagem referiram ter liberação total ou parcial para participação em eventos ou cursos, apenas 7,1% dos enfermeiros e 2,8% dos auxiliares de enfermagem referiram auxílio financeiro total ou parcial para essa participação (Tabela 17).

Tabela 18 – Características da formação em enfermagem da amostra de auxiliares e enfermeiros, São Paulo - 2011

Formação	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	n	%	Não resposta n (%)	n	%	Não resposta n (%)
Curso de auxiliar de enfermagem						
Nunca cursei	17	1,8	25 (2,6)	241	38,1	181 (28,6)
Concluído	931	95,7		210	33,2	
Curso técnico de enfermagem						
Nunca cursei	208	21,4	126 (13,0)	323	51,1	226 (35,8)
Em curso	34	3,5		-	-	
Concluído	605	62,2		83	13,1	
Graduação de enfermagem						
Nunca cursei	468	48,1	334 (34,3)	-	-	7 (1,1)
Em curso	68	7,0		-	-	
Concluído	103	10,6		625	98,9	
Tempo conclusão curso auxiliar (anos)						
Variação	1- 49		151 (15,5)	4 – 41		448 (71,0%)
Média (DP)	15,9 (6,0)			18,7 (7,8)		
Tempo conclusão curso técnico (anos)						
Variação	0 – 36		432 (44,4)	3 – 39		554 (87,7%)
Média (DP)	8,0 (5,1)			15,8 (9,1)		
Tempo conclusão graduação enfermagem (anos)						
Variação	0 – 38		871 (89,5)	2 – 39		34 (5,4)
Média (DP)	4,7 (5,2)			14,1 (8,16)		

Conforme dados da Tabela 18, 17 auxiliares referiram nunca ter feito curso de auxiliar de enfermagem. Desses sujeitos, três não responderam as demais questões sobre formação em enfermagem e os 14 restantes informaram ter concluído o curso técnico. Pode-se inferir que os 17 participantes tinham formação de técnicos de enfermagem, mas eram contratados na função de auxiliares. Da amostra de auxiliares, 4,4% havia concluído a especialização com tempo médio de formado de 3,37 anos. Durante o período de coleta de dados, 1,9% estavam cursando especialização.

Do total de enfermeiros, 9,2% referiu nunca ter cursado especialização, para os 485 enfermeiros que responderam ter concluído a pós-graduação *lato sensu*, o tempo médio de formado foi de 7,1 anos. Doze enfermeiras eram mestres e duas eram doutoras em enfermagem, 43 enfermeiras estavam cursando especialização, 15 enfermeiras estavam fazendo mestrado e 4 o doutorado.

Cerca de 33% dos enfermeiros informaram haver concluído o curso de auxiliar de enfermagem e de 13% o de técnico, resultado que permite supor que, pelo menos 33% dos enfermeiros podem ter exercido outras funções na enfermagem. Dos auxiliares que responderam os questionários, cerca de 17,6% cursaram ou estavam cursando a graduação em enfermagem. Em algumas instituições havia o incentivo, como por exemplo, horário especial para a continuidade da formação do profissional de nível médio.

Tabela 19 – Características da amostra de auxiliares e enfermeiros segundo conhecimento sobre a SAE, São Paulo - 2011

Conhecimento	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	Média	(DP)	Não resposta n (%)	Média	(DP)	Não resposta n (%)
SAE	2,86	(0,79)	22 (2,3)	3,24	(0,51)	4 (0,6)
Histórico de enfermagem	2,68	(0,82)	37 (3,8)	3,19	(0,56)	3 (0,5)
Diagnóstico de enfermagem	2,60	(0,84)	43 (4,4)	3,07	(0,59)	3(0,5)
Prescrição de enfermagem	2,95	(0,87)	29 (3,0)	3,25	(0,56)	2 (0,3)
Evolução de enfermagem	2,99	(0,82)	27 (2,8)	3,27	(0,54)	2 (0,3)

O escore médio nas cinco questões sobre conhecimento, que poderia variar de 1 (nenhum) a 4 (muito), foi de 2,82(DP=0,66) para a amostra dos auxiliares de enfermagem, para os enfermeiros, o escore médio foi 3,20 (DP=0,47).

Tabela 20 – Características da amostra de auxiliares e enfermeiros segundo contato com a SAE, São Paulo – 2011

Contato com a SAE	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	Média	(DP)	Não resposta n (%)	Média	(DP)	Não resposta n (%)
Leitura	2,54	(0,94)	26 (2,7)	2,91	(0,73)	5 (0,8)

Contato com a SAE	Auxiliares (n=973)			Enfermeiros (n=632)		
	Média	(DP)	Não resposta n (%)	Média	(DP)	Não resposta n (%)
Aula	2,16	(0,95)	20 (2,1)	2,59	(0,79)	6 (1,0)
Evento	1,78	(0,87)	26 (2,7)	2,17	(0,84)	10 (1,6)
Prática	2,53	(1,03)	22 (2,3)	3,17	(0,79)	5 (0,8)
Pesquisa	1,70	(0,85)	25 (2,6)	1,84	(0,87)	8 (1,3)

O escore médio para as cinco questões de contato com a SAE foi de 2,14 (DP=0,72) para os auxiliares e 2,53 (DP=0,57) para os enfermeiros. Esse escore poderia variar de 1 a 4 e quanto mais próximo de 4, maior o contato.

Alguns auxiliares de enfermagem e enfermeiros deixaram de responder alguns itens dos questionários padronizados. Foi analisado se havia diferenças entre o grupo que respondeu todas as questões e o grupo que deixou questões sem resposta. Os resultados estão na Tabela 21.

Tabela 21 – Comparação dos grupos de respondentes segundo variáveis selecionadas, São Paulo - 2011

Variáveis	Respostas Completas PPE				Teste	Respostas Completas PKPCT				Teste
	Não		Sim		Qui-Quadrado	Não		Sim		Qui-Quadrado
Sexo	n	%	n	%	p-valor	n	%	n	%	p-valor
Feminino	96	86,5	1275	87,0		236	89,1	1135	86,5	
Masculino	15	13,5	191	13,0	p=0,884	29	10,9	177	13,5	p=0,262
Função										
Auxiliar de enfermagem	83	71,6	889	59,7		190	69,6	782	58,7	
Enfermeiro	33	28,4	600	40,3	p=0,012	83	30,4	550	41,3	p=0,001
Titulação - Pós-graduação										
Não	89	76,7	982	66,0		195	71,4	876	65,8	
Sim	27	23,3	507	34,0	p=0,018	78	28,6	456	34,2	p=0,070
	n	média	n	média	Teste	n	média	n	média	Teste
Idade					Mann-Whitney					Mann-Whitney
	106	47,03	1438	43,83	p=0,001	253	46,19	1291	43,64	p=0,000
Satisfação com a carreira										
	102	6,07	1440	5,83	p=0,057	254	5,99	1288	5,81	p=0,033
Conhecimento sobre a SAE										
	96	2,97	1430	2,98	p=0,790	244	2,96	1282	2,98	p=0,333
Contato com a SAE										
	99	2,26	1444	2,30	p=0,542	247	2,26	1296	2,31	p=0,235

O grupo que não respondeu todos os itens do PPE tinha maior proporção de auxiliares de enfermagem ($p=0,012$), indivíduos que não fizeram pós-graduação ($p=0,018$) e maior média de idade quando comparados ao grupo que completou todo o questionário.

Para o PKPCT, o grupo que não respondeu todos os itens tinha maior proporção de auxiliares de enfermagem ($p=0,001$), maior média de idade ($p=0,000$) e apresentava maior média de satisfação com a carreira ($p=0,033$) quando comparado aos sujeitos que responderam todos os itens (Tabela 21).

Os grupos não apresentaram diferenças significativas nas demais variáveis listadas na Tabela 21.

4.2 ATITUDES DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

As atitudes de enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o PE foram avaliadas com o PPE. Este instrumento, que foi adaptado para o presente estudo, visa identificar as atitudes sobre o PE por meio de 20 duplas de adjetivos. Um dos adjetivos de cada dupla expressa uma disposição favorável ao PE e o outro expressa a disposição desfavorável. Cada dupla é separada por uma escala de sete pontos e o respondente deve marcar um dos sete pontos de acordo com a maior ou menor proximidade da sua disposição com um os adjetivos de cada dupla. O instrumento tem 11 itens apresentados invertidos (itens 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19), que foram corrigidos para as análises e apresentação das tabelas. O escore total pode variar de 20 a 140 e quanto mais elevado, mais favorável a atitude.

A Tabela 22 apresenta a estatística descritiva dos escores do PPE de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, o escore total do PPE variou entre o mínimo e o máximo possível na escala.

Tabela 22 – Estatística descritiva dos escores do PPE de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011

PPE	Função	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	DP	n
20 itens	Auxiliares e enfermeiros	112,37	20,00	117,00	140,00	22,28	1489
	Auxiliares	111,04	20,00	116,00	140,00	23,15	889
	Enfermeiros	114,34	20,00	118,00	140,00	20,80	600

Tabela 23 – Estatística descritiva dos escores dos itens do PPE nos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011

Itens PPE	Enfermeiros e auxiliares				Auxiliares de enfermagem				Enfermeiros			
	Média	Mediana	DP	Válidos	Média	Mediana	DP	Válidos	Média	Mediana	DP	Válidos
Ambíguo/claro	5,30	6,00	1,75	1567	5,26	6,00	1,79	942	5,35	6,00	1,70	625
Não significativo/ significativo	5,97	7,00	1,41	1568	5,82	6,00	1,49	943	6,21	7,00	1,26	625
Desagradável/agradável	5,33	6,00	1,72	1567	5,34	6,00	1,73	941	5,32	6,00	1,70	626
Fraco/forte	5,07	5,00	1,74	1564	4,93	5,00	1,77	941	5,27	6,00	1,66	623
Sem valor/valioso	6,01	7,00	1,46	1577	5,86	7,00	1,53	949	6,22	7,00	1,33	628
Negativo/positivo	6,13	7,00	1,30	1573	6,00	7,00	1,38	945	6,32	7,00	1,16	628
Bobo/inteligente	5,94	6,00	1,35	1570	5,85	6,00	1,38	943	6,09	7,00	1,30	627
Desconfortável/confortável	5,35	6,00	1,66	1570	5,38	6,00	1,68	941	5,31	6,00	1,64	629
Difícil/fácil	4,96	5,00	1,82	1572	5,06	5,00	1,79	945	4,82	5,00	1,86	627
Não realista/realista	5,27	6,00	1,80	1574	5,24	6,00	1,80	947	5,31	6,00	1,80	627
Dificultador/facilitador	5,58	6,00	1,66	1574	5,50	6,00	1,68	945	5,71	6,00	1,63	629
Inválido/válido	6,02	7,00	1,38	1576	5,94	7,00	1,42	948	6,14	7,00	1,31	628
Insignificante/significante	6,02	7,00	1,40	1574	5,92	7,00	1,47	945	6,17	7,00	1,28	629
Irrelevante/relevante	5,90	6,00	1,39	1574	5,77	6,00	1,46	946	6,10	7,00	1,27	628
Não recompensador/recompensador	5,55	6,00	1,66	1576	5,55	6,00	1,64	948	5,55	6,00	1,70	628
Inconveniente/conveniente	5,80	6,00	1,46	1571	5,77	6,00	1,48	944	5,85	6,00	1,44	627
Inaceitável/aceitável	5,98	6,00	1,32	1578	5,96	7,00	1,36	949	6,00	6,00	1,25	629
Ruim/bom	5,98	6,00	1,33	1577	5,90	6,00	1,38	948	6,10	7,00	1,24	629
Rotineiro/criativo	3,98	4,00	2,29	1578	3,96	4,00	2,31	949	4,01	4,00	2,27	629
Sem importância/importante	6,15	7,00	1,32	1573	6,07	7,00	1,36	947	6,27	7,00	1,26	626

Segundo dados da Tabela 23, o escore médio nos itens do PPE foi mais baixo para o item rotineiro/criativo (3,98) e mais elevado para o item sem importância/importante (6,15) se considerarmos a amostra total. Para os auxiliares de enfermagem o resultado foi semelhante ao da amostra total, o item rotineiro/criativo teve o escore mais baixo (3,96) e o item sem importância/importante apresentou o escore mais alto (6,07). Os enfermeiros também apresentaram o escore mais baixo para o item rotineiro/criativo (4,01), já o escore mais alto foi para o item negativo/positivo (6,32).

O item que apresentou escore médio $\leq 4,5$ foi o dos adjetivos rotineiro/criativo, este resultado foi observado na amostra total, no extrato dos auxiliares de enfermagem e no extrato dos enfermeiros. Os itens que apresentaram escores médios $\geq 5,5$ foram os dos adjetivos não significativo/significativo, sem valor/valioso, negativo/positivo, bobo/inteligente, dificultador/facilitador, inválido/válido, insignificante/significante, irrelevante/relevante, não recompensador/recompensador, inconveniente/conveniente, inaceitável/aceitável, ruim/bom e sem importância/ importante, estes resultados foram observados nos três extratos de respondentes.

4.3 PERCEPÇÃO DE PODER DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

A percepção de poder de enfermeiros e auxiliares de enfermagem foi verificada por meio do PKPCT. Nesse questionário de 52 itens pede-se ao respondente que pontue como se sente em relação à sua consciência, a suas escolhas, à sua liberdade para agir intencionalmente e ao seu envolvimento na criação de mudanças. Para cada sub-escala são apresentadas 13 duplas de adjetivos separados por uma escala de sete pontos, um dos adjetivos da dupla expressa uma disposição de maior poder e o outro expressa menor poder. O respondente deve marcar um dos sete pontos de acordo com a maior ou menor proximidade da sua disposição com um dos adjetivos de cada dupla. Os escores dos itens podem ser somados para cada sub-escala (variação possível de 12 a 84 pontos) e para a escala total (variação possível de 48 a 336 pontos). A décima terceira dupla de adjetivos de cada sub-escala é

repetida para testar a confiabilidade das respostas e não é pontuada no escore total. O PKPCT tem itens invertidos que foram corrigidos para as análises e apresentação das tabelas.

Tabela 24 – Estatística descritiva dos escores do PKPCT e sub-escalas nos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011

PKPCT	Função	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	DP	n
Escore total	Auxiliares e enfermeiros	281,12	105,00	287,00	336,00	38,72	1332
	Auxiliares	278,35	155,00	283,00	336,00	39,93	782
	Enfermeiros	285,06	105,00	290,00	336,00	36,62	550
Consciência	Auxiliares e enfermeiros	71,34	37,00	72,00	84,00	9,55	1332
	Auxiliares	70,63	37,00	72,00	84,00	9,85	895
	Enfermeiros	72,31	24,00	74,00	84,00	9,19	597
Escolhas	Auxiliares e enfermeiros	71,62	29,00	73,00	84,00	9,95	1332
	Auxiliares	71,04	29,00	72,00	84,00	10,31	908
	Enfermeiros	72,23	12,00	74,00	84,00	9,76	610
Liberdade	Auxiliares e enfermeiros	69,16	12,00	71,00	84,00	11,79	1332
	Auxiliares	67,93	12,00	69,00	84,00	12,14	881
	Enfermeiros	70,46	12,00	72,00	84,00	11,52	604
Envolvimento	Auxiliares e enfermeiros	69,00	12,00	72,00	84,00	12,89	1332
	Auxiliares	67,91	12,00	70,00	84,00	12,89	898
	Enfermeiros	69,97	12,00	72,00	84,00	12,73	606

Segundo dados da Tabela 24, 782 auxiliares de enfermagem responderam todos os itens do PKPCT, quanto à resposta de todos os itens de uma sub-escala, o número de respondentes variou de 881 a 908. Já para os enfermeiros, 550 sujeitos responderam o instrumento na totalidade, e a completude nas sub-escalas foi atingida por 597 no mínimo e 610 no máximo.

Os escores totais no PKPCT variaram de 105 a 336 para a amostra total e para os enfermeiros. Para os auxiliares de enfermagem o escore total variou de 155 a 336. Os escores totais médios foram 285,06 para os enfermeiros, 281,12 para a amostra total e 278,35 para os auxiliares de enfermagem (Tabela 24).

Os escores na sub-escala Consciência variaram de 37 a 84 para a amostra total e para os auxiliares de enfermagem. Já para os enfermeiros o escore nesta sub-escala variou de 24 a 84. Os escores médios para a sub-escala Consciência foram

72,31 para os enfermeiros, 71,34 para a amostra total e 70,63 para os auxiliares de enfermagem.

O escore mínimo na sub-escala Escolhas foi 29 para amostra total e para os auxiliares de enfermagem, já para os enfermeiros o escore mínimo foi 12. O escore máximo foi 84 para os três extratos. Os escores médios foram 72,23 para os enfermeiros, 71,62 para a amostra total e 71,04 para os auxiliares de enfermagem.

Na sub-escala Liberdade, os escores variaram entre 12 e 84 tanto para a amostra total, quanto para os auxiliares de enfermagem e enfermeiros. Os escores médios foram 70,46 para os enfermeiros, 69,16 considerando todos os respondentes e 67,93 para os auxiliares de enfermagem.

Na sub-escala Envolvimento os escores variam de 12 a 84 para os três grupos de respondentes. Os escores médios nesta sub-escala foram 69,97 para os enfermeiros, 69,00 para a amostra total e 67,91 para os auxiliares de enfermagem.

Tabela 25– Estatística descritiva dos escores dos itens do PKPCT em enfermeiros e auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011

Sub-escalas PKPCT	Auxiliares e enfermeiros				Auxiliares de enfermagem				Enfermeiros			
	Média	Mediana	DP	Válidos	Média	Mediana	DP	Válidos	Média	Mediana	DP	Válidos
Consciência												
Profunda	6,10	6,00	1,16	1578	6,07	7,00	1,23	950	6,13	6,00	1,04	628
De busca	6,13	7,00	1,24	1559	6,13	7,00	1,24	937	6,13	7,00	1,24	622
Valiosa	6,40	7,00	0,93	1579	6,41	7,00	0,93	952	6,40	7,00	0,92	627
Intencional	5,65	6,00	1,68	1549	5,52	6,00	1,79	932	5,85	6,00	1,48	617
Assertiva	5,43	6,00	1,64	1571	5,41	6,00	1,70	946	5,47	6,00	1,55	625
De líder	4,85	5,00	1,99	1576	4,26	4,00	2,07	949	5,75	6,00	1,48	627
Organizada	6,22	7,00	1,04	1583	6,26	7,00	1,04	955	6,16	6,00	1,06	628
Expansiva	5,74	6,00	1,41	1578	5,78	6,00	1,41	951	5,69	6,00	1,40	627
Agradável (teste)	6,14	6,00	1,07	1580	6,19	7,00	1,09	952	6,08	6,00	1,04	628
Esclarecida	6,15	6,00	1,15	1580	6,12	7,00	1,22	952	6,19	6,00	1,02	628
Livre	6,10	7,00	1,26	1583	6,10	7,00	1,28	955	6,10	6,00	1,23	628
Importante	6,36	7,00	1,07	1581	6,32	7,00	1,13	952	6,42	7,00	0,98	629
Agradável (re-teste)	6,21	7,00	1,09	1579	6,23	7,00	1,13	952	6,19	6,00	1,04	627
Escolhas												
Expansivas	5,80	6,00	1,41	1575	5,84	6,00	1,42	949	5,73	6,00	1,40	626
De busca	6,16	7,00	1,21	1577	6,14	7,00	1,26	949	6,19	7,00	1,14	628
Assertivas (teste)	5,66	6,00	1,49	1573	5,66	6,00	1,53	948	5,67	6,00	1,43	625
Importantes	6,37	7,00	0,95	1584	6,37	7,00	0,96	955	6,37	7,00	0,94	629
Organizadas	6,27	7,00	0,98	1580	6,32	7,00	0,96	954	6,21	6,00	1,01	626
Intencionais	5,98	6,00	1,32	1575	5,92	6,00	1,38	948	6,08	6,00	1,22	627
Agradáveis	6,12	6,00	1,15	1576	6,14	7,00	1,18	948	6,08	6,00	1,11	628
Livres	5,89	6,00	1,40	1580	5,98	6,50	1,36	952	5,75	6,00	1,45	628
Valiosas	6,28	7,00	1,06	1580	6,27	7,00	1,10	951	6,29	7,00	0,99	629
De líder	5,02	6,00	1,93	1572	4,49	4,00	2,04	946	5,81	6,00	1,41	626
Profundas	5,89	6,00	1,26	1577	5,86	6,00	1,32	951	5,93	6,00	1,17	626
Esclarecidas	6,11	6,00	1,18	1583	6,08	7,00	1,22	954	6,14	6,00	1,11	629
Assertivas (re-teste)	5,65	6,00	1,46	1579	5,63	6,00	1,50	951	5,67	6,00	1,40	628

Sub-escalas PKPCT	Auxiliares e enfermeiros				Auxiliares de enfermagem				Enfermeiros			
	Média	Mediana	DP	Válidos	Média	Mediana	DP	Válidos	Média	Mediana	DP	Válidos
Liberdade												
Assertiva	5,40	6,00	1,69	1563	5,36	6,00	1,77	941	5,45	6,00	1,57	622
Esclarecida	5,98	6,00	1,25	1562	5,96	6,00	1,30	940	5,99	6,00	1,16	622
De líder	4,66	5,00	2,03	1558	4,03	4,00	2,07	936	5,60	6,00	1,55	622
Profunda	5,46	6,00	1,57	1554	5,35	6,00	1,66	934	5,61	6,00	1,42	620
Expansiva	5,45	6,00	1,57	1556	5,38	6,00	1,64	936	5,56	6,00	1,44	620
Importante	6,13	7,00	1,19	1555	6,09	7,00	1,24	939	6,19	6,00	1,10	616
Valiosa	6,10	7,00	1,28	1561	6,07	7,00	1,32	939	6,16	7,00	1,22	622
Organizada (teste)	6,10	6,00	1,19	1563	6,13	7,00	1,18	942	6,05	6,00	1,20	621
De busca	6,02	6,00	1,32	1550	5,99	6,00	1,36	931	6,07	6,00	1,26	619
Livre	5,84	6,00	1,41	1556	5,84	6,00	1,44	937	5,84	6,00	1,36	619
Intencional	5,75	6,00	1,49	1549	5,67	6,00	1,58	931	5,88	6,00	1,34	618
Agradável	5,97	6,00	1,28	1561	6,01	6,00	1,27	941	5,91	6,00	1,28	620
Organizada (re-teste)	6,11	6,00	1,16	1562	6,13	7,00	1,17	942	6,07	6,00	1,14	620
Envolvimento												
Intencional	5,78	6,00	1,51	1557	5,66	6,00	1,61	935	5,95	6,00	1,35	622
Expansivo	5,53	6,00	1,68	1558	5,50	6,00	1,73	937	5,59	6,00	1,59	621
Profundo (teste)	5,47	6,00	1,62	1563	5,41	6,00	1,68	942	5,56	6,00	1,52	621
Organizado	6,02	6,00	1,25	1561	6,01	6,00	1,26	939	6,02	6,00	1,22	622
Livre	5,79	6,00	1,46	1558	5,81	6,00	1,46	939	5,75	6,00	1,46	619
Valioso	5,97	6,00	1,34	1563	5,94	6,00	1,36	942	6,02	6,00	1,31	621
Esclarecido	5,95	6,00	1,33	1559	5,90	6,00	1,37	940	6,04	6,00	1,25	619
De busca	5,96	6,00	1,36	1558	5,93	6,00	1,37	938	6,00	6,00	1,36	620
De líder	4,76	5,00	2,01	1558	4,26	4,00	2,06	938	5,51	6,00	1,67	620
Importante	6,08	7,00	1,29	1557	6,02	7,00	1,33	939	6,17	7,00	1,20	618
Assertivo	5,46	6,00	1,65	1556	5,42	6,00	1,69	937	5,50	6,00	1,58	619
Agradável	5,91	6,00	1,34	1563	5,95	6,00	1,31	941	5,85	6,00	1,39	622
Profundo (re-teste)	5,54	6,00	1,60	1562	5,50	6,00	1,64	941	5,61	6,00	1,54	621

Para a amostra total, o item de liderado/de líder foi o que obteve menores médias em todas as sub-escalas. Já o item não importante/importante teve a maior média nas sub-escalas Escolhas, Liberdade e Envolvimento. Para a sub-escala Consciência o item com maior pontuação média foi o sem valor/valiosa.

Os auxiliares de enfermagem apresentaram os menores escores médios para o item de liderado/de líder em todas as sub-escalas. Os maiores escores médios dos auxiliares foram para os itens não importante/importante nas sub-escalas Escolhas e Envolvimento. Na sub-escala Consciência o item com maior pontuação média foi o sem valor/valiosa, segundo resposta dos auxiliares. Na sub-escala Liberdade, os itens desorganizada/organizada e seu re-teste foram os que apresentaram as maiores pontuações médias.

Os enfermeiros obtiveram as menores médias no item tímida/assertiva em todas as sub-escalas, inclusive no re-teste da sub-escala Escolhas. As maiores médias foram para o item não importante/importante em todas as sub-escalas.

A amostra total e os enfermeiros não apresentaram nenhum item com médias inferiores a 4,5. Para os auxiliares de enfermagem, o item de liderado/de líder apresentou médias inferiores a 4,5 em todas as sub-escalas.

Pontuações médias acima de 5,5 foram atingidas pela maioria dos itens respondidos pelos auxiliares de enfermagem, com exceção de 10 itens. Para os enfermeiros, apenas 2 itens apresentaram escores médios menores que 5,5.

4.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS ATITUDES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM, PERCEPÇÃO DE PODER E VARIÁVEIS SELECIONADAS

Foram testadas as associações entre as atitudes sobre o PE e a percepção de poder dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, verificadas por meio dos instrumentos padronizados PPE e PKPCT, e as variáveis: sexo, idade, cargo de chefia, realização de pós-graduação, atividade principal no ambiente de trabalho, satisfação com o local de trabalho, satisfação com a carreira, grau de conhecimento da SAE, grau de contato com a SAE e tempo de formado.

Os escores dos instrumentos são ordinais, assim foram aplicados testes não paramétricos para testar as associações entre as variáveis selecionadas. Os testes utilizados foram: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis ou Correlação de Spearman. Para valores de correlação, o sinal negativo indica que valores altos em uma variável tende a valores baixos na outra variável envolvida na correlação. Não se pode usar apenas o valor de p para aceitar a correlação, pois em amostras muito grandes, até as pequenas correlações são significativas (Munro, 2000).

Inicialmente foram testadas associações entre as atitudes sobre o PE, a percepção de poder e a categoria profissional por meio do teste de Mann-Whitney. A Tabela 26 apresenta a estatística descritiva do PPE e PKPCT e p-valor dos testes de associação dos escores dos instrumentos com a categoria profissional.

Tabela 26 – Estatística descritiva e p-valor dos testes de comparação dos escores do PPE e PKPCT com a categoria profissional, São Paulo - 2011

Instrumento	Auxiliares de enfermagem			Enfermeiros			Teste Mann-Whitney Valor de p
	Média	DP	n	Média	DP	n	
PPE (20 itens)	111,04	23,15	889	114,34	20,80	600	0,024
PKPCT (48 itens)	278,35	39,93	782	285,06	39,93	550	0,004

Conforme dados da Tabela 26 houve associação entre a atitude sobre o PE e a categoria profissional ($p=0,024$). As atitudes dos enfermeiros foram significativamente mais favoráveis que a dos auxiliares de enfermagem.

Também houve associação entre a percepção de poder e a categoria profissional ($p=0,004$). A percepção de poder dos enfermeiros foi estatisticamente maior quando comparada à dos auxiliares de enfermagem (Tabela 26).

Tendo em vista esses resultados, as demais análises de associação foram feitas separadamente para enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Tabela 27 – Estatística descritiva e p-valor dos testes de comparação dos escores do PPE e PKPCT para os auxiliares de enfermagem, São Paulo - 2011

Variáveis	PPE (20 itens)			Teste / Valor de p	PKPCT (48itens)			Teste/ Valor de p
Sexo	Média	n	%		Média	n	%	
Feminino	111,93	748	85,98	Mann-Whitney	279,75	655	85,62	Mann-Whitney
Masculino	106,11	122	14,02	p=0,018	270,84	110	14,38	0,020
Idade	Coeficiente de correlação = 0,100	856	100,00	Correlação de Spearman p=0,003	Coeficiente de correlação = 0,109	755	100,0	Correlação de Spearman p=0,003
Tempo de formado	Coeficiente de correlação = 0,087	759	100,00	Correlação de Spearman p=0,016	Coeficiente de correlação = 0,067	674	100,00	Correlação de Spearman p=0,084
Titulação - Pós-graduação	Média	n	%	Mann-Whitney	Média	n	%	Mann-Whitney
Sim	119,00	43	4,84	p=0,011	286,52	33	4,22	p=0,231
Não	110,64	846	95,16		277,99	749	95,78	
Atividade principal	Média	n	%	Kruskal-Wallis	Média	n	%	Kruskal-Wallis
Cuidados diretos	111,07	840	94,70	p=0,305	278,71	738	94,49	p=0,079
Planejamento de cuidados	112,14	14	1,58		277,94	16	2,05	
Atividades administrativas	100,50	16	1,80		252,25	12	1,54	
Outros	119,06	17	1,92		285,87	15	1,92	
Satisfação com o local de trabalho	Coeficiente de correlação = 0,242	882	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coeficiente de correlação = 0,129	778	100,00	Correlação de Spearman p=0,000

Variáveis	PPE (20 itens)			Teste / Valor de p	PKPCT (48itens)			Teste/ Valor de p
Satisfação com a carreira	Coefficiente de correlação = - 0,247	860	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = - 0,246	755	100,00	Correlação de Spearman p=0,000
Conhecimento sobre a SAE	Coefficiente de correlação = 0,202	835	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = 0,173	736	100,00	Correlação de Spearman p=0,000
Contato com a SAE	Coefficiente de correlação = 0,197	875	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = 0,109	757	100,00	Correlação de Spearman p=0,003

De acordo com os dados da Tabela 27, para os auxiliares de enfermagem houve associação entre as atitudes sobre o PE e sexo ($p=0,018$), assim como associação entre as atitudes sobre o PE e ter cursado pós-graduação ($p=0,011$). As mulheres apresentaram escores mais altos no PPE quando comparados aos homens. Os auxiliares que estavam cursando ou que haviam concluído a pós-graduação tiveram escores mais altos quando comparados aos auxiliares que não fizeram pós-graduação.

Com exceção da variável atividade principal no ambiente de trabalho, foi identificada correlação fraca ($r < 0,3$) (Levin, Fox, 2004) entre as atitudes sobre o PE e as demais variáveis. As correlações foram positivas para idade, tempo de formado, satisfação com o local de trabalho, conhecimento e contato com a SAE, e negativa para a satisfação com a carreira (Tabela 27).

Para os auxiliares de enfermagem também houve associação entre percepção de poder e sexo ($p=0,020$). As mulheres apresentaram escores mais altos no PKPCT quando comparadas aos homens. Houve correlação fraca e positiva entre a percepção de poder e: idade, satisfação com o local de trabalho, conhecimento e contato com a SAE. A correlação foi negativa e fraca para a satisfação com a carreira (Tabela 27).

Tabela 28 – Estatística descritiva e p-valor dos testes de comparação dos escores do PPE e PKPCT para os enfermeiros, São Paulo - 2011

Variáveis	PPE (20 itens)			Teste / Valor de p	PKPCT (48itens)			Teste/ Valor de p
Sexo	Média	n	%		Média	n	%	
Feminino	114,35	527	88,42	Mann-Whitney p=0,660	284,60	480	87,75	Mann-Whitney 0,570
Masculino	114,03	69	11,58		287,58	67	12,25	
Idade	Coefficiente de correlação = 0,060	582	100,00	Correlação de Spearman p=0,146	Coefficiente de correlação = 0,115	536	100,0	Correlação de Spearman p=0,008
Tempo de formado	Coefficiente de correlação = - 0,051	568	100,00	Correlação de Spearman p=0,227	Coefficiente de correlação = 0,038	523	100,00	Correlação de Spearman p=0,380
Cargo de chefia	Média	n	%		Média	n	%	
Sim	115,91	126	21,18	Mann-Whitney p=0,290	293,52	117	21,47	Mann-Whitney p=0,010
Não	113,80	469	78,82		282,61	428	78,53	
Titulação - Pós-graduação	Média	n	%		Média	n	%	
Sim	114,76	464	77,33	Mann-Whitney 0,420	285,89	423	76,91	Mann-Whitney 0,375
Não	112,89	136	22,67		282,29	127	23,09	
Atividade principal	Média	n	%		Média	n	%	
Cuidados diretos	114,16	262	43,89	Kruskal-Wallis 0,125	284,27	246	44,97	Kruskal-Wallis 0,294
Planejamento de cuidados	115,28	191	31,99		286,29	170	31,08	
Atividades administrativas	112,65	127	21,27		283,12	116	21,21	
Outros	120,65	17	2,85		300,93	15	2,74	

Variáveis	PPE (20 itens)			Teste / Valor de p	PKPCT (48itens)			Teste/ Valor de p
Satisfação com o local de trabalho	Coefficiente de correlação = 0,239	597	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = 0,247	548	100,00	Correlação de Spearman p=0,000
Satisfação com a carreira	Coefficiente de correlação = - 0,236	580	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = - 0,280	533	100,00	Correlação de Spearman p=0,000
Conhecimento sobre a SAE	Coefficiente de correlação = 0,156	595	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = 0,120	546	100,00	Correlação de Spearman p=0,005
Contato com a SAE	Coefficiente de correlação = 0,290	587	100,00	Correlação de Spearman p=0,000	Coefficiente de correlação = 0,191	539	100,00	Correlação de Spearman p=0,000

Para os enfermeiros, houve correlação fraca positiva para atitudes sobre o PE e: satisfação com o local de trabalho, conhecimento e contato com a SAE, a correlação foi fraca e negativa com a satisfação com a carreira (Tabela 28).

A percepção de poder dos enfermeiros apresentou associação com o cargo de chefia ($p=0,010$). Os enfermeiros com cargo de chefia tiveram escores mais altos no PKPCT quando comparados com os escores dos enfermeiros assistenciais. Para os enfermeiros houve correlação fraca positiva entre os escores do PKPCT e: idade, satisfação com o local de trabalho, conhecimento e contato com a SAE, a correlação foi fraca e negativa para satisfação com a carreira.

Tabela 29 –Valores da correlação de Spearman para escores do PPE e PKPCT de auxiliares e enfermeiros, São Paulo - 2011

Correlação	Auxiliar	Enfermeiro
Coefficiente de correlação	0,480	0,460
p-valor	0,000	0,000
n	742	528

Segundo resultados da Tabela 29, tanto para auxiliares quanto para enfermeiros, houve correlação positiva de intensidade moderada (Levin, Fox, 2004) entre os escores do PPE e PKPCT ($p<0,001$).

A Tabela 30 a seguir sintetiza os principais resultados dos testes de associação entre escores do PPE e do PKPCT e variáveis selecionadas.

Tabela 30 – Principais resultados dos testes de associação entre os escores do PPE e PKPCT e variáveis selecionadas, São Paulo - 2011

Variáveis	Auxiliar		Enfermeiro	
	PPE (20 itens)	PKPCT (48 itens)	PPE (20 itens)	PKPCT (48 itens)
Sexo	F>M $p=0,018$	F>M $p=0,020$	F=M $p=0,660$	F=M $p=0,570$
Idade	$r=0,100$ $p=0,003$	$r=0,109$ $p=0,003$	$r=0,060$ $p=0,146$	$r=0,115$ $p=0,008$
Tempo de formado	$r=0,087$ $p=0,016$	$r=0,067$ $p=0,084$	$r=-0,051$ $p=0,227$	$r=0,038$ $p=0,380$
Titulação	Sim>Não $p=0,011$	Sim=Não $p=0,231$	Sim=Não $p=0,420$	Sim=Não $p=0,375$

Variáveis	Auxiliar		Enfermeiro	
	PPE (20 itens)	PKPCT (48 itens)	PPE (20 itens)	PKPCT (48 itens)
Cargo de chefia	-	-	Sim=Não p=0,290	Sim>Não p=0,010
Atividade principal	Cuidado=planejamento=administrativo p=0,305	Cuidado=planejamento=administrativo p=0,079	Cuidado=planejamento=administrativo p=0,125	Cuidado=planejamento=administrativo p=0,294
Satisfação com o local de trabalho	r=0,242 p=0,000	r=0,129 p=0,000	r=0,239 p=0,000	r=0,247 p=0,000
Satisfação com a carreira	r=-0,247 p=0,000	r=-0,246 p=0,000	r=-0,236 p=0,000	r=-0,280 p=0,000
Conhecimento sobre a SAE	r=0,202 p=0,000	r=0,173 p=0,000	r=0,156 p=0,000	r=0,120 p=0,005
Contato com a SAE	r=0,197 p=0,000	r=0,109 p=0,003	r=0,290 p=0,000	r=0,191 p=0,000

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

As respostas de enfermeiros (n=632) e auxiliares de enfermagem (n=973) aos instrumentos padronizados PPE e PKPCT forneceram dados que permitiram caracterizar a disposição do pessoal de enfermagem da SES/SP sobre o PE e a percepção de poder que a enfermagem tem.

Os resultados serão discutidos de acordo com sua apresentação no capítulo anterior.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os respondentes do presente estudo eram na maioria do sexo feminino, a idade média para a amostra total foi de 44anos (DP=9,55) e os profissionais estavam em média há 10 anos na instituição (Tabelas 15 e 16). Cargo de chefia era exercido por 20,70% dos enfermeiros. A média de horas trabalhadas por semana foi de 44,49h para o total dos respondentes e cerca de 40,00% dos sujeitos tinha dois empregos (Tabela 16). A idade média dos profissionais de enfermagem em outros estudos variou de 35 a 45,5 anos (Cruz et al., 2006b; Longaray, Almeida, Cezaro, 2008; Lucero, Lake, Aiken, 2009; Ramos, Carvalho, Canini, 2009; Silva, Moreira, 2011; Leite, 2011).

A satisfação com o local de trabalho pode ser variável importante para os resultados dos pacientes. Estudo indicou que nos hospitais em que as enfermeiras estavam insatisfeitas no trabalho, em especial com os benefícios para a saúde, os níveis de satisfação dos pacientes também eram baixos (McHugh et al., 2011). No presente estudo, aproximadamente 20% dos profissionais apresentava algum grau de insatisfação com o local de trabalho, cerca de 15% dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros preferiria trabalhar em outra unidade (Tabela 16). Em estudo qualitativo sobre satisfação no trabalho, enfermeiros destacaram: a falta de oportunidade de trabalhar nas áreas de maior identificação; pouco reconhecimento e valorização do trabalho do enfermeiro, pela equipe multiprofissional, paciente e instituição (Santos, Braga, Fernandes, 2007).

O tempo de formado no presente estudo, de 15,9 anos desde a conclusão do curso de auxiliar de enfermagem e 14,1 anos desde a conclusão da graduação, para

auxiliares e enfermeiros respectivamente (Tabela 18), foi semelhante aos de outros estudos (Cruz et al., 2006b; Longaray, Almeida, Cezaro, 2008). Destaca-se que doze enfermeiras eram mestres e duas eram doutoras em enfermagem, 43 enfermeiras estavam cursando especialização, 15 enfermeiras estavam fazendo mestrado e 4 o doutorado. No estudo de Leite (2011), realizado com gerentes de enfermagem de hospitais públicos do Rio Grande do Norte, 38 (84,4%) tinham cursado especialização/residência; 04 concluíram o mestrado e nenhum cursou doutorado (Leite, 2011). Levando em conta as mudanças que ocorreram no contexto social, político e econômico em nosso país, a formação de uma década atrás não contemplava as necessidades atuais (Leite, 2011). É necessário investir em educação permanente em serviço, assim como facilitar o acesso dos profissionais de enfermagem aos cursos de atualização.

No presente estudo, o conhecimento sobre o PE foi avaliado por meio de cinco questões, os escores médios poderiam variar de 1 a 5, quanto maior o escore, maior o conhecimento sobre processo de enfermagem. O escore médio nas cinco questões sobre conhecimento foi de 2,82 para a amostra dos auxiliares de enfermagem, para os enfermeiros, o escore médio foi 3,20. O conhecimento tem o potencial de melhorar as atitudes frente o PE e suas fases conforme observado no estudo de Cruz et al. (2006a) em que houve melhora significativa dos escores do PDE após o curso sobre os diagnósticos de enfermagem. Em estudo sobre a percepção de enfermeiros gerentes acerca da viabilidade do PE no contexto hospitalar, 91,1% dos sujeitos referiu ter conhecimento prévio sobre a SAE, e 95,6% referiram conhecer o PE (Leite, 2011). Investigação com 346 estudantes de enfermagem da Turquia identificou que 76,9% dos participantes sabiam o que eram os diagnósticos de enfermagem (Yönt, Khorshid, Eşer, 2009). Cabe ressaltar que esses autores não graduam o nível de conhecimento como feito no presente estudo e resultados de outras investigações evidenciam falta de conhecimento da equipe de enfermagem sobre o PE e suas etapas (Elizalde, Almeida, 2006; Silva et al., 2011).

O grau de contato com o PE para os participantes do presente estudo foi calculado também por meio de cinco questões, os escores do grau de contato poderiam variar de 5 a 20, quanto maior o escore mais intenso o contato com o

processo de enfermagem. O escore médio para as cinco questões de contato com a SAE foi de 2,14 para os auxiliares e 2,53 para os enfermeiros. O grau de contato se referia à atividades de leitura, participação em aulas, eventos, pesquisa e prática clínica. Talvez essas atividades, com exceção da prática clínica, pareçam muito vinculadas ao ensino entendido como formação básica. É preciso ampliar o conceito e entender que o conhecimento é dinâmico, o que foi aprendido, precisa ser atualizado.

Em estudo sobre a percepção de alunos e professores sobre o ensino da SAE, alguns alunos não souberam discriminar as etapas da SAE. Segundo eles há necessidade de aprofundar a discussão acerca das etapas da SAE, bem como uniformizar o ensino. (Silva et al, 2011). “É preciso adotar estratégias que facilitem o processo ensino-aprendizagem da SAE, visando instrumentalizar os futuros enfermeiros para a utilização deste instrumento de trabalho” (Silva et al, 2011, p.180). Carpenito-Moyet (2010) sugere o uso de outras abordagens no ensino de enfermagem que facilitem o uso dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica para os futuros profissionais.

No estudo de Cruz et al. (2006b), com desenho antes e depois, houve aumento significativo do grau de contato com diagnóstico de enfermagem pela prática ($p=0,00$), na fase pós-implementação da classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.

5.2 ATITUDES DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

As atitudes dos participantes sobre o PE foram avaliadas por meio do PPE. Nesse instrumento de 20 itens o escore total pode variar de 20 a 140, não existe ponto de corte, escores mais altos indicam atitude mais favorável ao PE. Auxiliares de enfermagem e enfermeiros apresentaram os valores mínimo e máximo possíveis no instrumento. O escore total médio no PPE foi de 111,04 (DP=23,15) para os auxiliares de enfermagem, 114,34 (DP=20,80) para os enfermeiros e 112,37 para a amostra total (DP=22,28) (Tabela 22).

No estudo de Leite (2011) que avaliou a atitude de enfermeiras gerentes sobre o PE (n=45), a média do escore total do PPE foi de 110,9 (DP = 21,7), os escores gerais variaram de 29 a 140. Porém quando questionadas se o PE era aplicado na assistência da instituição em que trabalhavam 71,1% referiram não ser desenvolvida nenhuma fase do PE no seu serviço; 20% responderam que algumas fases eram desenvolvidas e 8,9% não souberam responder.

As atitudes de enfermeiras (n=60) frente ao diagnóstico de enfermagem foram comparadas quando estavam iniciando a documentação formal dos diagnósticos e um ano depois (Cruz et al., 2006b). O escore total médio no PDE na primeira avaliação foi de 100,3 (DP= 21,8) e na segunda avaliação 103,7 (DP=23,3). Segundo os autores, na época da segunda avaliação, a instituição passou por um período de escassez de recursos humanos em enfermagem, fato que pode ter influenciado a disposição geral das enfermeiras em relação ao trabalho, interferindo negativamente nas atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem.

No estudo de Cruz et al. (2006a) a média dos escores do PDE da sub-amostra de 100 enfermeiros foi 102,1 (DP=14,2) antes do curso de 12 horas sobre diagnósticos de enfermagem e 111,0 (DP=14,8) depois do curso, houve aumento significativo do escore ($p=0,00$).

No estudo de Halverson et al. (2011) a maioria das enfermeiras (564) apresentou atitude neutra ou ligeiramente negativa sobre os diagnósticos de enfermagem. A avaliação foi feita por meio de outro instrumento padronizado.

Estudo norte-americano com estudantes (n=40) utilizou o instrumento original do PDE antes e depois de um curso para desenvolver habilidades diagnósticas. Nesse estudo foram consideradas como atitudes fortemente positivas frente ao DE os escores totais iguais ou superiores a 120. Na fase pré-curso 10 (25%) alunos possuíam atitude fortemente positiva, e no pós-curso, 32 (80%) alunos tiveram escores totais ≥ 120 , o que representou crescimento de 55% (Carlson-Catalano, 2001).

No estudo antes e depois da introdução dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica, na primeira fase, 10 (16,7%) enfermeiros apresentaram escores totais

no PDE ≥ 120 . Na segunda fase, o escore ≥ 120 foi obtido por 16 (26,7%) o que representou um incremento de 10% (Cruz et al.,2006b).

No presente estudo, 46,8% dos enfermeiros e 40,8% dos auxiliares de enfermagem atingiram escores ≥ 120 no PPE.

Os escores médios do PPE no presente estudo parecem ser superiores quando comparados aos resultados de outro estudo com o PPE e estudos com o instrumento de atitudes frente o DE validado para o português. Algumas considerações sobre esses achados devem ser feitas. Cabe ressaltar que a coleta de dados do presente estudo se deu quase 9 anos após a iniciativa do Projeto Tecendo a SAE, que foi desenvolvido em parceria entre a CSS e outros órgãos da SES/SP. O projeto Tecendo a SAE foi uma iniciativa para mobilizar os enfermeiros da rede dos hospitais do estado de São Paulo para ao uso do processo de enfermagem e à documentação de suas fases. Foram feitos investimentos em termos de reuniões para planejar a implantação e verificação do andamento da implementação por parte da Comissão Central SAE da CSS/SES. Cada instituição desenvolveu estratégias de implantação e implementação da SAE. Outro fator importante para contextualizar o cenário do estudo, foi a mudança de Secretário da Saúde em 2011 e o processo de mudança de forma de administração de algumas instituições, que já vinha ocorrendo. Essas instituições passaram a ser geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Esse modelo de gestão em parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde foi formalizado pela lei complementar nº 846 de 04 de junho de 1998. A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades, que se atendessem alguns requisitos, passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de equipamentos públicos de saúde. Embora as instituições geridas por OSS não fizessem parte do estudo, existia uma grande expectativa sobre quais hospitais e ambulatórios seriam os próximos a mudar para essa nova forma de gestão. Apesar do presente estudo ser avalizado pela CSS/SES, caracterizou-se como uma investigação imparcial. Ainda assim pode ter sido entendido como desejável por alguns dos participantes,

apresentar posições mais favoráveis ao PE. Esses achados levam à reflexão sobre qual seria o peso da desejabilidade social nos estudos sobre atitudes.

Em seu estudo, Elizalde e Almeida (2006), questionam se a opinião favorável das enfermeiras sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem era produto de reflexão e avaliação do processo de trabalho ou se as enfermeiras estavam apenas reproduzindo algo que aprenderam ser correto e desejável.

Tabela 31 – Escores médios e DP dos itens do PPE e PDE em diversos estudos

Itens	Presente estudo, enfermeiros e auxiliares		Leite, 2011		Cruz et al., 2006a		(Cruz et al., 2006b) pré		(Cruz et al., 2006b) pós	
	PPE				PDE					
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Ambíguo/claro	5,30	1,75	4,9	1,7	4,2	1,6	4,30	1,48	4,72	1,63
Não significativo/significativo	5,97	1,41	5,8	1,5	5,7	1,2	5,37	1,30	5,42	1,44
Desagradável/agradável	5,33	1,72	5,3	1,7	5,3	1,4	4,77	1,39	4,68	1,52
Fraco/forte	5,07	1,74	5,2	1,7	5,3	1,5	4,77	1,59	4,58	1,59
Sem valor/valioso	6,01	1,46	6,1	1,2	6,1	1,2	5,17	1,39	5,25	1,59
Negativo/positivo	6,13	1,30	6,0	1,3	6,2	1,1	5,55	1,24	5,65	1,30
Bobo/inteligente	5,94	1,35	6,1	1,2	6,2	1,1	5,52	1,20	5,55	1,45
Desconfortável/confortável	5,35	1,66	5,0	1,6	5,0	1,5	4,23	1,59	4,92	1,55
Difícil/fácil	4,96	1,82	4,1	1,6	3,2	1,7	3,77	1,43	4,47	1,55
Não realista/realista	5,27	1,80	5,1	1,6	5,4	1,4	4,75	1,50	4,97	1,38
Dificultador/facilitador	5,58	1,66	5,3	1,6	5,6	1,5	4,60	1,62	5,08	1,71
Inválido/ válido	6,02	1,38	6,0	1,3	6,2	1,1	5,37	1,30	5,55	1,45
Insignificante/significante	6,02	1,40	6,0	1,5	6,1	1,1	5,40	1,36	5,43	1,57
Irrelevante/relevante	5,90	1,39	5,9	1,5	6,2	1,1	5,37	1,35	5,38	1,49
Não recompensador/recompensador	5,55	1,66	5,6	1,6	5,8	1,4	5,10	1,23	5,15	1,41
Inconveniente/conveniente	5,80	1,46	5,6	1,5	5,8	1,3	5,17	1,37	5,23	1,52
Inaceitável/aceitável	5,98	1,32	5,7	1,3	6,0	1,2	5,38	1,34	5,65	1,22
Ruim/bom	5,98	1,33	6,1	1,3	6,1	1,0	5,33	1,35	5,73	1,25
Rotineiro/criativo	3,98	2,29	4,8	1,8	4,9	1,7	4,67	1,56	4,33	1,73
Sem importância/importante	6,15	1,32	6,4	0,9	6,3	1,1	5,48	1,19	5,67	1,42

Quanto à pontuação média nos itens do PPE, no presente estudo, foi mais baixa para o item rotineiro/criativo na amostra total (3,98), auxiliares (3,96) e enfermeiros (4,01).

Conforme apresentado na Tabela 31, o item rotineiro/criativo também obteve a pontuação mais baixa (4,33) na fase após a implementação dos diagnósticos de enfermagem no estudo de Cruz et al. (2006b). Nos demais estudos (Leite, 2011; Cruz

et al., 2006a) e na fase pré implementação dos diagnósticos de enfermagem (Cruz et al., 2006b), o item difícil/fácil apresentou os menores escores médios

Em seu estudo, Cruz et al. (2006b) propõem analisar os escores nos itens como fortemente favoráveis aqueles com escores $\geq 5,5$ e os que se aproximam de posições mais desfavoráveis aqueles com escore médio $\leq 4,5$. Três itens do PDE obtiveram as menores médias na fase pré implementação da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (ambíguo/claro, desconfortável/confortável e difícil/fácil). Na fase pós, dois itens tiveram escores médios $\leq 4,5$ (difícil/fácil e rotineiro/criativo) (Cruz et al., 2006b). No presente estudo o único item que apresentou escore médio $\leq 4,5$ foi o dos adjetivos rotineiro/criativo, este resultado foi observado na amostra total, no extrato dos auxiliares de enfermagem e no extrato dos enfermeiros.

Mesmo o uso cotidiano dos diagnósticos de enfermagem não reduz a percepção do processo como algo difícil, conforme evidenciado no estudo de Cruz et al. (2006b). Estes mesmos autores inferem que o uso cotidiano do DE conduz à idéia de que o processo é rotineiro. Elizalde e Almeida (2006) em estudo com enfermeiras, identificaram que a prescrição de enfermagem não é valorizada por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ainda é entendida como rotineira. Tal fato talvez se deva à visão do PE como um fazer diário, entendido como parte da rotina de trabalho, mas que não deve ser confundido como um produto do fazer mecanizado, sem reflexão. Entre os profissionais responsáveis pela realização dos registros de enfermagem, há uma atitude extremamente negativa de que a documentação é apenas uma exigência (Keenan et al., 2008).

Na maioria dos estudos (Tabela 31), o item fácil/difícil, tanto do PPE quanto do PDE, apresentou tendência de escores mais baixos quando comparado à pontuação dos demais itens, talvez o entendimento do PE ou uma de suas fases como algo difícil se deva à lacuna que esse tema apresenta no ensino de enfermagem.

Estudo evidenciou o desconhecimento dos técnicos de enfermagem sobre as etapas do PE. Os sujeitos associaram o PE apenas à prescrição de enfermagem, as demais etapas não foram citadas (Cruz, Almeida, 2010).

Quando Cruz e Almeida (2010) analisaram as competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a SAE identificaram que na perspectiva desses profissionais (n=7) é necessário compreender e valorizar essa metodologia para utilizá-la efetivamente. Após análise de conteúdo os autores inferiram que participação do técnico de enfermagem no PE ainda é limitada, devido lacunas na sua formação inicial e educação permanente deficitária referente à SAE, o que dificulta o entendimento e valorização da metodologia (Cruz, Almeida, 2010).

Estudo sobre a opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem (n=77) a respeito da SAE obteve taxa de resposta de 64% (Ramos, Carvalho, Canini, 2009). Nesse estudo 93,5% dos sujeitos reconheceram o uso da SAE, porém, 75% dos profissionais que referiram utilizar a metodologia, não souberam identificar em qual ou quais fases participaram. Aproximadamente 60% dos auxiliares e técnicos de enfermagem acreditavam não ter permissão do Conselho de Enfermagem para participarem das diferentes fases da SAE (Ramos, Carvalho, Canini, 2009).

Estudo realizado em unidade de terapia intensiva de hospital público do Ceará identificou a dissociação entre o trabalho de planejamento do enfermeiro, que se apropriava do PE e as atividades desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, que executam os procedimentos necessários ao cuidar. O grupo ainda não reconhecia ou valorizava a sistematização da assistência de enfermagem (Alves, Lopes, Jorge, 2008). Na enfermagem perpetua-se a divisão entre concepção e realização do trabalho (Klettemberg et al., 2010).

Estudo cujo objetivo era conhecer as reflexões de técnicos (n=1) e auxiliares (n=10) sobre o PE no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, identificou que os auxiliares e técnicos se consideravam inseridos na realização do PE e conseguiam identificar elementos que auxiliavam no seu trabalho, que trazia benefícios para o paciente e também para os funcionários que estavam proporcionando os cuidados de enfermagem (Longaray, Almeida, Cezaro, 2008). Dos respondentes, 45,45% já tinha experiência anterior com o PE. Se entendermos a adoção do PE como um processo de mudança e considerando que a mudança possui algumas fases: a recusa, a resistência, a experimentação e o comprometimento (Cruz et al., 2006b), talvez o

contato prévio com o tema tenha facilitado o reconhecimento e comprometimento desses sujeitos.

Estudo que analisou significados atribuídos por enfermeiras ao processo de mudança no PE em um hospital universitário mostrou que durante o processo de mudança a equipe de enfermagem foi envolvida como um todo. As enfermeiras realizaram reuniões com os técnicos e auxiliares de enfermagem para compartilhar as mudanças no PE e ressaltar a importância da sua participação para o sucesso e a concretização da nova proposta de trabalho. Nas reuniões, os técnicos e auxiliares de enfermagem apreciaram o novo instrumento e sugeriram alterações que foram incorporadas ao mesmo. Vale ressaltar que eles explicitaram sentirem-se valorizados e respeitados por poderem opinar e decidir a respeito do conteúdo do novo instrumento e mostraram-se ansiosos com o início de sua utilização (Lima, Kurcgant, 2006).

A falta de conhecimento afeta a equipe de enfermagem como um todo. Pesquisa realizada em unidade de terapia intensiva de hospital em Santa Catarina identificou pouco conhecimento da equipe de enfermagem sobre o PE. Quando questionados sobre a importância que atribuíam ao PE, em uma escala de 1 a 10, a maioria dos participantes conferiu pouca importância. Dois dos participantes referiram máxima importância, mas disseram também não se sentirem preparados para aplicá-lo na prática clínica (Amante, Rossetto, Schneider, 2009).

A participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem no PE ainda é obscura (Ramos, Carvalho, Canini, 2009). É necessário maior contato com o PE durante a formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, esclarecendo as atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe de enfermagem (Ramos, Carvalho, Canini, 2009). O enfermeiro deve reconhecer a interdependência das atividades realizadas para a assistência ao paciente; e saber que apesar dele ser o responsável pela tomada de decisão quanto ao cuidado mais adequado, a equipe de enfermagem deve ser envolvida no planejamento da assistência (Ramos, Carvalho, Canini, 2009).

No presente estudo, os maiores escores médios foram observados nos itens sem importância/importante tanto para a amostra geral (6,15) quanto para os auxiliares de enfermagem (6,07), já para os enfermeiros a maior média ficou para o item negativo/positivo (6,32) (Tabela 23). Os itens negativo/positivo e bobo/inteligente atingiram escore médio fortemente favorável ($\geq 5,5$) nos estudos com o PDE e PPE (Leite, 2011; Cruz et al., 2006a; Cruz et al., 2006b).

Os pontos positivos do PE parecem ser compartilhados com a etapa dos diagnósticos de enfermagem e foram indicados pelos adjetivos positivo, inteligente, válido, aceitável, bom e importante (Tabela 31). Talvez a percepção do PE como algo desejável seja um desdobramento da legislação de enfermagem que coloca a documentação do PE como forma de assegurar a qualidade do cuidado.

Segundo Cruz e Almeida (2010) a valorização da SAE pela equipe de enfermagem é um fator importante que repercute em sua implementação.

No estudo de Leite (2011) os gerentes de enfermagem expressaram atitude favorável acerca do PE em geral e com relação a sua validade, relevância, importância e seu significado, ou seja, reconhecem sua importância para a enfermagem. No entanto, as atitudes dos gerentes tenderam a ser negativas com relação à clareza do PE, facilidade de entendimento.

Em estudo que buscou compreender o significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um hospital mexicano, as participantes expressaram que, na prática clínica o PE era diferente do aprendido, com perda de continuidade no seu fazer (Ledesma-Delgado, Mendes, 2009). Na percepção das enfermeiras assistenciais, o PE não era um fazer viável, sistemático e individualizado para todos os pacientes sob seus cuidados (Ledesma-Delgado, Mendes, 2009).

Estudo sobre o significado do PE para enfermeiros em unidade de terapia intensiva identificou no discurso dos sujeitos, a desvalorização dada ao processo de enfermagem (Alves, Lopes, Jorge, 2008). O profissional sente-se em conflito frente o PE, ora desacredita ora sente orgulho (Alves, Lopes, Jorge, 2008).

A implementação da SAE tem o potencial de auxiliar o processo de acreditação das instituições hospitalares, pois contempla muitos critérios dos

instrumentos avaliadores (Fuly, Leite, Lima, 2008). Do ponto de vista institucional, a implementação da SAE permite a utilização de ferramentas adequadas que facilitam os registros e o controle do processo (Menezes, Priel, Pereira, 2011).

No entanto, só a valorização e disposição favorável frente ao PE e suas etapas não garantem sua efetiva implantação e manutenção. Estudo com gerentes de enfermagem de hospitais do Rio Grande do Norte identificou que 88,9% eram favoráveis ao PE (Leite, 2011). Mesmo os gerentes de enfermagem que referiram ser favoráveis ao PE, consideraram baixa a possibilidade de implantação desse instrumento no seu serviço (Leite, 2011). Transformar os desafios da implementação do PE em sucesso envolve mais do que a vontade pessoal dos enfermeiros. É necessário desenvolver um projeto para o alcance dessa meta, no qual são imprescindíveis a vontade política e o envolvimento institucional e das diferentes equipes de saúde (Takahashi et al., 2008; Carvalho, Kusumota, 2009; Leite, 2011), incluindo quantidade adequada de pessoal para o cuidado de enfermagem.

Alguns fatores inerentes à estrutura do PE, ao ensino de suas etapas, ao contexto clínico e, ainda, às habilidades e competências dos profissionais têm dificultado sua utilização (Carvalho, Kusumota, 2009, Garcia, Nóbrega, 2009). Os desacordos clínicos, ou seja, a desarticulação entre o que o paciente apresenta e o que está registrado resultam no prejuízo da autonomia profissional, uma vez que a equipe passa a desacreditar da efetividade da realização da SAE (Carvalho, Kusumota, 2009; Cruz, Almeida, 2010).

Estudo norte-americano que analisou a qualidade do cuidado em 168 hospitais, investigou com as enfermeiras (n=10.184) qual atividade não havia sido realizada no último plantão devido falta de tempo, a maioria das participantes (42%) referiu não ter conseguido fazer ou atualizar os planos de cuidado (Lucero, Lake, Aiken, 2009).

As facilidades relatadas por enfermeiras para executar as fases do PE são motivos que se relacionam, em sua maioria, ao conhecimento (Takahashi et al., 2008).

Associações de enfermeiros nacionais e internacionais reconhecem a importância do PE e suas fases para a profissão (Carpenito-Moyet, 2010). A realização do PE e sua manutenção de forma sistematizada, natural ao exercício profissional, vincula-se à capacitação que os profissionais possuem para execução dessas atividades, à conscientização quanto à sua importância para a profissão (Takahashi et al., 2008) e às condições de trabalho adequadas. A falta de serviços de apoio adequados sobrecarrega o enfermeiro com atividades não específicas da profissão e deixa pouco tempo destinado ao cuidar (Bueno, Queiroz, 2006). Revisão de literatura sobre a implementação da SAE no âmbito hospitalar aponta como dificuldades encontradas durante a operacionalização do PE problemas em relação à sobrecarga de trabalho associados aos desvios e indefinição da função do enfermeiro (Castilho, Ribeiro, Chirelli, 2009). As tensões em torno da documentação clínica de enfermagem podem ser: a quantidade de tempo gasto documentação; o número de erros nos registros; a exigência legal; o anseio de tornar o trabalho de enfermagem visível e a necessidade de fazer os registros de enfermagem compreensíveis para as outras disciplinas (Keenan et al., 2008).

Estudo internacional sobre implantação de diretrizes de enfermagem para o cuidado de algumas situações clínicas como asma, cessação de tabagismo e úlcera venosa identificou que a implantação dessa inovação teve como barreiras a falta de tempo, carga de trabalho e resistência da equipe de enfermagem. O que facilitou a implantação foram as sessões de educação sobre o tema, assim como o apoio de supervisores e gerentes (Davies et al., 2008)

O PE não pode ser entendido como um fim em si mesmo ou sinônimo de que sua mera aplicação promoverá a qualidade da assistência, ou estará fadado a permanecer como uma forma de controle e um fazer desacreditado pela própria enfermagem (Alves, Lopes, Jorge, 2008; Garcia, Nóbrega, 2009).

No presente estudo, em média, as atitudes de enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram favoráveis ao PE e os escores no PPE foram os mais altos observados quando comparados à literatura.

5.3 PERCEPÇÃO DE PODER DE ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

A percepção de poder de enfermeiros e auxiliares de enfermagem foi verificada por meio do PKPCT desenvolvido por Barrett (1983). Na teoria de Barrett, a consciência, as escolhas, a liberdade e o envolvimento estão intrinsecamente relacionados, e produzem um perfil do indivíduo ou grupo. Este perfil muda na medida em que as pessoas, ideias e eventos da vida mudam (Malinski, 2006). Os indicadores operacionais do poder são divididos nas sub-escalas: consciência, escolhas, liberdade para agir intencionalmente e envolvimento na criação de mudanças. Os escores dos itens podem ser somados para cada sub-escala (variação possível de 12 a 48 pontos) e para a escala total (variação possível de 48 a 336 pontos).

No presente estudo nenhum respondente apresentou o escore mínimo no total da escala. Os escores totais no PKPCT variaram de 105 a 336 para a amostra total e para os enfermeiros. Para os auxiliares de enfermagem o escore total variou de 155 a 336. Os escores totais médios foram 285,06 (DP=36,62) para os enfermeiros, 281,12 (DP=38,72) para a amostra total e 278,35 (DP=39,93) para os auxiliares de enfermagem (Tabela 24).

Os escores totais médios do PKPCT foram mais altos para enfermeiras com cargo de gerência, conforme mostraram os escores do estudo com 89 enfermeiras gerentes (289,05) (Caroselli, 1995) e 182 enfermeiras executivas (290,01) (Moulton, 1994), quando comparado com as médias do PKPCT de 326 enfermeiras assistenciais (262 / DP=23,44) na investigação de Trangenstein (1988); e a média de 269,6 (DP=31,7) antes da implementação da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I na prática clínica e de 273,6 (DP=33) depois da implementação (n=60) no estudo de Cruz et al. (2009).

Em estudo com 88 estudantes de enfermagem, o escore total médio do PKPCT foi 287,6 (Hobbs, 1991), em outro estudo norte-americano (Garrett, 1998) com 349 estudantes de enfermagem o escore total médio dos sujeitos no PKPCT foi de 274,2 (SD=33,4) antes da experiência clínica e 280 (SD=36) após a experiência clínica. Salienta-se que comparações com amostras brasileiras devem ser feitas com

cautela uma vez que a formação em enfermagem nos Estados Unidos da América é diferente da brasileira.

Aparentemente, o escore total médio dos enfermeiros do presente estudo foram superiores aos apresentados por outras amostras de enfermeiros assistenciais (Trangenstein, 1988; Cruz et al., 2009) e mais próximos aos escores apresentados por enfermeiros gerentes (Moulton, 1994; Caroselli, 1995). O que pode ter aumentado os escores apresentados pelos enfermeiros no presente estudo é o fato de que a amostra do foi composta por enfermeiros com cargo de chefia (20,7%) e que a percepção de poder apresentou associação positiva com cargo de chefia ($p=0,010$). Outro ponto que apóia essa teoria é que os desvios-padrão, que representam a variabilidade nas respostas, foram maiores na maioria das sub-escalas do presente estudo quando comparados aos resultados apresentados por Cruz et al.(2009).

Por outro lado, os escores dos auxiliares de enfermagem do presente estudo também foram superiores aos apresentados por enfermeiras assistenciais dos estudos acima citados. Outros estudos são necessários para ajudar na interpretação dessa observação.

Estudo analisou o efeito do uso de classificações de enfermagem, por meio de sistemas eletrônicos, na percepção que enfermeiras escolares tinham de seu poder para ajudar as crianças que atendiam. Para as enfermeiras que usaram as classificações ($n=6$), os escores totais no PKPCT foram 262 ($DP=40,6$) antes e 279 ($DP=27,6$) depois. Não houve diferença estatística no nível de 5% entre os escores antes e depois da implementação do sistema (Lunney et al., 2004).

No estudo com 60 enfermeiras assistenciais os escores antes e após a implementação da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I foram: 68,6 – 67,7 na sub-escala consciência, 70,1 – 68,6 na sub-escala escolhas e 67,3 – 68,3 na sub-escala liberdade para agir intencionalmente. Apenas na sub-escala envolvimento na criação de mudanças (65,6 – 68,5) foi significativamente maior após a implantação ($p=0,04$) (Cruz et al., 2009).

Enfermeiras envolvidas em inovações mostraram escores de poder mais altos após participarem do processo de mudança, embora nem todas as diferenças de

escores tenham sido estatisticamente significativas (Lunney et al., 2004; Cruz et al., 2009).

No presente estudo, os auxiliares de enfermagem apresentaram os menores escores médios para o item de liderado/de líder em todas as sub-escalas, estes escores foram menores que 4,5. (Tabela 25). Os enfermeiros obtiveram as menores médias no item tímida/assertiva em todas as sub-escalas, inclusive no re-teste da sub-escala Escolhas (Tabela 25).

Na história da enfermagem a hierarquia tem um papel central e traduz-se em uma posição rígida entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, ao mesmo tempo, em que esses profissionais ocupam uma posição subalterna aos demais trabalhadores da equipe de saúde (Pereira et al, 2009). Nesse contexto os auxiliares de enfermagem parecem não conceber o papel de líder. Já os enfermeiros apresentam uma postura mais próxima da tímida.

A proposta de Barrett representa uma mudança da visão social e hierárquica do poder para uma abordagem dinâmica da interação dos fatores ambientais e humanos que tem o potencial de favorecer o desenvolvimento do poder em diversas situações (Moulton, 1994). É uma nova perspectiva do poder que insere o sujeito como agente da mudança e não como aquele que é apenas afetado por eventos externos (Hurley, 2005).

A ausência de ponto de corte para os escores do PKPCT torna difícil determinar se os escores dos participantes deste estudo foram altos, moderados ou baixos. No estudo de Cruz et al. (2009), o escore total médio do PKPCT antes da implementação da classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I na prática clínica correspondeu a 80% do máximo (269/336), e após a implementação correspondeu a 81,3%.

Segundo parâmetros utilizados no estudo de Cruz et al (2009), o escore dos enfermeiros do presente estudo corresponde à 84,8% do máximo (285,0/336) e o escore dos auxiliares de enfermagem corresponde à 82,8% (278,3).

No presente estudo, a amostra total e os enfermeiros não apresentaram nenhum item com médias inferiores a 4,5 (Tabela 25).

Tendência de escores altos no PKPCT faz pensar sobre a capacidade de discriminação do instrumento (Barrett, 1983; Moulton, 1994) e no contexto de realização do estudo. A desejabilidade social poderia justificar esses achados (Barrett, 1983).

As maiores médias dos enfermeiros participantes do presente estudo foram para o item não importante/importante em todas as sub-escalas (Tabela 25).

Mendes (2008) encontrou na literatura e na verificação empírica, que o comprometimento do enfermeiro com o modelo assistencial compõe o papel clínico (Mendes, 2008). “Papel clínico é uma competência que se articula como uma forma de poder, é o poder mediado pela autonomia clínica” (Mendes, 2008, p.138). A autora identificou que “papel clínico do enfermeiro tem correspondência com as dimensões do modelo de poder de Barrett” (Mendes, 2008, p.138). Desse modo, a consciência, as escolhas, a liberdade para agir intencionalmente e o envolvimento na criação da mudança tem muita importância para o enfermeiro uma vez que relaciona-se com seu conceito de papel profissional e com a autonomia clínica.

O enfermeiro apresenta descontentamento e frustração quando a organização e a dinâmica do serviço limitam o exercício de seu papel clínico (Mendes, 2008). Essa situação retoma as discussões de autonomia profissional, limites e perspectivas da ação e influência do enfermeiro no contexto hospitalar, redefinição de papéis, delimitação do processo de trabalho, entre outras (Leite, 2011).

Levando em conta os modelos assistenciais, a segurança do paciente, a efetividade do dimensionamento de pessoal; clareza sobre o papel profissional e competência legal para executar suas funções são as peças que faltam para atingir a excelência profissional com vistas a melhorar os resultados do paciente (O’Rourke, White, 2011). É preciso que a equipe de enfermagem traduza sua percepção de poder em ação e participe intencionalmente da criação de mudanças visando o bem-estar do paciente e o crescimento da profissão.

5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS ATITUDES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM, PERCEPÇÃO DE PODER E VARIÁVEIS SELECIONADAS

Foram testadas as associações entre as atitudes sobre o PE e a percepção de poder dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e as seguintes variáveis: sexo, idade, cargo de chefia, realização de pós-graduação, atividade principal no ambiente de trabalho, satisfação com o local de trabalho, satisfação com a carreira, grau de conhecimento da SAE, grau de contato com a SAE e tempo de formado. Foi aplicado o nível de significância de 5% para todos os testes.

Para os auxiliares de enfermagem do presente estudo, houve associação entre atitudes sobre o PE e: sexo feminino e ter feito pós-graduação (Tabela 27). No estudo de Cruz et al. (2006a), com enfermeiros e estudantes de enfermagem, não houve associação entre os escores no PDE e o sexo do respondente (Mann-Whitney $p=0,99$). Quanto à associação entre pós-graduação e atitudes sobre o PE talvez se deva ao fato de o auxiliar ter mais contato com o PE e suas fases quando comparados àqueles que pararam de estudar.

No estudo de Cruz et al. (2006a), quanto mais jovens, mais favoráveis ao diagnóstico ($r=0,25$; $p<0,001$), o resultado observado foi o inverso deste estudo para os auxiliares de enfermagem. Já o estudo internacional sobre implantação de registros eletrônicos de enfermagem indicou que as enfermeiras tinham uma atitude positiva sobre a inovação e a idade foi considerada um fator preditor da atitude (Keenan et al., 2008).

Para os auxiliares de enfermagem talvez a correlação fraca positiva observada entre as atitudes frente ao PE e tempo de formado, se deva ao fator idade.

Para auxiliares de enfermagem e enfermeiros foi identificada correlação positiva e fraca entre as atitudes sobre o PE e: satisfação com o local de trabalho, conhecimento sobre a SAE e contato com a SAE. No estudo de Cruz et al. (2006a), foi identificada fraca correlação positiva entre os escores no PDE e o grau de contato com diagnóstico de enfermagem. O maior contato com o tema PE e suas fases aumenta o conhecimento, que por sua vez é citado como um dos facilitadores da implantação do PE.

No presente estudo, a percepção de poder teve associação com sexo feminino para os auxiliares de enfermagem. Para enfermeiros e auxiliares de enfermagem

houve correlação fraca positiva entre os escores do PKPCT e a idade. No estudo de Barrett (1983), idade, sexo e anos de estudo não foram identificados como preditores da percepção de poder.

Os enfermeiros gerentes que participaram deste estudo apresentaram escores no PKPCT estatisticamente maiores quando comparados aos escores dos enfermeiros assistenciais (Tabela 28). Considerando os 182 enfermeiros gerentes, o autor encontrou associação entre a percepção de poder hierárquico e os escores do PKPCT, porém recomendou cautela na interpretação dos resultados ressaltando a necessidade de estudos mais detalhados sobre esse tipo de associação (Moulton, 1994).

No presente estudo, para auxiliares e enfermeiros houve correlação positiva fraca entre os escores do PKPCT e satisfação com o local de trabalho, grau de conhecimento e contato com a SAE (Tabelas 27 e 28). Segundo resultados do presente estudo, as atitudes sobre o PE e a percepção de poder dos enfermeiros foram estatisticamente maiores quando comparadas às dos auxiliares de enfermagem (Tabela 26). Tanto para auxiliares quanto para enfermeiros, houve correlação positiva de intensidade moderada entre os escores do PPE e PKPCT (Tabela 29).

Os resultados que envolvem percepção de poder se relacionam à autonomia profissional. O profissional consciente de seu papel busca aprimoramento, controle sobre a prática de enfermagem, tem maior satisfação com a carreira. Faz sentido pensar que indivíduos com maior autonomia valorizem e apresentem atitudes positivas sobre o PE.

A clareza sobre o papel profissional resulta de uma estrutura bem delineada que guia o pensamento do indivíduo e influencia seu comportamento e em última instância define a prática desse profissional (O'Rourke, White, 2011). O'Rourke e White (2011) segundo critérios da *American Nurses Credentialing Center* entendem a autonomia em enfermagem como a capacidade da enfermeira para avaliar e prestar cuidados de enfermagem apropriados ao atendimento do paciente, fundamentado na competência legal, experiência profissional e conhecimento.

O controle sobre a prática de enfermagem é um privilégio, uma obrigação e uma ferramenta que visa garantir a prestação de cuidado de qualidade (O'Rourke, White, 2011).

O conceito 'hospital magnético' define um quadro para facilitar a prática profissional da enfermagem que tem demonstrado eficácia para reter enfermeiras e a promessa de contribuir para ótima evolução dos pacientes (Lundmark, 2008). Uma das características dos hospitais magnéticos é o controle das enfermeiras sobre a prática de enfermagem (Lundmark, 2008).

Nos hospitais magnéticos, os enfermeiros apresentavam pontuação significativamente mais elevada em satisfação no trabalho e percepção de poder quando comparados aos enfermeiros dos hospitais que não tinham políticas especiais para retenção de recursos humanos de enfermagem (Lundmark, 2008). Todas as dimensões de *empowerment* estavam significativamente relacionadas à percepção de autonomia e controle sobre a prática de enfermagem (Lundmark, 2008).

A correlação negativa entre os escores do PPE e PKPCT e a satisfação com a carreira foi um resultado intrigante, apesar da magnitude desprezível da correlação (Tabelas 27 e 28), seria necessário investigar mais a fundo, as razões da insatisfação com a carreira. O profissional pode estar insatisfeito com as condições de trabalho, com a falta de reconhecimento e oportunidade de desenvolvimento na carreira, pode estar insatisfeito com o *status quo*, sentir-se empoderado e ser favorável ao PE entendido como uma ferramenta para alcançar o cuidado de qualidade. Na revisão de Kim (2009), foi relatada associação entre percepção de poder e satisfação com a carreira.

O grupo que não respondeu a todos os itens do PPE ou do PKPCT tinha maiores proporções de auxiliares de enfermagem, de indivíduos que não fizeram pós-graduação, maior média de idade e apresentava maior média de satisfação com a carreira quando comparado aos sujeitos que responderam todos os itens (Tabela 21). A completude das respostas desses sujeitos provavelmente não alteraria as associações neste estudo porque, com exceção da proporção de auxiliares, a

magnitude das correlações foi muito baixa. De qualquer forma, os resultados devem ser interpretados com cautela.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo foi a amostra ser de conveniência e não estratificada por setores, fato que inviabilizou a análise dos escores dos instrumentos segundo o local de trabalho do respondente. Esse tipo de análise poderia identificar os valores extremos e associá-los ao tipo de atendimento prestado. Na literatura foi identificada menor percepção de poder para enfermeiros que cuidavam de pacientes de longa permanência quando comparadas aos enfermeiros que cuidavam de pacientes agudos (Moulton, 1994).

Outra limitação do estudo foi a não completude nas respostas de todos os questionários, os indivíduos que deixaram de responder alguns itens eram diferentes, em alguns aspectos, dos indivíduos que responderam todos os itens: havia mais auxiliares, menos com pós-graduação, tinham idade média mais alta e eram mais satisfeitos com a carreira. Talvez as atitudes sobre o PE e a percepção de poder pudessem ser alteradas por essas respostas faltantes.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A avaliação das respostas de 1605 enfermeiros e auxiliares de enfermagem aos instrumentos padronizados permitiu descrever a disposição desses profissionais frente ao PE e a percepção de poder que eles têm em relação ao seu papel clínico.

Quanto à disposição frente ao PE, pode-se concluir que:

- A atitude da amostra foi relativamente favorável porque os escores médios no instrumento aplicado (auxiliares = 111,04 DP=23,15 e enfermeiros = 114,34 DP=20,80) ficaram mais próximos do limite superior (140) que do inferior (20), embora tenham ocorrido escores nos dois pontos extremos da escala;.
- A atitude dos enfermeiros foi mais favorável que a dos auxiliares de enfermagem ($p=0,024$).

Quanto à percepção de poder, pode-se concluir que:

- O observado na amostra foi similar a de outros estudos. A média do escore total no PKPCT foi de 278,35 (DP=39,93) para os auxiliares e de 285,06 (DP=36,62) para os enfermeiros;
- A percepção de poder dos enfermeiros foi mais elevada que a dos auxiliares de enfermagem ($p=0,004$).

Quanto às associações entre disposição frente ao PE, percepção de poder e variáveis selecionadas pode-se concluir que:

- Há associação entre atitude frente ao PE e percepção de poder porque houve correlação positiva moderada entre disposição frente ao PE e percepção de poder para os auxiliares ($r=0,480$; $p=0,000$) e para os enfermeiros ($r=0,460$; $p=0,000$);
- A variável sexo comportou-se diferente entre os enfermeiros e auxiliares quanto a sua associação com a atitude frente ao PE e com a percepção de poder. Os auxiliares do sexo feminino tiveram disposição frente ao PE (111,93) mais favorável que os do sexo masculino (106,11) ($p=0,018$) e maior percepção de poder (279,75 vs 270,84) ($p=0,020$); na amostra de enfermeiros não houve associação entre essas variáveis.

- A associação entre pós-graduação e atitude frente ao PE foi diferente entre auxiliares e enfermeiros. Ter pós-graduação associou-se significativamente a maiores médias de atitude frente ao PE para os auxiliares (119,0 vs 110,64; $p=0,011$), mas não para os enfermeiros. Ter pós-graduação não foi associado aos escores de percepção de poder em nenhum dos grupos.
- As enfermeiras que relataram ter cargo de chefia apresentaram escores de percepção de poder mais elevados (293,52) que as enfermeiras sem cargo de chefia (282,61 $p=0,010$), mas não houve associação entre cargo de chefia e atitude frente ao PE.
- As associações entre atitudes frente ao PE, percepção de poder e as variáveis idade, tempo de formado, atividade principal, satisfação com a carreira, satisfação com o local de trabalho, conhecimento sobre a SAE e contato com a SAE foram de intensidade desprezível no caso das correlações ou não significantes ao nível de 5%.

IMPLICAÇÕES

8 IMPLICAÇÕES

8.1 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

Os resultados dos escores nos instrumentos padronizados do presente estudo foram aparentemente mais altos que os encontrados na literatura. Nas pesquisas sobre atitudes é preciso identificar o peso da desejabilidade social.

O objetivo do projeto do qual esse estudo faz parte é verificar se existe associação entre variáveis do pessoal de enfermagem e dos locais de trabalho com características operacionais do PE nos hospitais vinculados à CSS/SP. Ao presente estudo coube investigar as atitudes e a percepção de poder dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o PE e se havia associação com variáveis selecionadas.

No presente estudo, PE foi definido como um instrumento que provê um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem (Kenney, 1995). A operacionalização do PE como variável de estudo não é simples, mas o estudo da documentação do PE pode ser uma das maneiras de verificação da implementação do PE.

Os registros de enfermagem são vistos como elemento importante para a continuidade dos cuidados, segurança e atendimento de qualidade. Porém os estudos apresentam poucas evidências sobre a ligação entre a realização dos registros e o impacto no cuidado dos pacientes. (Keenan et al., 2008). A implementação de um modelo ou uma fórmula predeterminada de assistência, não é garantia de maior qualidade na assistência (Nascimento et al., 2008).

Uma das revisões de literatura citada por Keenan et al. (2008) identificou que os profissionais da enfermagem experimentam tensões entre a necessidade de cuidado dos pacientes e as exigências institucionais de registro clínico. Os autores também identificaram resultados inconclusivos sobre o impacto dos registros de enfermagem nos resultados do paciente (Keenan et al., 2008). É preciso entender as evidências com muito cuidado, pois alguns estudos tratam a qualidade da assistência

como sinônimo da qualidade do registro, mas a acurácia da informação não é verificada (Keenan et al., 2008), ou seja, não se sabe se um bom registro corresponde a uma assistência de boa qualidade.

Mensurar a qualidade do cuidado é um processo complexo. A diversidade de definições e medidas é uma característica da literatura relacionada à qualidade do cuidado (Keenan et al., 2008). É preciso desenvolver estudos com delineamento adequado para mensurar a qualidade do registro e sua associação com a qualidade do cuidado, devidamente mensurado. É nesse contexto que se colocam os estudos sobre o PE, operacionalizado em termos de sua documentação.

8.2 IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA

O uso e documentação do PE é uma atribuição profissional e exigência legal, razão pela qual as instituições de saúde devem proporcionar condições para sua implantação, manutenção e avaliação continuada. Dispor de condições apropriadas para o uso do processo de enfermagem provavelmente requer bons ambientes de trabalho.

Estudos indicam que em hospitais com melhores ambientes de trabalho, os resultados de enfermagem como satisfação com o trabalho, burnout e rotatividade são melhores quando comparados com ambientes precários (Kelly, McHugh, Aiken, 2011). Esses ambientes retêm os profissionais mais qualificados, aumentam sua percepção de poder e têm impacto em resultados dos pacientes como por exemplo: taxa de mortalidade, ocorrência de eventos adversos, satisfação com a qualidade do cuidados (Lankshear, Sheldon, Maynard, 2006; McHughetal., 2011).

8.3 IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO

Os resultados do presente estudo indicam a necessidade de maior contato com conteúdos sobre o PE e suas fases na formação de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, assim como o estímulo e facilidade de acesso dos profissionais à educação permanente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2008 Dez [citado 2011 Dez 05]; 42(4): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400006&lng=en.

Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2009 Mar [citado 2011 Dez 05]; 43(1): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007&lng=en.

Barret EAM, Caroselli C, Smith DW. Power as knowing participation in change: theoretical practice and methodological issues, insights and ideas. In: Madrid M, editor. Patterns of Rogerian knowing. New York: NLN; 1997. p. 30-46.

Barret EAM, Caroselli C. Methodological ponderings related to power as knowing participation in change tool. Nurs Sci Q. 1998;11(1):17-22.

Barret EAM, Farren AT, Kim TS, Larkin DM, Mahoney J. A study of the PKPCT instruction. Visions. 2001;9(1):9-16.

Barret EAM. A measure of power as knowing participation in change. In: Strickland OL, Waltz CW, editors. Measurement of nursing outcomes. New York: Springer; 1990. p. 159-80.

Barret EAM. A Rogerian practice methodology for health patterning. Nurs Sci Q. 1998;11(4):136-8.

Barrett EA. Na empirical investigation of Martha E. Rogers' principle of helicy: the relationship of human field motion and power[thesis]. New York: New York University; 1983.

Barrett EA. Power as knowing participation in change: what's new and what's next. Nurs Sci Q. 2010;23(1):47-54.

Barrett EAM. A measure of power as knowing participation in change. In: Dilorio C, Strickland O, editors. Measurement of nursing outcomes. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2003. p. 21-37.

Barrett EAM. Abbreviated curriculum vita. [homepage na internet]. New York; c2009. [citado 2011 nov. 11]. Disponível em: <http://www.drelizabethbarrett.com/who-i-am/abbreviated-curriculum-vita>.

Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jun.1987. Seção 1.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; 2001. p. 36-41.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 196/1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [legislação na Internet]. Brasília; 1996 [citado 2011 nov. 11]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. Rev Bras Enferm. 2006;59(2):222-7.

Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. Philadelphia: Saunders; 1993.

Carlson E. A case study in translation methodology using the health- promotion lifestyle profile. Public Health Nurs. 2000;17(1): 61-70

Carlson-Catalano J. A teaching method for diagnostic skill development. In: Lunney M. Critical thinking and nursing diagnosis: case studies and analyses. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association; 2001. p. 44-65.

Caroselli C, Barret EAM. A review of the power as knowing participation in change literature. Nurs Sci Q. 1998;11(1):9-16.

Caroselli C. Power and feminism: a nursing science perspective. Nurs Sci Q. 1995;8(3):115-9.

Caroselli C. The relationship of Power and feminism in women nurse executives in acute care hospitals [thesis]. New York: New York University; 1991.

Carpenito-Moyet LJ. Invited paper: teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. Int J Nurs Terminol Classif. 2010; 21(3):124–33.

Carvalho EC, Kusumota L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(Especial-Nefrologia):554-7.

Castilho NC, Ribeiro PC, Chirelli MQ. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2009;18(2): 280-9.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras [legislação na Internet]. Rio de Janeiro; 2002 [citado 2007 jan. 29]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100§ionID=34>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras [legislação na internet]. Brasília; 2009 [citado 2011 nov. 11]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo(COREN-SP) . Decisão COREN-SP/DIR/008/99. Normatiza a implementação da sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, nas Instituições de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. COREN-SP. 2000;(26):12-3.

Crawford SNB, Reed PG. Empowerment: reformulation of a non-Rogerian concept. *Nurs Sci Q.* 2004;17(3):253-9.

Cruz AMP, Almeida MA. Competências na formação de Técnicos de Enfermagem para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):921-7.

Cruz DALM, Hayashi APM, Oliva APV, Corrêa CG. Adaptação e validação do instrumento “Positions on nursing diagnosis” para a língua portuguesa. *Rev Bras Enferm.* 2006a; 59(2):-163-7.

Cruz DALM, Kitazulo RC, Pimenta CAM, Lima AFC, Gaidzinski RR. Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos. *Ciec Cuid Saúde.* 2006b;5(3):281-8.

Cruz DALM, Pimenta CAM, Pedrosa MFV, Lima AFC, Gaidzinsk RR. Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(2):234-9.

Davies B, Edwards N, Ploeg J, Virani T. Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:29:1-15.

Debisette AT, Sandvold I, Easterling B, Martinelli A. An Integrative Review of Nursing Workforce Studies. In: Kasper CE, Debisette AT, Vessey JA, editors. *Annual Review of Nursing Research. Nursing Workforce Issues*. New York: Springer Publishing; 2010. 28 v.

Dicionário Cambridge [dicionário na Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. [citado 2012 jan. 10]. Disponível em: <http://dictionary.cambridge.org/>

Domingues TAM, Chaves EC. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(Esp.):580-8.

Duran ECM, Toledo VP. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32(2):234-40.

Elizalde AC, Almeida MA. Percepções de enfermeiras de um hospital universitário sobre a implantação dos diagnósticos de enfermagem. *Rev Gaucha Enferm*. 2006;27(4):564-74.

Fini A. Características da fadiga de pacientes com insuficiência cardíaca [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Fishbein M, editor. *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley & Sons; 1967.

Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley; 1981.

Fuly PSC, Leite JL, Lima SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(6):883-7.

Garcia TR, MML Nóbrega. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(1):188-193.

Garrett MP. The relationships among baccalaureate nursing students' perception of inviting teaching behaviors, self-esteem, and power in the clinical setting [thesis]. Philadelphia: Widener University; 1998.

Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995; 24(2): 61-3.

Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

Halverson EL et al.. Minnesota Nurses' Perceptions of Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2011; 22(3):123–32.

Hawks JH. Power: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1991;16(6):754-62.

Hobbs MB. Manifestations influencing empowerment in the educational environment of baccalaureate nursing students [thesis]. Birmingham: University of Alabama; 1991.

Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.

Hurley M. A Rogerian exploration of nurse managers' experience of job satisfaction, stress, and power. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*. 2005;13:12-26.

Johnson RA, Wichern DW. Applied multivariate statistical analysis. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998.

Keenan GM, Yakel E, Tschannen D, Mandeville M. Documentation and the Nurse Care Planning Process. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p.1-32.

Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *JONA*. 2011; 41(10):428-33.

Kenney JW. Relevance of theory-based nursing practice. In: Christensen PJ, Kenney JW, editors. *Nursing process: application of conceptual models*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1995. p. 3-23.

Kim TS. The theory of power as knowing participation in change: a literature review update. *Visions*: 2009;16(1):19-39.

Klettemberg DF, Siqueira MTD, Mantovani MF, Padilha MI, Amante LN, Anders JC. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):26-32.

Koerich MS, Backes DS, Nascimento KC, Erdmann AL. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):446-51.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.

Lankshear AJ, Sheldon TA, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes – A systematic review of the international research evidence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2006;28(2):163-74.

Ledesma-Delgado ME, Mendes MMR. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistencias. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(3):328-34.

Leite JEL. Viabilidade do processo de enfermagem no contexto hospitalar: perspectiva gerencial [dissertação]. Natal: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.

Levin J, Fox JA. Estatística para ciências humanas. São Paulo: Prentice-Hall; 2004.

Lima AFC, Kurcgant P. Significados do processo de implementação do diagnóstico de enfermeiras para enfermeiras de um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(5):666-73.

Long JS. Confirmatory factor analysis. In: Alisson PD. *Quantitative Applications in the Social Sciences*. London: SAGE University; 2002.

Longaray VK, Almeida MA, Cezaro P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):150-7.

Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*. 2009;65(11): 2299-310.

Lundmark VA. Magnet Environments for Professional Nursing Practice. In: Hughes RG, editor *Patient Safety and Quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p.1-22

Lunney M, Krenz MA. An instrument to measure attitudes toward nursing diagnosis. In: Carroll-Johnson RM, Paquette M, editors. *Classification of Nursing Diagnoses Proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association*. San Diego: Lippincott; 1992. p. 389-90.

Lunney M, Parker L, Fiore L, Cavendish R, Pulcini J. Feasibility of studying the effects of using NANDA, NIC, and NOC on nurses' power and children's outcomes. *Computers Informatics Nurs*. 2004; 22(4):316-25.

Mahoney J. The comparison of university staff employees, faculty, and administrators on power as knowing participation in change. *Visions*. 2001;9(1):43-51.

Malinski VM. Rogerian science-based nursing theories. *Nurs Sci Q*. 2006;19(1):30-46.

Malinski VM. Theoretical questions and concerns: response from the science of unitary human beings perspective. *Nurs Sci Q*. 2007;20(4):311-3.

McHugh M.D., Kutney-Lee A., Cimiotti J.P., Sloane D.M., Aiken L.H. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff* 2011;30(2):202-10.

Mendes MA. Papel clínico do enfermeiro: desenvolvimento do conceito [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):953-8.

Miller E. How to make nursing diagnoses work. administration and clinical strategies. Norwalk: Apleton Lange; 1989.

Moulton PJ. An investigation of the relationship of power and empathy in nurse executives [thesis]. New York: New York University; 1994.

Munro BH. Statistical methods for health care research. 4th ed. Massachusetts: Lippincott; 2000.

Nascimento KC, Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2008 Dez [citado 2011 Dez 05]; 42(4): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400005&lng=en.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1994.

Oliva APV, Lopes DA, Volpato MP, Hayashi AAM. Atitudes de alunos e enfermeiros frente ao diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):361-7.

O'Rourke MW, White A. Professional role clarity and competency in health care staffing--the missing pieces. *Nurs Econ*. 2011;29(4):183-8.

Osgood CE. Cross-cultural comparability in attitude measurement via multilingual semantic differentials. In: Fishbein M, editor. *Readings in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley; 1967. p. 108-16.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. São Paulo; EDUSP, 1999.

Pereira MJB, Fortuna CM, Mishima SM, Almeida MCP, Matumoto S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):771-1.

Phillips JR. Rogerian nursing science and research: a healing process for nursing. *Nurs Sci Q.* 2000;13(3):196-201.

Pimenta CAM. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Raatikainen R. Power or the lack of it in nursing care. *J Adv Nurs.* 1994; 19(3):424-32.

Ramos LAR, Carvalho EC, Canini SRMS. Opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Eletr Enf.* [periódico na internet]. 2009 Nov [citado 2011 Dez 05]; 11(1): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a05.htm>.

Santos MCL, Braga VAB, Fernandes AFC. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. *Rev Enferm UERJ.* 2007;15(1):82-6.

São Paulo (Estado). Lei Complementar n. 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências [legislação na internet]. São Paulo; 1998. [citado em 2012 jan 05]. Disponível em: <http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3433&word=>

Secretaria do Estado da Saude do Estado de São Paulo. [homepage na internet]. São Paulo; c2008-2011. [citado 2008 ago. 24]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/cidadao_estrutura_coordenadorias_css.mmp.

Sieloff CL. Measuring nursing power within organizations. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(2):183-7.

Silva CC, Gelbcke FL, Meireles BHS, Arruda C, Goulart S, Souza AIJ. O ensino da sistematização da assistência na perspectiva de professores e alunos. *Rev Eletr Enf.* [periódico na internet]. 2011 Abr/Jun [citado 2012 Jan 05];13(2): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12390>

Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(2):172-8.

Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2002.

Spence Laschinger HK, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? *J Nurs Manag.* 2009;17(5):636-46.

Spetz J. The importance of good data: how the National Sample Survey of Registered Nurses has been used to improve knowledge and policy. In: Kasper CE, Debisette AT, Vessey JA, editors. *Annual Review of Nursing Research. Nursing Workforce Issues*. New York: Springer Publishing; 2010. 28 v.

Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):32-8.

Thomson PD. *Power: deans and directors in nursing education*. Chicago: Loyola University; 2008.

Trangenstein PA. Relationships of power and job diversity to job satisfaction and job involvement: an empirical investigation of Rogers' principle of integrality [tesis]. New York: New York University; 1988.

Urbina S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Vieira S. *Bioestatística tópicos avançados: testes não paramétricos, tabelas de contingência e análise de regressão*. Rio de Janeiro: Editora Campus; 2003.

Von Krogh G, Nåden D. Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies--theoretical and methodological issues. *J Nurs Manag*. 2008;16(3): 275–283.

Wright BW. Rogers science of unitary human beings. *Nurs Sci Q*. 2007;19(3):229-30.

Wright BW. Trust and power in adults: an investigation using Roger's Science of Unitary Human Beings. *Nurs Sci Q*. 2004;17(2):139-46.

Yönt GH, Khorshid L, Eşer İ. Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009; 20(4):162–8.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido

(grupo focal)

Nome da Pesquisa: Implementação do Processo de Enfermagem: Características do Pessoal de Enfermagem dos Hospitais e Ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

As informações aqui descritas são para esclarecer sobre a participação voluntária em estudo que tem como finalidade descrever a situação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A parte do estudo a que se refere sua participação tem como objetivo descrever as dificuldades e facilidades em preencher os questionários do subprojeto 3, direcionado aos profissionais de enfermagem.

A participação no estudo se dará por meio de presença em grupo focal.

O participante não sofrerá risco ou desconforto moral, ético ou físico, podendo se negar a responder qualquer pergunta. Fica também garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Ao participante é garantido o sigilo do seu nome durante a realização do estudo e na divulgação de seus resultados. Não haverá benefícios diretos para o participante, como também não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.

Este termo é apresentado em duas vias; depois de assinadas, uma das vias ficará com o participante, que poderá obter informações, manter-se atualizado quanto ao andamento da pesquisa e esclarecer eventuais dúvidas entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo telefone (11)3061-7548 ou pelo e-mail edipesq@usp.br.

Eu, _____, recebi uma descrição da pesquisa, incluindo seu propósito e procedimentos. Estou ciente de que o objetivo do estudo é avaliar as dificuldades e facilidades no preenchimento dos questionários. Fui informado dos procedimentos de mim esperados. Estou ciente de que nenhuma compensação será oferecida por essa participação e de que a minha assinatura, por livre e espontânea vontade, neste termo expressa minha concordância em participar do estudo. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase que eu julgar necessário, o sigilo da minha identidade e de conhecer os resultados

obtidos. Declaro ainda que fui informado de que os resultados serão utilizados exclusivamente para os relatórios de divulgação da pesquisa.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Participante

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável

Nome: Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Endereço: Avenida Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

São Paulo, SP CEP 05403-000 Telefone: (11)3061-7504

Assinatura: _____

APÊNDICE 2 - Posições sobre o processo de enfermagem

POSIÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Marque com um X um dos espaços entre “totalmente verdadeiro” e “totalmente falso” que represente a sua posição em relação à afirmação abaixo:

“Eu sou favorável à sistematização da assistência de enfermagem”.

<i>Totalmente falso</i> ____:____:____:____:____:____:____ <i>Totalmente verdadeiro</i>

Por favor, pontue o CONCEITO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM conforme você se sente em relação a ele nesse momento. Assinale com um X em um dos espaços entre cada conjunto de adjetivos. POR FAVOR, RESPONDA A TODOS OS ITENS.

Por exemplo: Se, entre VALIOSO E SEM VALOR, você considera o conceito de sistematização da assistência de enfermagem **nem valioso nem sem valor**, marque um X no espaço central.

VALIOSO ____:____:____: X ____:____:____ SEM VALOR

Se, entre VALIOSO E SEM VALOR, você considera o conceito de sistematização da assistência de enfermagem **quase totalmente sem valor**, marque um X no espaço próximo, mas não no espaço encostado na palavra SEM VALOR.

VALIOSO ____:____:____:____: X ____ SEM VALOR

Se, entre VALIOSO E SEM VALOR, você considera o conceito de sistematização da assistência de enfermagem **totalmente valioso**, marque um X no espaço mais próximo possível da palavra VALIOSO.

VALIOSO x ____:____:____:____:____:____ SEM VALOR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1	AMBÍGUO	__:__:__:__:__:__	CLARO
2	NÃO SIGNIFICATIVO	__:__:__:__:__:__	SIGNIFICATIVO
3	AGRADÁVEL	__:__:__:__:__:__	DESAGRADÁVEL
4	FORTE	__:__:__:__:__:__	FRACO
5	VALIOSO	__:__:__:__:__:__	SEM VALOR
6	NEGATIVO	__:__:__:__:__:__	POSITIVO
7	BÔBO	__:__:__:__:__:__	INTELIGENTE
8	CONFORTÁVEL	__:__:__:__:__:__	DESCONFORTÁVEL
9	FÁCIL	__:__:__:__:__:__	DIFÍCIL
10	NÃO REALISTA	__:__:__:__:__:__	REALISTA
11	FACILITADOR	__:__:__:__:__:__	DIFICULTADOR
12	INVÁLIDO	__:__:__:__:__:__	VÁLIDO
13	SIGNIFICANTE	__:__:__:__:__:__	INSIGNIFICANTE
14	RELEVANTE	__:__:__:__:__:__	IRRELEVANTE
15	NÃO RECOMPENSADOR	__:__:__:__:__:__	RECOMPENSADOR
16	CONVENIENTE	__:__:__:__:__:__	INCONVENIENTE
17	ACEITÁVEL	__:__:__:__:__:__	INACEITÁVEL
18	RUIM	__:__:__:__:__:__	BOM
19	CRIATIVO	__:__:__:__:__:__	ROTINEIRO
20	SEM IMPORTÂNCIA	__:__:__:__:__:__	IMPORTANTE

APÊNDICE 3 - Matriz de escores do instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem

1	AMBÍGUO	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	CLARO
2	NÃO SIGNIFICATIVO	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	SIGNIFICATIVO
3	AGRADÁVEL	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	DESAGRADÁVEL
4	FORTE	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	FRACO
5	VALIOSO	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	SEM VALOR
6	NEGATIVO	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	POSITIVO
7	BÔBO	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	INTELIGENTE
8	CONFORTÁVEL	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	DESCONFORTÁVEL
9	FÁCIL	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	DIFÍCIL
10	NÃO REALISTA	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	REALISTA
11	FACILITADOR	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	DIFICULTADOR
12	INVÁLIDO	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	VÁLIDO
13	SIGNIFICANTE	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	INSIGNIFICANTE
14	RELEVANTE	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	IRRELEVANTE
15	NÃO RECOMPENSADOR	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	RECOMPENSADOR
16	CONVENIENTE	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	INCONVENIENTE
17	ACEITÁVEL	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	INACEITÁVEL
18	RUIM	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	BOM
19	CRIATIVO	_7_: _6_: _5_: _4_: _3_: _2_: _1_	ROTINEIRO
20	SEM IMPORTÂNCIA	_1_: _2_: _3_: _4_: _5_: _6_: _7_	IMPORTANTE

APÊNDICE 4 – PKPCT versão brasileira

O PKPCT foi desenvolvido para descrever atitudes frente a diversas situações. Neste estudo, trabalharemos com as atitudes frente ao papel clínico. Papel clínico, nesse contexto, são os pensamentos, ações e sentimentos relacionados ao cuidar. O PKPCT avalia quatro aspectos: consciência/conscientização, escolhas, liberdade para agir intencionalmente, envolvimento na criação de mudança.

Para avaliar cada aspecto existem 13 pares de palavras com sentidos opostos. As palavras estão separadas por 7 espaços, o que permite variação de respostas.

Exemplo:

Aspecto ESCOLHAS

Se as suas ESCOLHAS forem bem próximas às descritas como “esclarecidas”, a sua resposta poderá ser a seguinte:

Esclarecidas ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Não esclarecidas

Se as suas ESCOLHAS forem completamente “esclarecidas”, a sua resposta poderá ser a seguinte:

Esclarecidas ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Não esclarecidas

Se as suas ESCOLHAS forem bem próximas às descritas como “não esclarecidas”, a sua resposta poderá ser a seguinte:

Esclarecidas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ Não esclarecidas

Se as suas ESCOLHAS forem completamente “não esclarecidas”, a sua resposta poderá ser a seguinte:

Esclarecidas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒ Não esclarecidas

Se as suas ESCOLHAS forem igualmente “esclarecidas” e “não esclarecidas”, coloque um “X” no espaço do meio. A sua resposta poderá ser a seguinte:

Esclarecidas ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Não esclarecidas

LEMBRE-SE:

- Não existem respostas certas ou erradas.
- Registre a sua primeira impressão para cada par de palavras.
- Você pode colocar um “X” em qualquer espaço que melhor descreva o significado do aspecto envolvido para você neste momento.
- Marque apenas um “X” para cada par de palavras.
- Marque um “X” para todos os pares de palavras.

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

MINHA CONSCIÊNCIA / CONSCIENTIZAÇÃO É:

PROFUNDA	_____	SUPERFICIAL	_____
DE EVITAÇÃO	_____	DE BUSCA	_____
VALIOSA	_____	SEM VALOR	_____
NÃO INTENCIONAL	_____	INTENCIONAL	_____
TÍMIDA	_____	ASSERTIVA	_____
DE LÍDER	_____	DE LIDERADO	_____
CAÓTICA	_____	ORGANIZADA	_____
EXPANSIVA	_____	RETRAÍDA	_____
AGRADÁVEL	_____	DESAGRADÁVEL	_____
NÃO ESCLARECIDA	_____	ESCLARECIDA	_____
LIVRE	_____	FORÇADA	_____
NÃO IMPORTANTE	_____	IMPORTANTE	_____
DESAGRADÁVEL	_____	AGRADÁVEL	_____

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

AS MINHAS ESCOLHAS SÃO:

RETRAÍDAS	_____	EXPANSIVAS	_____
DE BUSCA	_____	DE EVITAÇÃO	_____
ASSERTIVAS	_____	TÍMIDAS	_____
IMPORTANTES	_____	NÃO IMPORTANTES	_____
ORGANIZADAS	_____	CAÓTICAS	_____
INTENCIONAIS	_____	NÃO INTENCIONAIS	_____
DESAGRADÁVEIS	_____	AGRADÁVEIS	_____
FORÇADAS	_____	LIVRES	_____
SEM VALOR	_____	VALIOSAS	_____
DE LIDERADO	_____	DE LÍDER	_____
SUPERFICIAIS	_____	PROFUNDAS	_____
ESCLARECIDAS	_____	NÃO ESCLARECIDAS	_____
TÍMIDAS	_____	ASSERTIVAS	_____

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

A MINHA LIBERDADE PARA AGIR INTENCIONALMENTE É:

TÍMIDA	_____	ASSERTIVA	_____
NÃO ESCLARECIDA	_____	ESCLARECIDA	_____
DE LÍDER	_____	DE LIDERADO	_____
PROFUNDA	_____	SUPERFICIAL	_____
EXPANSIVA	_____	RETRAÍDA	_____
NÃO IMPORTANTE	_____	IMPORTANTE	_____
VALIOSA	_____	SEM VALOR	_____
CAÓTICA	_____	ORGANIZADA	_____
DE EVITAÇÃO	_____	DE BUSCA	_____
LIVRE	_____	FORÇADA	_____
NÃO INTENCIONAL	_____	INTENCIONAL	_____
AGRADÁVEL	_____	DESAGRADÁVEL	_____
ORGANIZADA	_____	CAÓTICA	_____

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

O MEU ENVOLVIMENTO NA CRIAÇÃO DE MUDANÇAS É:

NÃO INTENCIONAL	_____	INTENCIONAL	_____
EXPANSIVO	_____	RETRAÍDO	_____
PROFUNDO	_____	SUPERFICIAL	_____
CAÓTICO	_____	ORGANIZADO	_____
LIVRE	_____	FORÇADO	_____
VALIOSO	_____	SEM VALOR	_____
NÃO ESCLARECIDO	_____	ESCLARECIDO	_____
DE EVITAÇÃO	_____	DE BUSCA	_____
DE LÍDER	_____	DE LIDERADO	_____
NÃO IMPORTANTE	_____	IMPORTANTE	_____
TÍMIDO	_____	ASSERTIVO	_____
AGRADÁVEL	_____	DESAGRADÁVEL	_____
SUPERFICIAL	_____	PROFUNDO	_____

©1984,1987, 1998 by E. A. M. Barrett. All rights reserve. No duplication without written permission or author. Inquires: Dr. E. A. M. Barrett, 415 East 85th Street, New York, NY 1002.

APÊNDICE 5 - Matriz de escores do instrumento PKPCT

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

MINHA CONSCIÊNCIA / CONSCIENTIZAÇÃO É:

PROFUNDA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	SUPERFICIAL
DE EVITAÇÃO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	DE BUSCA
VALIOSA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	SEM VALOR
NÃO INTENCIONAL	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	INTENCIONAL
TÍMIDA	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ASSERTIVA
DE LÍDER	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DE LIDERADO
CAÓTICA	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ORGANIZADA
EXPANSIVA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	RETRAÍDA
AGRADÁVEL	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DESAGRADÁVEL
NÃO ESCLARECIDA	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ESCLARECIDA
LIVRE	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	FORÇADA
NÃO IMPORTANTE	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	IMPORTANTE
DESAGRADÁVEL	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	AGRADÁVEL

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

AS MINHAS ESCOLHAS SÃO:

RETRAÍDAS	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	EXPANSIVAS
DE BUSCA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DE EVITAÇÃO
ASSERTIVAS	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	TÍMIDAS
IMPORTANTES	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	NÃO IMPORTANTES
ORGANIZADAS	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	CAÓTICAS
INTENCIONAIS	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	NÃO INTENCIONAIS
DESAGRADÁVEIS	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	AGRADÁVEIS
FORÇADAS	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	LIVRES
SEM VALOR	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	VALIOSAS
DE LIDERADO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	DE LÍDER
SUPERFICIAIS	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	PROFUNDAS
ESCLARECIDAS	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	NÃO ESCLARECIDAS
TÍMIDAS	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ASSERTIVAS

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

A MINHA LIBERDADE PARA AGIR INTENCIONALMENTE É:

TÍMIDA	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ASSERTIVA
NÃO ESCLARECIDA	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ESCLARECIDA
DE LÍDER	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DE LIDERADO
PROFUNDA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	SUPERFICIAL
EXPANSIVA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	RETRAÍDA
NÃO IMPORTANTE	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	IMPORTANTE
VALIOSA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	SEM VALOR
CAÓTICA	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ORGANIZADA
DE EVITAÇÃO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	DE BUSCA
LIVRE	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	FORÇADA
NÃO INTENCIONAL	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	INTENCIONAL
AGRADÁVEL	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DESAGRADÁVEL
ORGANIZADA	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	CAÓTICA

MARQUE UM “X” COMO DESCRITO NAS INSTRUÇÕES

Em relação ao meu PAPEL CLÍNICO:

O MEU ENVOLVIMENTO NA CRIAÇÃO DE MUDANÇAS É:

NÃO INTENCIONAL	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	INTENCIONAL
EXPANSIVO	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	RETRAÍDO
PROFUNDO	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	SUPERFICIAL
CAÓTICO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ORGANIZADO
LIVRE	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	FORÇADO
VALIOSO	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	SEM VALOR
NÃO ESCLARECIDO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ESCLARECIDO
DE EVITAÇÃO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	DE BUSCA
DE LÍDER	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DE LIDERADO
NÃO IMPORTANTE	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	IMPORTANTE
TÍMIDO	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	ASSERTIVO
AGRADÁVEL	_7_ _6_ _5_ _4_ _3_ _2_ _1_	DESAGRADÁVEL
SUPERFICIAL	_1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_	PROFUNDO

©1984,1987, 1998 by E. A. M. Barrett. All rights reserve. No duplication without written permission or author. Inquires: Dr. E. A. M. Barrett, 415 East 85th Street, New York, NY 1002

APÊNDICE 6 – Caracterização Social e Demográfica

3

1. Idade atual: _____	2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
4. Número de Filhos: _____	3. Convivência marital: ☐ Não ☐ Sim

DADOS PARA COMPATIBILIZAR RESPOSTAS ENTRE FORMULÁRIOS E SUBPROJETOS

5. Nome do Hospital/Ambulatório: _____	
6. Unidade em que trabalha: _____	7. Cargo/Função _____
8. Turno em que trabalha: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noturno ☐ Diurno ☐ Qualquer	
9. Iniciais do nome da sua mãe _____	10. Ano de nascimento: _____

DADOS SOBRE TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

11. Função atual em instituição da Secretaria do Estado da Saúde ☐ Auxiliar de enfermagem ☐ Enfermeiro	
12. Quanto a sua preferência por algum setor/unidade na Instituição da Secretaria do Estado da Saúde em que você trabalha: ☐ Não tenho preferência por trabalhar em alguma unidade ☐ Preferiria trabalhar em outra unidade, mas nunca tentei mudar ☐ Preferiria trabalhar em outra unidade, já tentei mudar, mas não consegui ☐ Trabalho na unidade de minha preferência	
13. Quanto ao grau de satisfação por trabalhar na unidade em que trabalha atualmente na Instituição da Secretaria do Estado da Saúde: ☐ Estou totalmente satisfeita(o) ☐ Estou um pouco insatisfeita(o) ☐ Estou moderadamente satisfeita(o) ☐ Estou totalmente insatisfeita(o)	
14. Há quanto tempo você trabalha nesta Instituição da Secretaria de Estado da Saúde (em meses)? _____	
15. Atualmente você exerce cargo de chefia / gerência na Instituição da Secretaria de Estado da Saúde? ☐ Não ☐ Sim	
16. Das atividades a seguir, indique a que você faz em maior volume: ☐ Cuidados diretos aos pacientes ☐ Planejamento de cuidados aos pacientes ☐ Atividades administrativas _____ ☐ Outros _____

18. Assinale os itens que correspondem a benefícios/facilidades que você recebe ou tem por trabalhar na Instituição da Secretaria de Estado da Saúde:

☐ Refeição	☐ Assistência do serviço social
☐ Vale-refeição	☐ Estacionamento
☐ Cesta básica ou vale-compras	☐ Horário especial
☐ Auxílio-doença	☐ Liberação (total ou parcial) para eventos/cursos
☐ Convênio ou assistência médica	☐ Apoio financeiro (total ou parcial) para eventos/cursos
☐ Assistência psicológica	

19. Em quantos empregos você trabalha atualmente?

- ☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Mais de três

20. Atualmente, quantas horas, em média, você trabalha por SEMANA, considerando todos os empregos que você tem?

_____ horas

21. Preencha as informações solicitadas sobre a sua formação nos seguintes cursos/programas (não deixe nenhum item sem resposta):

Auxiliar de enfermagem	☐ Nunca cursei	☐ Concluído	24. Quando _____	
Técnico de enfermagem	☐ Nunca cursei	☐ Em curso	☐ Concluído	25. Quando _____
Graduação em enfermagem	☐ Nunca cursei	☐ Em curso	☐ Concluído	26. Quando _____

Especialização/Residência ou Aprimoramento após o curso de Graduação em enfermagem (se fez mais de um, informe sobre o último concluído)

	Conclui no ano: _____	☐ em curso	☐ nunca cursei
Mestrado	Conclui no ano: _____	☐ em curso	☐ nunca cursei
Doutorado	Conclui no ano: _____	☐ em curso	☐ nunca cursei

Marque com um "x" no espaço que melhor descreve a sua situação em relação à afirmação: "Eu estou satisfeito por ter escolhido a enfermagem como profissão/carreira"

Muito | _____ | Nada

DADOS SOBRE GRAU DE CONTATO COM A SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Marque com um X o item que corresponde ao grau de conhecimento que você tem sobre:

SAE em geral	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Entrevista e exame físico	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Diagnóstico de enfermagem	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Prescrição de enfermagem	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Evolução de enfermagem	☐ nenhum	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito

Marque com um X o item que corresponde ao grau de contato que você teve com o tema 'sistematização da assistência de enfermagem' nos últimos 3 anos, conforme as atividades:

Realização de leitura	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Participação em aulas/ cursos	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Participação em eventos específicos	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Uso na prática clínica	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito
Realização de pesquisa	☐ nada	☐ pouco	☐ moderado	☐ muito

APÊNDICE 7 - Convite aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem

A Secretaria de Estado da Saúde está desenvolvendo, em parceria com a Escola de Enfermagem da USP, um projeto para Avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem nos Hospitais e Ambulatórios sob administração direta da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a sua execução foi aprovada pela Coordenadoria dos Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

São três subprojetos articulados, um deles tratará de descrever a operacionalização do processo de enfermagem, outro analisará características do processo de enfermagem associadas a variáveis dos serviços e o terceiro estudará essas mesmas características associadas a variáveis dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos serviços.

Convidamos você a colaborar com o terceiro subprojeto, que estudará todo o pessoal de enfermagem quanto a opinião sobre a SAE, quanto a como se percebem em meio às mudanças na área de trabalho, e quanto a qualidade de vida no trabalho. A aceitação em participar do estudo implicará em responder os instrumentos que acompanham esta carta, o que lhe tomará aproximadamente 30 minutos. Esclarecemos que sua participação:

- em nada alterará a condução das suas atividades na instituição onde trabalha,
- não interferirá na avaliação dos seus desempenhos;
- poderá ser interrompida a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você;

Esclarecemos ainda que:

- não haverá qualquer tipo de recompensa ou pagamento pela sua participação;
- todas as respostas serão tratadas de forma a manter o anonimato do respondente; e
- as respostas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa.

Qualquer dúvida sobre essa pesquisa, em qualquer momento, pode ser direcionada à coordenadora do projeto pelas vias abaixo indicadas.

Se você concordar em participar, solicitamos que siga as orientações contidas nos próximos impressos, na seqüência em que são apresentados, iniciando pela leitura e, caso esteja de acordo, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) em duas vias. Uma via do TCLE deve ficar com você, e a outra deve ser devolvida ao pesquisador. Veja a seguir como proceder.

Faz parte deste material um envelope. Se você concordar em participar do estudo, depois de preencher os formulários, solicitamos que os coloque dentro do envelope, que lacre o envelope e o entregue junto com a via assinada do TCLE à pessoa que ficou responsável por recebê-los e que lhe foi informada quando lhe entregamos este material. O TCLE ficará guardado separadamente dos formulários respondidos e por isso deve ser entregue fora do envelope lacrado que contém os formulários respondidos.

Se você não concordar em participar do estudo, pedimos que, se puder, devolva o pacote de formulários à mesma pessoa que lhe entregou, ou faça-o chegar às mãos dela. Esse procedimento permitirá que os formulários sejam reaproveitados.

Se necessitar de outras informações sobre esta solicitação, por favor, entrar em contato com a Profa. Dra. Diná Monteiro da Cruz pelo e-mail <mtmlf@usp.br> ou pelo telefone 11-3061-7504.

Atenciosamente, Profa. Dra. Diná Monteiro da Cruz

APÊNDICE 8 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome da Pesquisa: Implementação do Processo de Enfermagem: Características do Pessoal de Enfermagem dos Hospitais e Ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

As informações aqui descritas são para esclarecer sobre a participação voluntária em estudo que tem como finalidade descrever a situação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A parte do estudo a que se refere sua participação tem como objetivo descrever: a opinião de todo pessoal de enfermagem sobre a SAE, a percepção de si mesmos em meio às mudanças na área de trabalho, e a percepção da qualidade de vida no trabalho.

A participação no estudo se dará por meio de respostas a formulários, o que leva cerca de 30 minutos.

O participante não sofrerá risco ou desconforto moral, ético ou físico, podendo se negar a responder qualquer item da entrevista. Fica também garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Ao participante é garantido o sigilo do seu nome durante a realização do estudo e na divulgação de seus resultados. Não haverá benefícios diretos para o participante, como também não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.

Este termo é apresentado em duas vias; depois de assinadas, uma das vias ficará com o participante, que poderá obter informações, manter-se atualizado quanto ao andamento da pesquisa e esclarecer eventuais dúvidas entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo telefone (11)3061-7548 ou pelo e-mail edipesq@usp.br.

Eu, _____, recebi uma descrição da pesquisa, incluindo seu propósito e procedimentos. Estou ciente de que o objetivo do estudo é avaliar as atitudes de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem frente a sistematização da assistência de enfermagem e qualidade de vida no trabalho. Fui informado dos procedimentos de mim esperados, de que a minha participação é responder três questionários: um sobre minha opinião quanto a sistematização da assistência de enfermagem, outro sobre quatro aspectos da percepção sobre meu papel clínico e outro sobre minha percepção sobre a qualidade de vida no trabalho. Estou ciente de que nenhuma compensação será oferecida por essa participação e de que a minha assinatura, por livre e espontânea vontade, neste termo expressa minha concordância em participar do estudo. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em

qualquer fase que eu julgar necessário, o sigilo da minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui informado de que os resultados serão utilizados exclusivamente para os relatórios de divulgação da pesquisa.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Participante

Nome: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável

Nome: Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Endereço: Avenida Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

São Paulo, SP CEP 05403-000 Telefone: (11)3061-7504

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO 1 - Autorização CEP EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-900
Tel.: (011) 3061-7548/8856 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipev@usp.br

São Paulo, 22 de outubro de 2009.

Ilm.º Sr.º

Prof.º Dr.º Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Ref.: Processo nº 856/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “Processo de enfermagem nos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP), bem como os respectivos subprojetos:

- **Subprojeto 1:** Situação do processo de enfermagem nos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- **Subprojeto 2:** Implementação do processo de enfermagem: características do serviço e dos pacientes dos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- **Subprojeto 3:** Implementação do processo de enfermagem: características do pessoal de enfermagem dos hospitais e ambulatórios da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Analisado sob o aspecto ético-legal, atendem às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término dessas pesquisas, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat. Fernandes

Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO CSS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GABINETE DO COORDENADOR

Ofício GC nº 189/2009

São Paulo, 15 de Setembro de 2009

Assunto: Autorização para iniciação do Projeto de Pesquisa para Avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem nos Hospitais e Ambulatórios da SES.

Prezada Professora,

Acusamos o recebimento da correspondência datada de 08/09/2009, em que Vossa Senhoria solicita a autorização para iniciar a execução do Projeto de Pesquisa para Avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem nos Hospitais e Ambulatórios sob Administração direta da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Diante do exposto, autorizamos o prosseguimento do referido Projeto, cujos resultados contribuirão para o conhecimento sobre o processo de enfermagem, servindo também de elementos para orientar decisões pertinentes às políticas locais e centrais de organização do cuidado de enfermagem.

Na expectativa de termos atendido a solicitação em apreço, renovamos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Dr. RICARDO TARDELLI
Coordenador de Saúde

Ilustríssima Senhora
Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz
D.D. Profª. Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Escola de Enfermagem da USP

mtb