



João Paulo de Almeida Tavares **Avaliação do perfil de cuidado de enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal**



João Paulo de Almeida Tavares **Avaliação do perfil de cuidado de enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor do programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria – área de especialização em Geriatria, sob a orientação científica da Prof.^a Doutora Alcione Leite da Silva, Professora Associada Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Doutora Celeste de Oliveira Alves Coelho
Professora Catedrática do Departamento de Ambiente da Universidade de Aveiro

Doutora Alcione Leite da Silva
Professora Associada Convidada da Seção Autónoma da Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Doutora Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Doutora Maria de Lurdes Ferreira de Almeida
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo
Professor Auxiliar com Agregação, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Doutora Maria Amália de Sotto-Mayor da Silveira Botelho
Professora Auxiliar, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

agradecimentos

À Professora Doutora Alcione, pelo encorajamento, pela amizade e partilha de conhecimento ao longo destes anos.

Às Professoras Doutoras Capezuti e Boltz, pela preciosa ajuda, contribuição e colaboração neste estudo.

Ao Professor Doutor Pedro Sá-Couto, pela cooperação no tratamento estatístico dos dados.

Ao Professor Doutor Pedro Balaus, pela revisão da tese.

Aos/às enfermeiros/as, pela participação neste estudo.

palavras-chave

Pessoa idosa; hospitalização; cuidado de enfermagem geriátrico; avaliação do perfil geriátrico institucional; ambiente de cuidado geriátrico; ambiente de trabalho de enfermeiros/as; conhecimento e atitudes de enfermeiros/as

resumo

A transição demográfica e epidemiológica da população portuguesa tem e terá um enorme impacto na utilização dos recursos de saúde. Atualmente, as pessoas idosas representam um dos grupos etários com taxas de internamento hospitalar mais significativos. Contudo, os dados sobre a hospitalização destas pessoas têm demonstrado resultados de saúde negativos, nomeadamente, o declínio funcional e cognitivo e o risco elevado de eventos adversos. Os/as enfermeiros/as têm um papel crucial na mudança desta realidade. Deste modo, a associação entre o contexto no qual decorre o cuidado de enfermagem geriátrica e os resultados deste cuidado relativos a/os utentes, enfermeiros/as e organizações têm sido proficuamente documentados. Algumas estratégias para promover a qualidade do cuidado geriátrico e a segurança das pessoas idosas hospitalizadas consistem em avaliar e (re)criar o ambiente de trabalho geriátrico dos/as enfermeiros/as (AGTE) e capacitar e treinar estes/as profissionais no cuidado à pessoa idosa. Embora, internacionalmente, os dados demonstrem a associação entre as características de hospitais e/ou enfermeiros/as e o AGTE, não existem estudos em Portugal nesta área, bem como sobre o conhecimento e as atitudes destes profissionais no contexto hospitalar. Por conseguinte, este estudo teve como objetivos: 1) traduzir, adaptar culturalmente e validar as escalas que compõem o questionário *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) para a população portuguesa; 2) analisar o AGTE (fatores intrínsecos e extrínsecos) que apoiam ou dificultam a adoção das melhores práticas geriátricas em hospitais portugueses; 3) analisar as atitudes e conhecimento de enfermeiros/as acerca de quatro síndromes geriátricas (úlceras de pressão, distúrbio do sono, contenção física e incontinência), destacando as boas práticas e os problemas encontrados nos hospitais portugueses; 4) analisar a relação entre as variáveis demográficas, profissionais e as características dos hospitais e as escalas que compõem o GIAP – versão portuguesa;

5) conhecer as percepções de enfermeiros/as acerca do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e dos obstáculos enfrentados para desenvolver um cuidado de boa qualidade; e 6) analisar a relação entre a percepção de enfermeiros/as sobre o AGTE e o conhecimento e atitudes geriátricas destes profissionais em função da região e unidade de internamento. Este estudo foi desenvolvido com base num método quantitativo do tipo exploratório-descritivo, transversal, prospetivo e correlacional. A amostra foi constituída por 1.068 enfermeiros/as de cinco hospitais da região norte e centro do país. A recolha de dados foi desenvolvida através de autopreenchimento do GIAP – versão portuguesa. De entre os principais resultados destacam-se: 1) a obtenção de um instrumento válido e fiável para avaliar o AGTE e conhecimentos e atitudes geriátricas; 2) a percepção de enfermeiros/as sobre o cuidado às pessoas idosas como sendo predominantemente negativa; 3) a percepção de enfermeiros/as sobre o apoio insuficiente dos líderes hospitalares para promover um AGTE favorável; 4) o cuidado a pessoas idosas com comportamentos inadequados e o uso de recursos geriátricos como os principais fatores que influenciam a eficácia e a qualidade do cuidado geriátrico; 5) a lacuna de conhecimento e atitudes negativas de enfermeiros/as acerca das quatro síndromes geriátricas; 6) a conceptualização de um modelo sobre a associação das características de enfermeiros/as, dos hospitais do estudo e das percepções destes/as profissionais sobre o cuidado geriátrico com o AGTE e o conhecimento e atitudes geriátricos; 7) a falta de apoio familiar, a descontinuidade e a escassez de tempo para o cuidado como principais obstáculos no cuidado à pessoa idosa hospitalizada; e 8) o perfil de cuidado geriátrico nos hospitais da região norte e centro de Portugal como tendencialmente homogéneo. Os resultados deste estudo sustentam a necessidade de um maior investimento dos decisores políticos, administradores hospitalares e docentes de Enfermagem na capacitação dos/as enfermeiros/as para o cuidado geriátrico e na promoção de um AGTE mais favorável. Também oferece recomendações significativas nos domínios da decisão política, da gestão institucional e da prática profissional que devem ser alvo de uma discussão alargada entre os vários agentes com responsabilidade nestes domínios. Espera-se que este estudo possa contribuir para a promoção de um contexto favorável ao desenvolvimento de um cuidado de enfermagem geriátrica de boa qualidade às pessoas hospitalizadas.

keywords

Older adults, hospitalization; geriatric institutional assessment profile's; geriatric nursing care; geriatric nursing care; geriatric care environment; nursing practice environment; nurses' knowledge and attitudes; exploratory factor analysis.

abstract

The demographic and epidemiological transition of the Portuguese population has had and will have an enormous impact on its use of health resources. Currently, the older adults represent one of the most significant consumers in acute care settings. However, the evidence, which has been gathered about the older adults' hospitalization showed unfavorable outcomes, especially in terms of functional and cognitive decline and increased risk of adverse events. Therefore, the association between the context in which geriatric nursing care is provided and patient, nurse and organization outcomes have been fruitfully documented. Some strategies to promote the quality of geriatric nursing and the safety of hospitalized older adults consist of assessing and redesigning the geriatric nursing practice environment (GNPE) and the education and training of these professionals in geriatric care. Although a number of international studies demonstrate the relationship between the nurses and/or hospital characteristics and GNPE, in Portugal there are no studies in this field, or of the knowledge and attitudes of these professionals in the hospital setting. Therefore, this study aimed to: 1) translate, culturally adapt and validate the scales that comprise the Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) for the Portuguese population; 2) analyze the GNPE (intrinsic and extrinsic factors) that support or hinder the best geriatric nursing practice in Portuguese hospitals; 3) analyze the attitudes and knowledge of nurses in four geriatric syndromes (pressure ulcers, sleep disturbance, physical restraint and incontinence), highlight both the good practices and the problems encountered in Portuguese hospitals; 4) analyze the relationship between demographic, professional and hospital characteristics and scales that comprise the GIAP-Portuguese version; 5) understand the perceptions of nurses about the caring of the hospitalized older adults and the obstacles to provide a good quality of caring and 6) analyze the relationship between the GNPE and geriatric knowledge and the attitudes of those professionals according to region and unit type. This study was based on quantitative, exploratory-descriptive, cross-sectional, prospective and correlational methods. The sample comprised 1,068 nurses from five hospitals in the northern and central regions of the country.

The data collection was developed through a self-completed GIAP-Portuguese version. The main results are: 1) obtaining a reliable and valid instrument to assess GNPE and geriatric nursing knowledge and attitudes; 2) the nurses perception about caring older adults are predominantly negative; 3) the nurses' perception about the insufficient support of hospital leaders to promote a favorable GNPE; 4) the perception and burden of upsetting behavior in older patients and the use of geriatric resources, which are the main factors that influence the effectiveness and quality of geriatric care; 5) the knowledge gap and negative attitudes of nurses about the four geriatric syndromes; 6) the conceptualization of a model about the relationship between the nurses and hospital characteristics, the perception of these professional about geriatric care with the GNPE and geriatric nursing knowledge and attitudes; 7) the lack of family support, discontinuity of care and lack of time to caring for older adults as the main obstacles in caring hospitalized older adults; 8) the geriatric care profile care in hospitals in the northern and central regions of Portugal as tends homogeneous. The results of this study support the need for greater investment of policy-makers, hospital managers and nursing teachers in geriatric care education and training and in promoting a more favorable GNPE. It also offers significant recommendations in the fields of policy-making, institutional management and professional practice that should be the target of an extended discussion between the various agents with responsibility in these areas. It is expected that this study will contribute to promoting a favorable environment for the development of a geriatric nursing care with good quality for hospitalized older adults.

SIGLAS

ACE - Acute Care For the Elderly
ACG – Ambiente de cuidado Geriátrico
AFC – Análise Factorial Confirmatória
AFE - Análise Fatorial Exploratória
AGI – Área de Gestão Integrada
AGTE - Ambiente Geriátrico de Trabalho dos Enfermeiros
AIDS - Acquired Immunodeficiency Sndrome
ANA – American Nurses Association
ANCC – American Nurses Credentialing Center
ANOVA – One-Way Anaysis of Variance
APN – Advanced Practice Nurses
APGI - Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional
ATE – Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros
BPSD – Behavioral and Pshchological Sysmptoms of Dementia
CCU – Critical Care Units
CFA – Confirmatory Factor Analysis
CFI - Comparative Fit Index
DGH – Directorate-General for Health
DGS – Direção-Geral da Saúde
DP – Desvio-padrão
ED - Emergency Department.
EEUU – Estados Unidos
FCGRN - Family-Centered Geriatric Resource Nurse
EFA – Exploratory Factor Analysis
EPE – Entidade Pública Empresarial
ER – Emergency Room
EU – União Europeia
GCE - Geriatric Care Environment
GCES - Geriatric Care Environment Scale

GIAP – Geriatric Institucional Assessment Profile
GNPE - Geriatric Nurse Practice Environment
GNKA – Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes
GRN - Geriatric Resource Nurse
HELP - Hospital Elder Life Program
IBM - International Business Machines
ICN – Internacional Council of Nurses
ICU – Intensive Care Unit
INE – Instituto Nacional de Estatística
IR - Integrative Review
ISPOR -Internacional Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research
K – Number of Items
KMO - Kaiser-Mayer-Olkin
LS - Least Squares
M – Média
NCQI - Nursing Care Quality Initiative
NEW - Nursing Work Environment
NFI - Normed Fit Index
NICHE -Nurses Improving Care for Health System Elders
NNFI - Non-Normed Fit Index
NPE - Nursing Practice Environment
NSI – National Statistical Institute
NWI – Nursing Work Index
NWI – R - Nursing Work Index – Revised
NYU – New York University
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial da Saúde
PASW - Preditive Analytics Soft Ware
PEI - Practice Environment Index
PES - Practice Environment Scale
PI – Professional Issues
PI – Pessoa Idosa
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNWE - Perceived Nursing Work Environment Scale
PQGC - Perceived Quality of Geriatric Care

PRO - Process for Patient-Reported Outcomes

PU – Pressure Ulcers

Q-Q – Quantile-Quantile

RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation

RU – Restraint Use

SD – Sleep Disturbance

SD – Standard Deviation

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPCD – Sintomas psicológicos e comportamentais na demência

STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

SU – Serviço de Urgência

TMC - Transitional Model of Care

TWICE - Together We Improve Care for Elders

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UI – Urinary Incontinence

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	xxvii
ÍNDICE DE FIGURAS	xxix
INTRODUÇÃO	1
1. O imperativo demográfico	3
2. A doença crónica e a incapacidade	4
3. Envelhecimento populacional e cuidado de saúde	7
4. O impacto da hospitalização	9
5. O cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas	11
6. Ambiente de trabalho dos enfermeiros	14
6.1. Modelo conceptual de Aiken e colegas (1997).....	18
6.2. Adaptação do modelo conceptual de Aiken e colegas ao cuidado de enfermagem geriátrica na hospitalização.....	21
7. Delimitação do estudo	24
7.1. Capítulo I - Aprofundando o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem geriátrica e o instrumento do estudo	26
7.2. Capítulo II - Validação das escalas do GIAP e caracterização do AGTE e conhecimento e atitudes dos enfermeiros em Portugal.....	27
7.3. Capítulo III - Cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada: barreiras e comparação entre regiões (norte e centro).....	28
Referências bibliográfias	29

CAPÍTULO I

APROFUNDANDO O CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E O INSTRUMENTO DO ESTUDO

1. Cuidado de enfermagem geriátrica: Um projeto emergente	47
Introdução	48
1.1. A pessoa idosa e a hospitalização	49
1.2. Os reflexos do cuidado de Enfermagem Geriátrica	51
1.3. NICHE – Um projecto emergente.....	54
Considerações finais	59

Referências bibliográficas.....	60
2. The use of the geriatric institutional assessment profile: an integrative review.....	65
Introduction	66
2.1. Methods	67
2.1.1. Design.....	67
2.1.2. Database Search	68
2.1.3. Inclusion and exclusion criteria	68
2.1.4. Data analysis stage	70
2.2. Results.....	79
2.2.1. Description of the data	79
2.2.2. Themes of the study	80
2.2.2.1. GIAP quality metrics.....	80
2.2.2.2. Geriatric nursing care initiatives assessment.....	82
2.2.2.3. Geriatric nursing practice environment assessment	83
2.3. Discussion	85
Conclusion.....	88
References	89

CAPÍTULO II

VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DO GIAP E CARATERIZAÇÃO DO AGTE E CONHECIMENTO E ATITUDES DOS ENFERMEIROS EM PORTUGAL

3. Validation of geriatric care environment scale in portuguese nurses.....	95
Introduction	97
3.1. Methods	99
3.1.1. Data and sample	99
3.1.2. The survey.....	100
3.1.3. Statistical analysis	102
3.2. Results.....	103
3.2.1. Description of the study sample.....	103
3.2.2. The factor structure of the portuguese GCES	105
3.2.3. Analysis of the portuguese GCES scale and subscales.....	107
3.3. Discussion	111
References	115
4. Validation of the professional issues scales with portuguese nurses.....	119
Introduction	121
4.1. Methods	123

4.1.1. Sites/Sample	123
4.1.2. Instrument	124
4.1.3. Translation Procedures	125
4.1.4. Data Analysis	125
4.2. Results.....	126
4.2.1. Sites and Sample	126
4.2.2. Exploratory Factor Analyses.....	127
4.2.3. Analysis of the Portuguese PI Subscales Results.....	132
4.3. Discussion.....	136
4.3.1. Limitations	139
Conclusion.....	140
References	141
5. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults	147
Introduction	149
5.1. Methods	150
5.1.1. Sites and participants	150
5.1.2. Instrument	151
5.1.3. Data collection	152
5.1.4. Data analysis	152
5.2. Results.....	153
5.1.1. Sample description.....	153
5.1.2. Knowledge and attitudes of nurses toward pressure ulcers, incontinence, restrain use and sleep disturbance	154
5.1.2.1. Knowlegde.....	154
5.1.2.2. Association between demographic and professional data and Knowledge.....	156
5.2.2.3. Attitudes	158
5.2.2.4. Association between demographic and professional data and attitude ..	158
5.3. Discussion.....	161
5.3.1. Limitations and futher research.....	164
Conclusion and further research.....	165
References	166

CAPÍTULO III

CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: BARREIRAS E COMPARAÇÃO ENTRE REGIÕES (NORTE E CENTRO)

6. Obstáculos no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas:

perceções de enfermeiros	175
Introdução.....	176
6.1. Metodologia.....	179
6.1.1. Recolha de dados.....	179
6.1.1.1. Instrumentos de recolha de dados quantitativos.....	180
6.1.1.2. Instrumentos de recolha de dados qualitativos.....	180
6.1.2. Análise dos dados quantitativos	181
6.1.3. Análise dos dados qualitativos	181
6.1.4. Triangulação dos dados.....	181
6.1.5. Procedimentos éticos.....	181
6.2. Resultados	182
6.2.1. Caracterização da amostra.....	182
6.2.2. Resultados quantitativos	182
6.2.2.1. Perceções dos enfermeiros sobre o cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar	182
6.2.2.2. Obstáculos no cuidado à pessoa idosa.....	183
6.2.3. Resultados dos dados qualitativos.....	183
6.2.4. Triangulação.....	184
6.3. Discussão	185
6.3.1. Limitações	188
Conclusão	189
Referências bibliográficas	190
7. Cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada: estudo comparativo entre a região norte e centro de portugal	195
Introdução.....	198
7.1. Quadro teórico	198
7.2. Metodologia	200
7.2.1. Contexto e amostra.....	200
7.2.2. Instrumentos de recolha de dados	201
7.2.3. Análise dos dados.....	203
7.3. Resultados	204
7.3.1. Análise das escalas sobre conhecimento e atitudes geriátricos.....	205

7.3.2. Análise das escalas sobre ambiente de cuidados geriátricos.....	205
7.3.3. Análise das escalas sobre questões profissionais.....	206
7.4. Discussão	209
Conclusão	213
Referências bibliográficas	214
DISCUSSÃO GERAL	219
1. Validade e fidelidade do GIAP – versão portuguesa	220
1.1. Escala do Ambiente de Cuidado Geriátrico.....	221
1.2. Escala Questões Profissionais.....	222
1.3. Escala de conhecimento e atitudes geriátricos.....	223
2. Perfil de cuidado geriátrico – uma visão global.....	225
3. O cuidado de “enfermagem geriátrica” em hospitais portugueses – um modelo explicativo.....	239
4. Limitações e perspectivas de estudo.....	252
5. Recomendações	261
5.1. Decisão política.....	264
5.2. Gestão institucional.....	265
5.3. Prática profissional.....	269
Referências bibliográficas	273

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resenha histórica do projecto NICHE.....	54
Table 2. Inclusion and exclusion criteria to select and review the studies	68
Table 3. Summary of included studies.....	71
Table 4. Steps in translation and Cultural Adaptation	101
Table 5. Nurse demographics and professional characteristics	104
Table 6. Summary of exploratory factor analysis for the Portuguese Geriatric Care Environment Scale (N=1,068).....	105
Table 7. Portuguese Geriatric Care Environment Scale (GCES) subscales and total scores (N=1068)	108
Table 8. Distribution of hospital sites by region and type	123
Table 9. Nurse demographics and professional characteristics (N =1,068)	127
Table 10. Summary of Exploratory Factor Analysis for the Professional Issues Scales (N = 1,068).....	129
Table 11. Results of the Variance Analysis between the Portuguese Professional Issues Scales and the Selected Variables (N = 1,068).....	133
Table 12. Descriptive statistics of the correct responses in the knowledge and attitudes subscales score (N=1068).....	154
Table 13. Effects of the selected variables on the nurses' knowledge of the four geriatric syndromes: pressure ulcers (PU), sleep disturbance (SD), urinary incontinence (UI) and restraint use (RU). All scores are normalized, ranging from 0 (all answers are wrong) to 1 (all answers are correct).....	157
Table 14. Effects of the variables on the nurses' attitudes about care provided related to the four geriatric syndromes: pressure ulcers (PU), sleep disturbance (SD), urinary incontinence (UI) and restraint use (RU). All scores are normalized, ranging from 0 (all answers are wrong) to 1 (all answers are correct)	160
Tabela 15. Obstáculos percebidos por enfermeiros no cuidado à pessoa idosa	1844
Tabela 16. Escalas e subescalas da APCI: consistência interna.....	202
Tabela 17. Características demográficas e profissionais dos enfermeiros (N =1,068).....	204
Tabela 18. Comparação dos resultados médios de enfermeiros no norte e centro de Portugal.....	207
Tabela 19. Escalas utilizadas na avaliação de conhecimentos e/ou atitudes dos enfermeiros sobre: úlceras de pressão, incontinência urinária, restrição física da mobilidade e distúrbios do sono (elaborada pelo investigador JT).....	257

ÍNDICE DE FIGURAS

Figure. 1. The relationship between hospital organizational forms, geriatric nursing organization, and geriatric outcomes (Adapted from Aiken <i>et al.</i> , 1997).....	23
Figure 2. Flow of studies through the review	69
Figura 3. Relação entre as características dos enfermeiros, hospitais do estudo e percepções do cuidado, mecanismos operantes do cuidado de enfermagem geriátrica e resultados geriátricos (adaptado de Boltz <i>et al.</i> , 2008b).....	241

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico tem vindo a crescer de forma acentuada em todas as regiões do mundo (Population Reference Bureau, 2011). Este fenómeno tem e terá um enorme impacto na utilização dos recursos de saúde, considerando que as pessoas idosas hospitalizadas necessitam de mais cuidados de saúde comparativamente a outros grupos etários. Estas pessoas internadas por doença aguda apresentam, concomitantemente, mais comorbilidades; são mais propensas a desenvolver incapacidade e apresentam elevado risco de declínio funcional. Deste modo, as necessidades das pessoas idosas hospitalizadas são complexas o que requer enfermeiros com conhecimento e competências específicas para desenvolver um cuidado de boa qualidade (Graf, 2006; Lumby & Waters, 2005).

A literatura evidencia que a qualidade dos cuidados de saúde¹ também está diretamente associada ao ambiente de trabalho dos enfermeiros (ATE). Os estudos sobre o ambiente de trabalho iniciaram-se na década de 1980 e demonstraram a sua associação com os resultados de saúde. Com base nos dados decorrentes da investigação sobre o ATE, Aiken, Sochalski, e Lake (1997) propuseram um modelo conceptual que descreve a relação entre as características das organizações (ex: localização, tipo de hospital), o ATE e os resultados de saúde específicos (ex: melhoria da qualidade do cuidado). Contudo, os instrumentos utilizados para avaliar o ATE não consideravam a complexidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Por este facto, foi desenvolvido um instrumento de avaliação do ATE com mais sensibilidade e especificidade em relação ao ambiente geriátrico de trabalho dos enfermeiros (AGTE). Os estudos desenvolvidos com base no instrumento de avaliação do AGTE (*Geriatric Institutional Assessment Profile [GIAP]*) contribuíram para que Boltz *et al.* (2008a) adaptassem o modelo proposto por Aiken *et al.* (1997) às especificidades e particularidades do cuidado de enfermagem geriátrica em

¹ Pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno, Imperatori, & Corbella, 1990).

contexto hospitalar. O *Geriatric Institutional Assessment Profile* tem oferecido importantes contribuições para o cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas, principalmente nos Estados Unidos (EUA) e Canadá.

Em Portugal, o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem geriátrica ainda é incipiente, o que demanda grandes investimentos na área, considerando, principalmente, o envelhecimento populacional das últimas décadas. Diante do exposto, esta tese de doutoramento tem como foco a avaliação do perfil do cuidado de enfermagem geriátrica em hospitais portugueses, tendo como base o GIAP.

Esta introdução geral enquadra o modelo conceptual que analisa o ATE e a sua posterior adaptação ao cuidado de enfermagem geriátrica. Enuncia, ainda, a delimitação do estudo. Esta tese é composta por um conjunto de estudos, apresentados sob a forma de artigos científicos (publicados, submetidos a publicação e elaborados para posterior submissão). Em decorrência, esta introdução geral contextualiza teoricamente a interligação e evolução dos estudos realizados².

O enquadramento teórico desta tese centra-se primeiramente no imperativo demográfico e nas transições epidemiológicas da população idosa. Este envelhecimento populacional tem um enorme reflexo nos cuidados de saúde, pelo que, este enquadramento teórico foca-se no fenómeno da hospitalização e no seu impacto para as pessoas idosas. O cuidado a estes utentes no contexto hospitalar tem emergido na literatura como um desafio para a profissão e disciplina de Enfermagem para o século XXI (Capezuti *et al.*, 2012; Capezuti *et al.*, 2013). Neste sentido, a literatura vem destacando o papel primordial dos enfermeiros no cuidado de enfermagem geriátrica (Mezey, Capezuti, & Fulmer., 2004; Capezuti *et al.*, 2013). Deste modo, esta tese foca-se no AGTE. A sua conceptualização teve por base o modelo proposto por Aiken *et al.* (1997), posteriormente adaptado por Boltz *et al.* (2008a). O enquadramento proposto por Aiken *et al.* (1997) analisa a associação entre as características das organizações hospitalares, o ATE e os resultados de saúde para utentes, enfermeiros e organizações. Partindo deste modelo, Boltz e colegas (2008a) adequaram os seus pressupostos ao cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas. Por conseguinte, o enquadramento conceptual, quer na sua dimensão geral

² Considerando que os estudos foram elaborados para serem submetidos e publicados em diversas revistas científicas, o leitor verificará que os mesmos obedeceram as normas de publicações das referidas revistas às quais os artigos foram endereçados. Daí resultarem diferentes formas de referências bibliográficas ao longo da tese. Na introdução e discussão geral, as referências bibliográficas seguem as normas da Associação Americana de Psicologia (2010).

(com enfoque no ATE), quer específico ao cuidado geriátrico (com enfoque no AGTE) constitui o principal referencial teórico desta tese.

1. O IMPERATIVO DEMOGRÁFICO

O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos (Dias & Rodrigues, 2012). Esta transição é uma realidade inegável na maioria dos países. Segundo os dados apresentados no relatório do envelhecimento ativo, assiste-se a um contínuo processo de envelhecimento, mais pronunciado na Europa, América Latina e Caribe, Ásia e Oceânia (Eurostat, 2012). Entre os países reportados por este relatório, o Japão foi o que apresentou um maior número de pessoas idosas nas últimas décadas, passando de 11,9% para 22,7%. Embora com uma magnitude menos significativa, a União Europeia (EU)-27 (13,7%) e os EEUU (13,7%) também registaram uma proporção elevada de pessoas idosas nas respectivas populações.

Neste enquadramento global, Portugal é o sexto país com maior número de pessoas com 65 ou mais anos (Population Reference Bureau, 2011). Entre os países da EU-27, apresenta o quinto maior índice de envelhecimento. O envelhecimento da população portuguesa fica patente nos dados relativos ao seu índice, observando-se um aumento exponencial nas últimas 5 décadas (27,3 em 1960 e 127,8 em 2011) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Igualmente, o índice de dependência e de longevidade das pessoas idosa evidencia um aumento no período compreendido entre 1960 e 2011, ficando patente o fenómeno do duplo envelhecimento da população portuguesa. Os dados dos últimos censos são inequívocos no retrato demográfico do país, indicando que 15% da população jovem se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo de pessoas mais idosas, com 65 ou mais anos de idade (INE, 2012). O processo de envelhecimento demográfico português é referido por Dias e Rodrigues (2012) como um caso específico no contexto europeu, devendo-se, essencialmente, ao processo emigratório do contingente populacional jovem (décadas de 50 a 70) e menos por razões tributárias de mudanças culturais e de mentalidade, do papel da mulher ou da relação desta com o mercado de trabalho. Assim, o contexto português apresenta uma das mais rápidas alterações estruturais de toda a Europa. Este cenário demográfico, segundo as “Projeções

de População Residente em Portugal, 2008-2060”, irá acentuar-se nas próximas décadas, com a proporção de jovens (menos de 15 anos) reduzindo-se de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060 (Coelho, Magalhães, Peixoto, & Bravo, 2008). Em oposição, assistir-se-á a um aumento considerável do peso relativo da população idosa (passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060), sendo mais pronunciada nas pessoas com 80 ou mais anos (que poderá passar de 4,2% do total de efetivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060). Este cenário demográfico, que corresponderá a uma quase duplicação das pessoas idosas, reflete-se no aumento do índice de envelhecimento da população, sendo projetado para 2060 uma relação de 271 pessoas idosas por cada 100 jovens (Dias & Rodrigues, 2012). Este quadro de transição demográfica será acompanhado de uma transição epidemiológica, em especial com o aumento de pessoas idosas com doença crónica e incapacidades, o que se aborda de seguida.

2. A DOENÇA CRÓNICA E A INCAPACIDADE

O carácter intenso e duradouro do envelhecimento apresenta-se como uma característica estrutural da população portuguesa com repercussões em vários domínios da sociedade, favorecendo: i) o aumento das pessoas com doenças crónicas e comorbilidades, que se refletem na maior procura de cuidados de saúde, e ii) o aumento da incapacidade e dependência com carga variável para a família e para o Sistema de Saúde (ex: crescente procura de procedimentos de diagnóstico, terapêuticos, de reabilitação física e de saúde mental) (Escoval & Campos, 2010). Uma revisão sistemática da literatura destaca que a prevalência de multimorbilidades (definida como 2 ou mais doenças) rondou os 20-30% na população geral, aumentando significativamente quando incluídas só pessoas idosas (55-98%) (Marengoni *et al.*, 2011). Esta revisão reforça os dados que sugerem que as pessoas, em especial aquelas com 65 ou mais anos, com multimorbilidades, representam a norma e não a exceção (Barnett *et al.*, 2012; Salisbury, Johnson, Purdy, Valderas, & Montgomery, 2011).

O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, das quais se destacam as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças oncológicas e as doenças respiratórias crónicas (Busse, Blumel, Scheller-Kreinsen, & Zentner, 2010; Eurostat, 2012). Neste sentido, as doenças crónicas são uma das principais causas de morte e incapacidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde

(2008), em 2005, 60% das mortes em âmbito mundial foram provocadas por doenças crónicas e estima-se que, no ano de 2020, estas serão responsáveis por 78% do peso global das doenças nos países desenvolvidos.

Em Portugal, a hipertensão arterial e a diabetes, para além de doenças crónicas, são também importantes fatores de risco para outras doenças (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2013a) nomeadamente, as doenças circulatórias (32%), os tumores malignos (23%) e as doenças respiratórias (11,1%). Segundo Campos (2008), de acordo com referências internacionais, em cada 1000 pessoas idosas, 100 apresentavam multimorbilidades e dependência, e destes, 10% eram doentes terminais. No que concerne às demências, existiam 12 casos em cada 100 pessoas idosas. Uma análise sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal continental mostrou que 5,2 milhões de portugueses sofrem, pelo menos, de uma doença crónica, enquanto 2,6 milhões sofrem de duas ou mais, e cerca de 3% da população sofre de cinco ou mais doenças crónicas (Branco, Nogueira, & Contreiras, 2005).

As pessoas idosas vivem mais tempo, no entanto, estes anos serão acompanhados pela existência de múltiplas doenças crónicas que surgem associadas com incapacidade, declínio funcional, pior qualidade de vida e custos elevados para os sistemas de saúde (Broemeling, Watson, & Prebtani, 2008; Busse *et al.*, 2010; Marengoni *et al.*, 2011). Atendendo à complexidade inerente ao cuidado das pessoas com multimorbilidades, as estimativas apontam que são necessárias aproximadamente 11 horas por dia para implementar as melhores práticas baseadas nos dados relativamente à gestão de 10 problemas crónicos, sendo que esta estimativa não considerou o cuidado em situação aguda e outras alterações de saúde (Ostbye *et al.*, 2005). É ainda importante considerar que o modelo de cuidado no atual sistema de saúde português preserva uma organização de cuidado centrado na cura da doença aguda (derivando do modelo biomédico), o qual sustenta uma prestação de cuidados essencialmente episódica, fragmentária e reativa, tendo a cura como objetivo primário. Este modelo, historicamente enraizado nas práticas dos profissionais de saúde, tem-se revelado ineficaz e ineficiente no cuidado das pessoas com uma ou mais doenças crónicas. Deste modo, a literatura tem sido praticamente unânime ao apontar modelos de gestão da doença crónica³ (Krause, 2005; Ouwens, Wollersheim,

³ “Chronic disease prevention and management consists of a group of coherent interventions, designed to prevent or manage one or more chronic conditions using a community wide, systematic and structured multidisciplinary approach potentially employing multiple treatment modalities. The goal of chronic disease

Hermens, Hulscher, & Grol, 2005; Reuben, 2011) e o trabalho interdisciplinar (Callahan *et al.*, 2006; Resnick, 2013; Reuben *et al.*, 2013) como duas estratégias essenciais para se desenvolver um cuidado geriátrico de qualidade e com melhor custo benefício. O foco atual na gestão da doença crónica é considerado um desafio para compreender e descrever a “doença” no século XXI, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como um dos maiores desafios que os sistemas de saúde irão enfrentar.

A literatura é consensual ao afirmar que, com a idade avançada, algumas patologias perdem importância, enquanto outras vão aumentando a sua incidência e/ou prevalência na população idosa e, por consequência, repercutindo-se na maior procura de cuidados de saúde (Busse *et al.*, 2010; Eurostat, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2005, 2008). Os dados publicados sobre as despesas no sector da saúde, demonstraram que, para a generalidade dos sistemas de saúde, os custos imputáveis às doenças crónicas variaram entre os 50-80% das despesas globais da saúde, o que levanta sérios problemas de sustentabilidade financeira para a manutenção dos programas de cuidados para estas doenças (Singh, 2008).

Considerando as projeções demográficas, em especial entre as pessoas com 80 ou mais anos, e a evidência que sugere que estas pessoas têm maior probabilidade de apresentar multimorbilidades (Marengoni *et al.*, 2011), a procura de cuidados de saúde continuará a aumentar progressivamente nas próximas décadas. Adicionalmente, o estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa (Oliveira *et al.*, 2008) estimou a idade dos 70 anos como fronteira para o aparecimento de fatores de dependência funcional. Reportou, também, que uma maior tendência de resultados desfavoráveis concentrou-se consistentemente nas pessoas mais idosas, sem uma distribuição marcada por qualquer região de Portugal continental. Dados recentes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2013) vêm confirmar que em Portugal as pessoas com 75 e mais anos de idade são as mais dependentes em relação às suas atividades de vida diária, considerando o aspeto “muita limitação” como o mais evidente em Portugal. Reportou, ainda, o baixo nível de investimento nos cuidados às pessoas idosas, ocupando

prevention and management is to identify persons with one or more chronic conditions, to promote self-management by patients and to address the illness or conditions according to disease severity and patient needs and based on the best available evidence, maximizing clinical effectiveness and efficiency regardless of treatment setting(s) or typical reimbursement patterns. Routine process and outcome measurements should allow feedback to all those involved, as well as to adapt the programme” (Peytremann-Bridevaux & Burnand, 2009, p. 1).

Portugal o 25º lugar entre os países da OCDE. Outro facto surpreendente é que Portugal ocupa o pior lugar do *ranking* dos países da OCDE em número de cuidadores por cada 1000 pessoas com 65 e mais anos.

Em síntese, as multimorbilidades das pessoas idosas surgem associadas ao custo crescente dos sistemas de saúde, a uma maior dotação de profissionais e recursos de saúde, à necessidade de mudança de paradigma no cuidado destes utentes, a uma maior procura de cuidados de saúde (ex: serviço de urgência) e a períodos de internamento mais prolongados.

3. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E CUIDADO DE SAÚDE

As pessoas com 65 ou mais anos são as principais utilizadoras dos cuidados de saúde (Hall, DeFrances, Williams, Golosinskiy, & Schwartzman, 2010). Segundo Mezey (2012), estas pessoas representam 48% das pessoas internadas, 80% das pessoas em cuidados domiciliários e são as principais utilizadoras de cuidados de saúde no ambulatório. Na EU-27, a maior percentagem de consultas médicas é entre a população idosa e quase metade (48,2%) das pessoas com 65 ou mais anos visitou um médico pelo menos seis vezes em 2009 (Eurostat, 2012). O estudo sobre a utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa mostra que é entre o género feminino que se verifica maior representatividade (14% comparativamente com 12% para os homens), ainda que o seu número médio de consultas seja inferior (3,15 – mulheres; 4,07 – homens) (Quintal, Lourenço, & Ferreira, 2012).

No que concerne ao internamento hospitalar, há um crescente reconhecimento internacional de que as pessoas idosas hospitalizadas constituem o principal grupo etário (Buie *et al.*, 2010). As pessoas com 65 ou mais anos que são hospitalizadas apresentam taxas três vezes superiores a de grupos etários com idades inferiores (Landefeld, 2003). Também em âmbito internacional, os estudos referem que, aproximadamente, metade das pessoas internadas são idosas (DeFrances, Hall, & Podgornik, 2005; Hall *et al.*, 2010) e que de 2002 a 2027 haverá um aumento de 78% de internamentos hospitalares entre as pessoas com 65 ou mais anos (Boltz, Harrington, & Kluger, 2005). Importa ainda considerar que a demora média de internamento hospitalar das pessoas idosas é significativamente superior à de outros grupos etários, sendo de 5,6 dias comparativamente

com 5,1 dias no grupo dos 45-64 anos e 3,7 dias no grupo etário dos 14-44 anos (Hall *et al.*, 2010).

O relatório sobre o envelhecimento ativo refere o crescente número de internamentos hospitalares entre as pessoas idosas em todos dos países da EU-27 (Eurostat, 2012). Segundo o mesmo relatório, o número de hospitalizações geralmente aumenta em função da idade, pelo que, as pessoas com idades superiores a 80 anos são em média internadas mais do que uma vez por ano. Contudo, são os utentes com 80 ou mais anos que reportam níveis mais baixos de satisfação com o cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde que trabalham nos hospitais (Ganey Press, 2008).

Em Portugal, as pessoas idosas apresentam elevadas taxas de internamento comparativamente com outros grupos etários. Os valores da média do tempo de internamento são superiores nos grupos etários com menos de 1 ano e 65 ou mais anos, com 4,24 e 4,06 dias, respetivamente (DGS, 2013a). No entanto, nesta análise após remoção dos *day cases*⁴, o grupo das pessoas idosas apresentou valores superiores a todos os outros (média=9,8 e mediana=7 dias). Da análise por grupos etários e sexo, a demora média de internamento nos homens foi de 3,82±9,8 dias e nas mulheres 4,31±11,24 dias, sendo as mais elevada entre os sete grupos etários analisados. Por último, a percentagem de óbitos – taxa de letalidade, atingiu em 2011, em Portugal continental, o valor de 5,2%, sendo que o grupo etário dos 65 ou mais anos apresentou a percentagem mais elevada – 4,5 % (DGS, 2013a). Campos (2008), numa alusão ao impacto das pessoas idosas nos hospitais portugueses, refere que este grupo etário representa 3 em cada 10 altas, 5 em cada 10 reinternamentos, 53% dos internamentos de mais de 20 dias e 49,3% dos internamentos de mais de 30 dias. Segundo o autor, “*as respostas hoje existentes, pela insuficiência, indiferenciação e frágil articulação, estão longe de responder às necessidades das pessoas que se encontram em situação de perda de funcionalidade ou de dependência*” (p. 115).

Os estudos internacionais e nacionais fazem antever que um número crescente de pessoas idosas irá procurar os serviços de saúde. Desde modo, em Portugal os atuais dados demográficos, bem como as projeções para 2050, fazem prever um aumento significativo de pessoas idosas que irão necessitar de internamento hospitalar. Por este facto, na literatura tem emergido um significativo número de pesquisas sob o internamento

⁴ Doentes que permaneceram no internamento por período inferior a um dia, excluindo aqueles que tendo sido internados faleceram durante o primeiro dia de internamento.

hospitalar das pessoas idosas, sendo reportado por Mezey, Capezuti, e Fulmer (2004) como *o the core business of hospitals*.

4. O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO

O envelhecimento populacional, o número crescente de internamentos hospitalares de pessoa idosas, bem como a especificidade e complexidade do cuidado a estas pessoas durante o internamento, estão na base de inúmeras pesquisas que procuram analisar o impacto da hospitalização na sua funcionalidade e qualidade de vida. A literatura sobre o impacto da hospitalização demonstra que o período de internamento das pessoas idosas as colocam em maior risco de eventos adversos (Anpalahan & Gibson, 2008; Sager *et al.*, 1996), incluindo as síndromes geriátricas complexas, tais como quedas, incontinência, declínio funcional e *delirium*. Os estudos referem que estes eventos estão associados a um maior risco de mortalidade e resultados de saúde desfavoráveis (Anpalahan & Gibson, 2008; Corsinovi *et al.*, 2009; Creditor, 1993; Inouye, 2006; Inouye, Studenski, Tinetti, & Kuchel, 2007; Sager *et al.*, 1996).

As pesquisas sobre o impacto da hospitalização têm gravitado em torno das principais síndromes geriátricas. O declínio funcional é apontado em vários estudos como o evento adverso mais comum que decorre da hospitalização das pessoas idosas (Boyd, Xue, Guralnik, & Fried, 2005; Buurman *et al.*, 2012; Covinsky *et al.*, 2003; Hoogerduijn *et al.*, 2012; Hoogerduijn, Schuurmans, Duijnste, Rooij, & Grypdonck, 2007; Hoogerduijn, Schuurmans, Korevaar, Buurman, & De Rooij, 2010; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000), independentemente do declínio associado à doença aguda (Boyd *et al.*, 2005; Covinsky *et al.*, 2003). A problemática em torno do declínio funcional das pessoas idosas assume contornos mais preocupantes, pois este inicia-se no segundo dia de internamento (Brown, Redden, Flood, & Allman, 2009; Winkelman, 2009).

A hospitalização surge, ainda, associada a outros eventos, nomeadamente o *delirium* (Balas, Happ, Yang, Chelluri, & Richmond, 2009; Cole, Ciampi, Belzile, & Zhong, 2009; Kiely *et al.*, 2003; Siddiqi, House, & Holmes, 2006), em especial nos utentes com demência (Fick, Agostini, & Inouye, 2002; Fong *et al.*, 2012), problemas nutricionais (Covinsky, 2002; Sullivan, Bopp, & Roberson, 2002), as úlceras de pressão (Baumgarten *et al.*, 2006; Lindgren, Unosson, Fredrikson, & Ek, 2004; Rich, Shardell, Margolis, &

Baumgarten, 2009; Woodbury & Houghton, 2004) e declínio cognitivo (Ehlenbach *et al.*, 2010).

No sentido de sistematizar o impacto da hospitalização, Creditor (1993) alude à “cascata da dependência”, como um processo que conduz à incapacidade e que ocorre quando uma pessoa idosa, que apresenta alterações associadas ao envelhecimento primário e às multimorbilidades, é hospitalizada. Palmer, Counsell, e Landefeld (1998) desenvolveram um modelo conceptual para as pessoas idosas, que descreve a “síndrome de disfuncionalidade”⁵, que ocorre quando uma pessoa idosa com algum nível de funcionalidade é hospitalizada. Graf (2006) refere que a doença aguda, conjuntamente com o ambiente hospitalar (físico e práticas profissionais) e as multimorbilidades pode contribuir para o facto de a admissão hospitalar não resultar, necessariamente, na melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

Em Portugal, são escassos os estudos sobre o impacto da hospitalização nas pessoas idosas. Januário (2013), utilizando o instrumento de recolha de dados InterRAI – Cuidados Agudos⁶, concluiu que: no momento da admissão há alterações negativas (declínio funcional) em relação ao momento que antecedeu o evento agudo que levou à hospitalização, e que no momento da alta há alterações positivas em comparação com o momento da admissão. Cardoso (2012) utilizou o mesmo instrumento nos serviços de medicina, tendo verificado uma diferença estatisticamente significativa entre o estado funcional na pré-admissão, admissão e alta, com uma deterioração do estado funcional durante o período de internamento. O mesmo estudo refere que existe uma diferença significativa do estado cognitivo dos utentes entre a admissão e a alta, tendo verificado um declínio cognitivo no período de internamento.

Atualmente, o cuidado nos hospitais é caracterizado pela rápida identificação e tratamento dos problemas agudos. Adicionalmente, os profissionais de saúde enfrentam “novos” desafios na avaliação e gestão adequada do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, bem como na preparação para a alta devido a períodos de internamento cada vez mais curtos (Kleinpell, 2007). Deste modo, o cuidado hospitalar continua a ter um papel importante no sistema de cuidados às pessoas idosas. Para além disso, os enfermeiros

⁵ Tradução do autor “Syndrome of dysfunction”

⁶ O InterRAI ® – Cuidados agudos é um instrumento de avaliação proposto pela InterRAI, validada por Amaral (2012), monitoriza nos doentes as variáveis ‘capacidade para tomar decisões no dia-a-dia’, ‘comunicação e visão’, ‘comportamento e ânimo’, ‘estado funcional’, ‘continência urinária e fecal, condições de saúde’, ‘estado nutricional e oral’ e ‘estado da pele’.

desempenham um papel fulcral ao influenciarem os resultados de saúde e a experiência decorrente da hospitalização, ao desenvolverem e coordenarem um cuidado que procura promover a máxima independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas internadas.

5. O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

O reconhecimento internacional do fenómeno do envelhecimento populacional esteve na base da tomada de posição do *International Council of Nurses* (ICN, 2006) sobre o cuidado de enfermagem às pessoas idosas, em que alude para o “*greater number of older adults persons in need of a wide range of health care services, including health promotion, illness prevention, rehabilitation, acute/chronic care and palliative care. Moreover, older persons tend to be more vulnerable*” (p. 2). Mezey, uma das enfermeiras pioneiras no cuidado de enfermagem geriátrica, refere que “*it was an uphill battle to convince educators and practice leadership that geriatrics is the core business of the health care and that nurses need specific competence in geriatrics to assume their central role in providing high-quality care to older adults*” (Mezey, Capezuti, & Fulmer, 2004, p. 14). Deste modo, a literatura é consensual ao destacar o papel central dos enfermeiros nos resultados de saúde das pessoas idosas internadas, em especial na redução dos eventos adversos decorrentes da hospitalização. Estes eventos, na sua maioria, podem ser prevenidos por um cuidado de enfermagem de boa qualidade (Boltz, Capezuti, & Shabbat, 2011; Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk, & Secic, 2012; Brown *et al.*, 2009; Royal College of Nursing, 2009).

Os enfermeiros nos hospitais confrontam-se com um número crescente de pessoas idosas internadas que apresentam uma diminuição da reserva fisiológica, menor probabilidade de recuperação e um elevado risco para apresentarem complicações. Decorrente das alterações do envelhecimento primário, as pessoas idosas ficam mais vulneráveis ao desenvolvimento de uma doença, ao risco acrescido da cronicidade ou à ocorrência de um episódio agudo inesperado com contornos mais complexos quando comparado com grupos etários mais jovens. A realidade descrita requer dos enfermeiros um maior conhecimento sobre a especificidade e particularidade das pessoas idosas hospitalizadas, para que possam encontrar respostas mais eficazes, eficientes e humanizadas.

Kleinpell (2007) refere que durante a hospitalização, o foco principal de enfermeiros e outros profissionais é resolver o problema agudo, dedicando menos tempo para a avaliação dos riscos e prevenção de complicações. Alguns estudos enfatizam que os profissionais, em especial os enfermeiros, dedicam pouco tempo ao conhecimento da pessoa idosa, principalmente porque o ambiente de trabalho no qual decorre o cuidado prioriza a dimensão técnica em vez da construção de um relacionamento que permita avaliar e gerir o cuidado tendo em conta a pessoa idosa e o seu contexto familiar (Doherty-King & Bowers, 2013; Mallidou, Cummings, Schalm, & Estabrooks, 2013). Do mesmo modo, a revisão sistemática realizada por Liu, Norman, e While (2012) sobre as atitudes de enfermeiros em relação às pessoas idosas, concluiu que a educação e experiências clínicas positivas (preferência em trabalhar com pessoas idosas) estão associadas a atitudes mais favoráveis. Resultados similares são reportados por Costa (2006), que refere que o processo de produção das competências geriátricas de enfermeiros portugueses não se constrói unicamente a partir do enquadramento interprofissional (enfermeiros e seus percursos de formação). Este processo constrói-se pelas interações que ocorrem e se estabelecem no universo do contexto profissional e de outros universos socioculturais, dos quais se destacam os percursos biográficos e os utilizadores de cuidados (Costa, 2006). Finalmente, o estudo realizado por Dewar e Nolan (2013) relevou que os líderes de enfermagem que priorizavam a promoção de uma relação terapêutica entre enfermeiro-pessoa idosa desenvolviam um cuidado centrado na relação e compaixão.

Um modelo relacional para o desenvolvimento do cuidado às pessoas idosas foi desenvolvido por Nolan, Brown, Davies, Nolan, e Keady (2006). Neste modelo, o ambiente de cuidado é enfatizado, dado que num ótimo ambiente de trabalho todos os intervenientes experienciam um senso de: segurança, pertença, continuidade, propósito, realização e significado⁷. Capezuti e Hamers (2013, p. 2) afirmam que “*it is the nurse’s perception of her own role that helps drive her ability and commitment to care provision that is directed by the individual’s values, preferences, traditions, and strengths of older persons and their families*”.

⁷ Na versão original: *Security – to feel safe; Belonging – to feel part of things; Continuity – to experience links and connection; Purpose – to have a goal(s) to aspire to; Achievement – to make progress towards these goals; Significance – to feel that you matter as a person (Nolan, Brown, Davies, Nolan, & Keady, 2006).*

Os enfermeiros têm um papel indispensável e central na prevenção de complicações decorrentes do internamento hospitalar e no desenvolvimento de um cuidado de boa qualidade, especialmente porque, de entre todos os profissionais de saúde, são estes que dedicam mais horas de cuidado junto dos utentes (Chang, Chenoweth, & Hancock, 2003). As evidências científicas também apontam que os profissionais com formação em geriatria ou especialistas nesta área proporcionam melhores cuidados às pessoas idosas (LaMascus, Bernard, Barry, Salerno, & Weiss, 2005). Em Portugal, os enfermeiros são o grupo profissional mais representativo nos hospitais (DGS, 2011), sendo que mais de metade deles exercem funções em unidades hospitalares (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Apesar da maioria do cuidado de enfermagem centrar-se nas pessoas idosas, este cuidado tem sido reportado na literatura como “*cinderella service*” (Reed e Clarke, 1999). Esta expressão surgiu devido à impopularidade e ao menor *status* dos profissionais que atuam no cuidado à pessoa idosa (Reed e Clarke, 1999). Como consequência, tem emergido uma preocupação crescente, quer internacional (Mezey *et al.*, 2004; Mezey & Fulmer, 2002; Reed & Clarke, 1999) quer nacional (Ermida, 1999), com a falta de enfermeiros especializados e/ou com perícia no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Dados publicados nos EEUU reportam que, dos 2.5 milhões de enfermeiros, menos de 1% são certificados em geriatria (Mezey, Bolty, Esterson, & Mitty, 2005). Em Portugal, só recentemente começou a existir formação pós-graduada neste domínio, embora a especialização em geriatria ainda não exista. Conforme Ermida (2012, p. 10), “*como sucedia já há vários anos, continuamos [Portugal] no estádio paliogeriátrico, do qual tardamos em sair*”.

A falta de competências geriátricas entre enfermeiros surge associada a um maior risco de eventos adversos (complicações) e piores resultados de saúde para os utentes (Beeckman, Defloor, Schoonhoven, & Vanderwee, 2011; Chang *et al.*, 2003). Um dos aspetos que parece contribuir para a pouca capacitação no cuidado geriátrico é a falta de conteúdo na área da Enfermagem Geriátrica tanto nos currículos académicos como na formação contínua dos enfermeiros (Baumbusch & Andrusyszyn, 2002; Berman *et al.*, 2005; Deschodt, de Casterlé, & Milisen, 2010; Gilje, Lacey, & Moore, 2007; Kovner, Mezey, & Harrington, 2002; McCleary, McGilton, Boscart, & Oudshoorn, 2009). Deste modo, esta lacuna tende a contribuir para a falta de capacitação destes profissionais na

área, não qualificando-os para compreender devidamente as necessidades únicas, complexas e específicas que as pessoas idosas podem experimentar durante o internamento.

A par da formação dos enfermeiros, outros fatores influenciam a qualidade do cuidado de enfermagem geriátrica, nomeadamente o número insuficiente de enfermeiros para cuidar das pessoas idosas (Regenstreif, Brittis, Fagin, & Rieder, 2003). A OECD (2011) reporta que a falta destes profissionais em muitos países é uma fonte de preocupação que se adensa com a necessidade crescente de cuidados de enfermagem para responder às alterações demográficas das últimas décadas. Por último, o ATE com enfoque geriátrico é considerado um dos factores que mais afeta a qualidade do cuidado às pessoas idosas (McKenzie, Balndford, Menec, Boltz, & Capezuti, 2011). O *Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans* (2008, p. 130) destaca que “*poorly designed systems and models of care – the structures and processes of organizations that create the nurse work environment – contribute to undesirable outcomes for hospitalized older adults*”. Deste modo, Resnick *et al.* (2011) enfatizam que o foco do cuidado às pessoas idosas não deve centrar-se unicamente nas mudanças individuais dos profissionais, sem considerar um ambiente de trabalho favorável, políticas institucionais, inovação (sugestões de mudança), ou um sistema no qual estratégias inovadoras de cuidado possam ocorrer.

6. AMBIENTE DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

O ATE é um constructo complexo e multidimensional (Carayon *et al.*, 2006; Lake, 2002), sendo amplamente discutido e investigado na disciplina de Enfermagem. O ATE é definido como: “*the organizational characteristics of a work setting that facilitate or constrain professional nursing practice*” (Lake, 2002, p. 178). Um dos modelos pioneiros na compreensão e articulação do ambiente de trabalho os enfermeiros e a qualidade do cuidado foi desenvolvido e testado por Aiken *et al.* (1997) com o objetivo de investigar a relação entre os modelos e atributos da organização hospitalar, e os resultados do cuidado para utentes, enfermeiros e organização.

Para melhor compreender o modelo proposto tem-se de recuar ao início da década de 1980. Neste período, nos EEUU, iniciou-se a pesquisa sobre os fatores que impediam ou facilitavam a prática profissional dos enfermeiros nos hospitais. Nesta época, assistiu-se a uma carência generalizada de enfermeiros, na maioria dos hospitais, com exceção de

alguns que foram considerados excepcionais, pois apresentavam taxas invulgarmente baixas de vagas e rotatividade (ICN, 2007). Os enfermeiros nestas instituições reportavam ambiente de trabalho atraentes e que estas organizações eram boas empregadoras. O sucesso apresentado por estes hospitais levou a *American Nurses Association* (ANA) e o *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) a desenvolver um estudo para identificar quais as características específicas destes hospitais, passando estes a designar-se de “hospitais-íman”⁸ (*Magnet hospitals*) (McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 1983). Este estudo incluiu 41 instituições que foram reconhecidas como bons locais de trabalho para enfermeiros e com evidência de baixa rotatividade entre estes profissionais. Permiteu identificar 14 características dos hospitais-íman agrupadas em três categorias: administração, prática profissional e desenvolvimento profissional. Em 2005, estas características foram revistas e passaram a designar-se por “força de magnetismo” (*forces of magnetism*), que compreendem: *quality of nursing leadership; organizational structure; management style; personnel policies & programs; professional models of care; quality of care; quality improvement; consultation & resources; autonomy; community & health care organization; nurses as teachers; image of nursing; interdisciplinary relationships; professional development* (ANCC, 2013).

O estudo sobre os “hospitais-íman” levou a que no início da década de 1990 a ANA iniciasse um projeto piloto “*magnet research*” para desenvolver um programa baseado nas forças de magnetismo (Lundmark, 2008). Este projeto tinha como objetivo identificar e reconhecer os “hospitais-íman” no âmbito nacional. No entanto, para as instituições poderem ser certificadas e obterem a designação de “hospitais-íman” (*Magnet Recognition*) tinham que demonstrar que o ATE apoiava os enfermeiros no desenvolvimento de um cuidado de boa qualidade, proporcionava oportunidades de desenvolvimento profissional e possibilitava a participação destes profissionais nas políticas do hospital. Segundo Lundmark (2008), a escala mais utilizada para avaliar as características dos “hospitais-íman” foi a *Nursing Work Index* (NWI) (Kramer & Hafner, 1989). O desenvolvimento desta escala teve por base as características identificadas no estudo de 1983 sobre os hospitais-íman, incluindo 4 variáveis: *work values related to staff nurse job satisfaction, work values related to perceived productivity, staff nurse job*

⁸ Este termo é frequentemente utilizado para designar unidades capazes de atrair e reter como funcionários enfermeiros com boas qualificações e prestar cuidados de enfermagem de forma consistente.

satisfaction, and perceived productivity (the perception of an environment conducive to quality nursing care). Posteriormente, Aiken e Patrician (2000) adaptaram esta escala para medir as características do ambiente de trabalho que apoiasse a prática profissional do enfermeiro, tendo desenvolvido o NWI-Revised (NWI-R). Esta escala é constituída por quatro subescalas: autonomia, controlo, relação entre os médicos e os enfermeiros e suporte organizacional.

Posteriormente, outros instrumentos foram desenvolvidos para avaliar as características do ATE, tendo por base itens da escala NWI ou da NWI-R. De entre os instrumentos disponíveis na literatura internacional, destacam-se: *the Practice Environment Scale of the NWI* (PES-NWI) (Lake, 2002), *the Practice Environment Index* (PEI) (Estabrooks et al., 2002), *Perceived Nursing Work Environment Scale* (PNWE) (Choi, Bakken, Larson, Du, & Stone, 2004) e *RN work project scales* (RN Work Project, 2011). Os estudos realizados com estes instrumentos contribuíram para um conhecimento mais rigoroso sobre a relação entre o ATE e os resultados de saúde e a qualidade do cuidado de enfermagem (Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, 2004; ICN, 2007; National Quality From, 2012). Deste modo, estas pesquisas contribuíram, de forma significativa, para o estudo da prática profissional dos enfermeiros⁹. De entre estas escalas, o PES-NWI é a mais utilizada na investigação do ATE e a única recomendada por várias organizações dos EEUU para avaliar o ambiente das práticas de trabalho em enfermagem (National Quality From, 2012). A *Joint Comission* (2009) inclui os resultados obtidos através da PES-NWI como indicadores para a acreditação dos hospitais. Reconhecendo a importância do ATE, o ICN (2007, P. 1) pediu a criação de ambientes favoráveis à prática de cuidados de enfermagem de qualidade que “[...] *support excelente, attract and retain nurses, and positively affect both patient outcomes and nurse satisfaction*”. Warshawsky e Havens (2011), num estudo de revisão sobre o uso da PES-NWI em âmbito mundial, identificou 37 artigos publicados entre 2002-2010, tendo concluído que a maioria das pesquisas reportaram associações significativas entre os *scores* da PES-NWI e os resultados do cuidado para utentes, enfermeiros e organizações.

⁹ A prática profissional dos enfermeiros é definida como um sistema formado por estrutura, processos e valores que o apoiam no controlo sobre o cuidado aos utentes e sobre o ambiente no qual esse cuidado é oferecido (Aiken e Patrician, 2000).

De entre os estudos sobre o ATE, em grande parte impulsionada pelas investigações sobre os hospitais-íman nas décadas de 1980 e 1990, destacam-se alguns estudos desenvolvidos por Aiken e colegas (Aiken, Lake, Sochalski, J., & Sloane, 1997; Aiken & Sloane, 1997a, 1997b; Aiken, Sloane, & Lake, 1997; Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, & Weber, 1999; Aiken, Smith, & Lake, 1994). Um dele versou sobre a mortalidade no sistema *Medicare* (Aiken *et al.*, 1994), que demonstrou que as características dos hospitais-íman estavam associadas a uma menor taxa de mortalidade. Outros estudos analisaram como algumas modificações, decorrentes da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (VIH), na organização do cuidado de enfermagem nos hospitais, afetavam os resultados do cuidado para utentes e enfermeiros (Aiken, Lake, Sochalski, J., & Sloane, 1997; Aiken & Sloane, 1997a, 1997b; Aiken, Sloane, & Lake, 1997; Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, & Weber, 1999). Deste modo, alguns hospitais com elevado número de internamentos de utentes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) iniciaram um processo de (re)organização dos serviços de medicina interna, com o objetivo de criar unidades especializadas no cuidado a estes utentes¹⁰. Entre os hospitais que participaram no estudo, três apresentavam as forças de magnetismo (hospitais-íman), pelo que as investigadoras foram capazes de discernir que muitos dos bons resultados de saúde obtidos nos serviços especializados no cuidado a utentes com SIDA poderiam ser atribuídos às mudanças na organização. As características dos hospitais-íman (medida pelas subescalas NWI-R) apresentaram associações significativas com os resultados do cuidado para utentes (maior satisfação dos utentes e índices mais baixos de mortalidade 30 dias após a admissão) e enfermeiros (maior segurança do cuidado de enfermagem, menores níveis de *burnout*).

Guiadas pelos resultados dos seus estudos, bem como pelas teorias da sociologia das organizações, Aiken *et al.* (1997) propõem um modelo conceptual (*Conceptual framework of the relationship between hospital organization forms, operant mechanisms, and outcomes*) que se centra no princípio de que o cuidado de enfermagem e as suas

¹⁰ Na década de 1980, o estigma associado ao tratamento de pessoas com SIDA dificultada a retenção dos enfermeiros nos serviços de saúde (medicina interna) que apresentavam elevadas taxas de internamento de pessoas infetadas com o vírus da SIDA. Segundo Aiken *et al.*, (1997, p. 14), “*the dedicated AIDS units appeared from the outset to have characteristics not typical of general medicine that could be expected to affect their attractiveness to nurses and patients and potentially to affect the quality of and outcomes care*”. Estas unidades caracterizavam-se por: uma inusual autonomia profissional, uma maior igualdade entre os profissionais com enfermeiros a assumirem uma grande responsabilidade na tomada de decisão e planeamento do cuidado e o trabalho interdisciplinar.

práticas profissionais são moldados pelo contexto organizacional no qual desenvolvem o seu cuidado. Entre as teorias sociológicas, a teoria de contingência (Lawrence & Lorsch, 1967) e a teoria da interdependência organizacional (M. Aiken & Hage, 1968) foram aquelas que mais orientaram as autoras no desenvolvimento do seu modelo conceptual. A primeira emergiu nos anos de 1960 tendo por base os estudos que investigaram como uma mesma instituição funcionava de diferentes modos em distintas condições. Nesta teoria, o comportamento das organizações depende das variáveis situacionais a que estão sujeitas. Assim, de acordo com as suas características (por ex.: motivação, dimensões, fatores tecnológicos), as organizações têm que encontrar a forma ideal de gestão (Frederico & Leitão, 1999). Segundo a abordagem contingencial, a organização é: 1) um sistema que depende do meio onde está inserido e dos subsistemas que a compõem; 2) um sistema aberto, a sua estrutura depende de variáveis situacionais que caracterizam a organização e não existe uma forma ótima de fazer para todas as organizações (Frederico & Leitão, 1999).

A teoria da interdependência organizacional conceptualizada por M. Aiken e Hage (1968) visa estabelecer um padrão considerado rotineiro e ideal para as organizações. Esta teoria reconhece que os atributos organizacionais, bem como as medidas de apoio organizacional necessárias para a prática profissional podem refletir-se nos resultados das organizações. Os autores propuseram que a adesão/coesão (*membership*) entre os profissionais de uma determinada profissão, como é o caso da enfermagem, origina um processo de interdependência organizacional que conduz a uma partilha de identidade, de um objetivo comum e de uma visão do ambiente organizacional.

Para uma maior compreensão do modelo de Aiken e colegas, apresenta-se uma síntese da sua base teórica.

6.1. Modelo conceptual de Aiken e colegas (1997)

A base teórica do modelo proposto por Aiken *et al.* (1997) assenta-se na relação entre os modelos de gestão organizacional dos hospitais, o ATE e os resultados de saúde para os utentes e enfermeiros. Segundo as autoras, esta relação raramente é abordada e testada de modo explícito e científico. A literatura sobre as organizações dos serviços de saúde e as variações nos resultados de saúde de utentes foi analisada de forma separada na

maioria dos estudos. Até meados de 1990, a investigação produzida deu pouca atenção à relação entre os atributos organizacionais e os resultados de saúde.

Para testar cientificamente o seu modelo, Aiken e colegas (1997) identificaram hospitais com ambientes favoráveis à prática de enfermagem (hospitais-íman) e hospitais com uma abordagem convencional no tratamento de utentes com SIDA, comparativamente a outras organizações que criaram serviços especializados no tratamento destes utentes. Os resultados destes estudos levaram as autoras a olhar para dentro da “caixa negra¹¹” com o objetivo de determinar quais os mecanismos intervenientes que possibilitavam a obtenção de resultados mais favoráveis nos hospitais-íman e com unidades especializadas.

Do olhar sobre esta “caixa negra” as autoras reportaram que os atributos organizacionais do ATE são “mecanismos operantes” que influenciam os resultados de saúde. Para identificar estes mecanismos operantes, as autoras utilizaram a versão original da NWI em ambos os seus estudos. Através das respostas de enfermeiros, identificaram que a autonomia destes profissionais, o controlo, a relação entre eles e médicos e o suporte organizacional¹² eram os mecanismos operantes que mais se evidenciavam e se associavam com os resultados dos utentes. Deste modo, analisaram como a organização dos hospitais afetava os resultados de saúde dos utentes através de dois modelos de organização diferentes, mas com os mesmos mecanismos operantes: 1) serviços especializados no tratamento de utentes com SIDA e 2) hospitais-íman. Os resultados alcançados demonstraram relações estatisticamente significativas entre as unidades especializadas no tratamento a utentes com SIDA e as organizações sem estas unidades e entre os hospitais-íman e hospitais sem as forças de magnetismo (*non-magnet hospitals*). Os dados destes estudos levou as autoras a concluir que:

“that outcomes of AIDS care are better in both dedicated units and magnet hospitals as compared with the conventionally organized units in non-magnet hospitals [...] and nurses in both models have more autonomy and control and better relations with the physicians” (Aiken et al., 1997, p. 14).

¹¹ Black box - Expressão utilizadas pelas autoras.

¹² Autonomia e controlo representam a liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade do cuidado de enfermagem. A relação entre médicos e enfermeiros envolve o respeito profissional para a construção de uma comunicação efetiva no alcance de um objetivo comum no que se refere ao cuidado da pessoa. O suporte organizacional (deriva dos atributos anteriores) está relacionado com as situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional.

A compreensão dos mecanismos operantes foi determinante para as autoras conceptualizarem o seu modelo, o qual estabelece as relações entre as características organizacionais (ex: tipo de hospital, hospitais-íman), o ATE (mecanismo operante) (ex: ambiente das práticas de enfermagem), e a eficácia organizacional e os resultados de saúde (ex: qualidade do cuidado, *burnout*, satisfação) (Aiken *et al.*, 1997). As autoras defenderam que as características e atributos organizacionais afetavam o ambiente da prática de enfermagem, e que as condições que alicerçavam este ambiente tinham um impacto no cuidado desenvolvido pelos enfermeiros, que se traduz em resultados de saúde favoráveis para utentes, enfermeiros e organizações (Aiken, *et al.* 1997; Kim, Capezuti, Boltz, & Fairchild., 2009).

Tendo por base este modelo, inúmeros estudos têm sido realizados e diferentes instrumentos têm emergido para maior otimização da sensibilidade e especificidade na avaliação do ATE. Independentemente do instrumento utilizado, os dados demonstram uma associação significativa entre o ATE e os resultados de saúde para utentes, enfermeiros e organizações (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Bacon, Hughes, & Mark, 2009; Bacon & Mark, 2009; Baernholdt & Mark, 2009; Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008; Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg, & Latham, 2007; Harless & Mark, 2010; Kirwan, Matthews, & Scott, 2013; Kovner *et al.*, 2007; Mark, Salyer, & Wan, 2003; McHugh *et al.*, 2013).

Kazanjian, Green, Wong, e Reid (2005) reportaram na sua revisão sistemática da literatura uma associação entre o ATE desfavorável e uma maior taxa de mortalidade, em 19 dos 27 estudos analisados. Estes resultados reforçam que os atributos sociais e o ambiente da prática de enfermagem hospitalar têm um efeito nos resultados de saúde dos utentes. Um dos fatores que mais surge associado ao ATE desfavorável é o ratio enfermeiro-utente (nurse staffing). O estudo de Meyer, Wang, Li, Thomson, e O'Brien-Pallas (2009, p. 399) demonstrou que “*patient outcomes are influenced not only by patient and nurse characteristics, but also by organizational staffing practices*”. Resultados similares são referidos por Diya, Lesaffre, Van den Heede, Sermeus, e Vleugels (2010), que identificaram que ratios enfermeiro-utente mais baixos estavam associados a uma maior mortalidade em utentes submetidos a cirurgia cardíaca eletiva. As revisões sistemáticas realizadas por Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, e Wilt (2007) e Lankshear,

Sheldon, e Maynard (2005) reportaram uma forte associação entre melhores ratio enfermeiro-utente e profissionais com maior nível de competências (em especial os enfermeiros) e o menor número de eventos adversos e taxas de mortalidade mais baixas. Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky, e Mattke (2006) observaram que os hospitais devem considerar não só o "business case" associado aos custos com os recursos humanos, mas também o "social case" através da contratação e reconhecimento dos enfermeiros como profissionais essenciais na promoção da qualidade do cuidado, com o objetivo de reduzir a mortalidade, o tempo de internamento e os resultados adversos.

Recentemente, o estudo realizado em 12 países europeus, que incluiu 33.659 enfermeiros e 11.310 utentes concluiu que "hospital care quality deficits were common in all countries. Improving hospital work environment may be a relatively low cost lever to produce safer and higher quality hospital care and higher patient satisfaction" (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013, p. 143). Adicionalmente, vários estudos quantitativos analisaram a relação entre o ATE e a perceção de enfermeiros sobre a qualidade do cuidado (Aiken *et al.*, 2002; Djukic, Kovner, Brewer, Fatehi, & Cline, 2013; Gurses, Carayon, & Wall, 2009; Kim *et al.*, 2009; Patrician, Shang, & Lake, 2010; Rochefort & Clarke, 2010; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans, & Van de Heyning, 2010; Van Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Van de Heyning, 2009; Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen, & Van de Heyning, 2009), tendo demonstrado que ATE mais favoráveis estão associados a perceções mais positivas em relação à qualidade do cuidado.

6.2. Adaptação do modelo conceptual de Aiken e colegas ao cuidado de enfermagem geriátrica na hospitalização

A literatura sobre o ATE é extensa e inequívoca quanto à sua importância para compreender o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. Contudo, os instrumentos utilizados para avaliar "estes mecanismos operantes" centram-se em aspetos gerais, pelo que se torna importante incluir conceptualizações específicas para aspetos concretos do cuidado, como por exemplo, o cuidado geriátrico. Reorganizar o ATE nos hospitais é uma das recomendações do relatório do *Institute of Medicine* dos EEUU para melhorar a qualidade do cuidado das pessoas idosas (*Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans*, 2008). Uma das estratégias referidas por este relatório é a criação e

implementação de modelos de cuidado de enfermagem que respondam de forma adequada às necessidades das pessoas idosas hospitalizadas – os principais utilizadores dos serviços de saúde hospitalares. A revisão sistemática da literatura sobre a adoção de modelos de cuidado geriátrico nos hospitais revelou que estes têm um impacto positivo na qualidade do cuidado às pessoas idosas, bem como melhores resultados de saúde para os utentes (Steele, 2010). Neste sentido, na última década, em especial nos EEUU, surgiu um interesse crescente pelo ATE, mas com enfoque na complexidade e especificidade do cuidado geriátrico. Adicionalmente, como é reportado em outros estudos, a avaliação do ATE (na sua conceção geral), em serviços que se dedicam a grupos populacionais específicos (ex: SIDA/HIV, cuidados intensivos, oncologia), pode não captar as dimensões específicas que influenciam a prática dos enfermeiros (Aiken *et al.*, 1999; Friese *et al.*, 2008).

Considerando que a maioria dos estudos tinha pouca especificidade em relação aos resultados de saúde das pessoas idosas, Boltz *et al.* (2008a) adotaram o modelo de Aiken *et al.* (1997) para o cuidado de enfermagem geriátrica em serviços hospitalares (figura 1). Neste estudo:

“the operant mechanisms are the dimensions of the geriatric nurse practice environment: leadership values surrounding care of older adults and the nurse caring for them, access to geriatric-specific resources, and capacity for interdisciplinary collaboration. This adapted model is specific to the nursing care of hospitalized older adults, and shows the linkage of hospital forms (the NICHE model and hospital structural characteristics) to the organization of geriatric nursing within the hospital that in turn influences geriatric outcomes” (Boltz *et al.*, 2008a, p. 283).

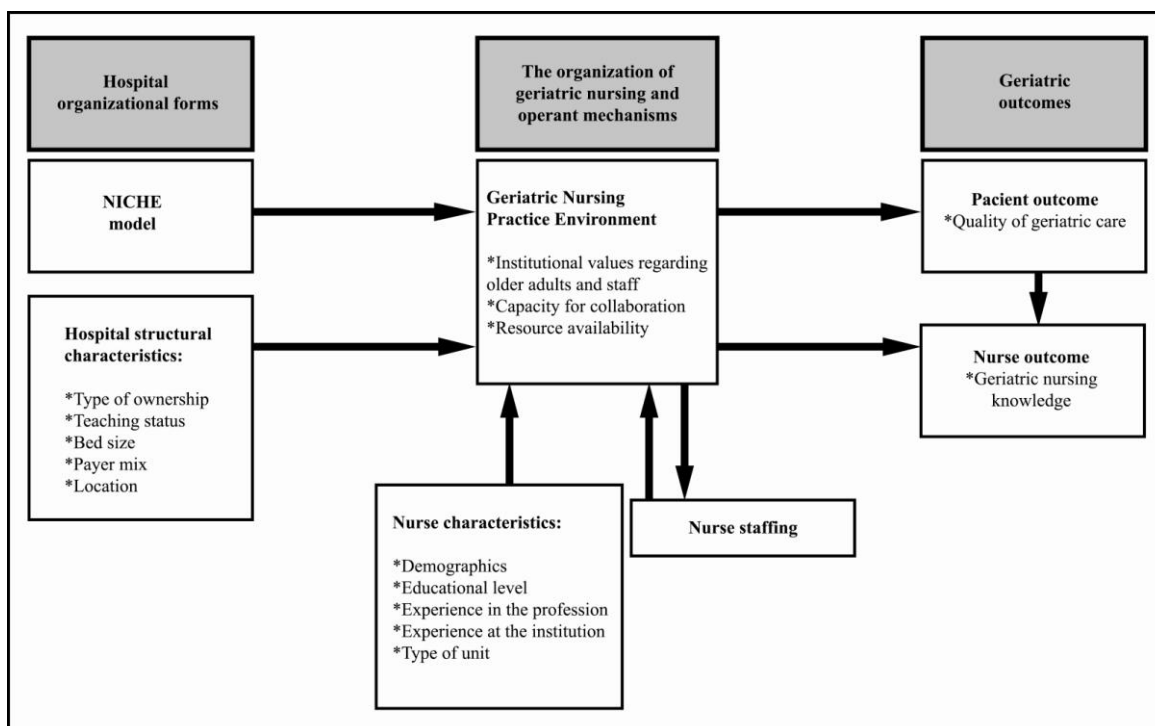


Fig. 1. The relationship between hospital organizational forms, geriatric nursing organization, and geriatric outcomes (Adapted from Aiken *et al.*, 1997)

Inspiradas pelo trabalho de Lake (2002), o conceito de organização do cuidado de enfermagem inclui o ambiente geriátrico de trabalho dos enfermeiros (AGTE), bem como o *nursing staffing*. Para além disso, as autoras procuraram expandir este modelo ao incluir as características demográficas e profissionais dos enfermeiros. Um estudo, realizado por Kim *et al.* (2009), analisou a relação entre o ATE e o AGTE com a percepção da qualidade do cuidado geriátrico. O ATE neste estudo foi avaliado através da PES-WSI (ambiente geral) e da *Geriatric Care Environment Scale* (GCES) (Kim *et al.*, 2007) (ambiente com especificidade no cuidado geriátrico). Os dados demonstraram que:

“the general NWE, measured as a single construct, was negatively related to Perceived Quality of Geriatric Care (PQGC) ($p < .001$; r -square = .24), and the geriatric NWE, measured as a single construct, was positively related to PQGC ($p < .001$; r -square = .39) and explained about 15% more of the variability in quality. [...] when both instruments were combined into the same model, 58% of the variance in the outcomes variable PQGC could be explained; however, only one of the general NWE subscales was positively related to PQGC and two subscales

were negatively related to PQGC – all three geriatric NWE subscales were positively related to PQGC” (Kim et al., 2009, p. 487-488).

Estes resultados podem indicar que o ATE requerido para desenvolver um cuidado de boa qualidade às pessoas idosas pode ser diferente do ATE necessário para cuidar de pessoas hospitalizadas de outros grupos etários. Deste modo, Capezuti e colegas (2013) referem que é necessário pesquisar a forma como os enfermeiros percebem o seu ambiente de trabalho e como este apoia o seu cuidado às pessoas idosas. Estudos com foco no AGTE demonstraram que este apresenta uma forte relação com a qualidade do cuidado geriátrico (Boltz *et al.*, 2008a, 2008b; McKenzie *et al.*, 2011). Deste modo, os resultados apresentados podem indicar que o suporte organizacional ao cuidado de enfermagem geriátrica exerce uma importante influência relativamente à percepção da qualidade do cuidado geriátrico (Boltz *et al.*, 2008a, 2008b). De acordo com Mezey *et al.* (2004), as escalas que avaliam o AGTE são únicas porque podem ser utilizadas para avaliar o cuidado geriátrico considerando a sua complexidade e especificidade, bem como o ambiente da prática de enfermagem necessário para que os enfermeiros possam promover a qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas.

Em Portugal, a escala PES – NWI só recentemente foi traduzida e validada (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012). Contudo, este instrumento não tem como foco a especificidade e complexidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Em âmbito internacional, o GIAP é reportado como um instrumento válido e confiável para avaliar o ATE com especificidade geriátrica. Considerando o envelhecimento da população portuguesa, os seus reflexos nas taxas de internamento, o impacto da hospitalização, a proximidade e cuidado permanente dos enfermeiros com pessoas idosas hospitalizadas e a relação entre o AGTE e os resultados para a saúde destas pessoas, é relevante traduzir, adaptar e validar o GIAP para a língua portuguesa. Estes factos justificam o presente estudo, pelo que, seguidamente, se apresenta a delimitação do mesmo.

7. Delimitação do estudo

Esta pesquisa centra-se na avaliação do perfil de cuidado de enfermagem geriátrica em hospitais da região norte e centro do país. Neste sentido, os diferentes estudos que compõem esta tese tiveram por base o GIAP (Capezuti *et al.*, 2013). Este questionário foi

desenvolvido pelo *John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University College of Nursing* com o objetivo de avaliar o cuidado geriátrico de serviços hospitalares e as competências geriátricas de enfermeiros. Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild e Secic (2010) referem que o impacto negativo decorrente da hospitalização pode resultar de uma combinação de fatores intrínsecos (ex: sobrecarga) e extrínsecos (ex: ambiente de trabalho e processo de cuidado) do AGTE. Considerando as alterações demográficas e epidemiológicas da população portuguesa, o seu impacto nos serviços de saúde e o papel central dos enfermeiros no cuidado às pessoas idosas, os estudos apresentados nesta tese procuraram analisar o AGTE nos hospitais portugueses e o conhecimento e atitudes destes profissionais. Para tal, focou-se em enfermeiros que trabalham em diferentes hospitais e unidades de internamento. Pretendeu-se, ainda, alargar o estudo a diferentes regiões do país, mais concretamente à região norte e centro, de forma a abranger outras realidades, culturas e climas organizacionais que podem contribuir para a perceção dos enfermeiros sobre o AGTE.

A literatura internacional sobre o cuidado de enfermagem geriátrica alude à urgência das organizações hospitalares: desenvolverem programas e modelos de cuidado geriátrico, orientarem as suas políticas e organização em torno deste grupo populacional e avaliarem os resultados dessas mesmas iniciativas ao longo do tempo. Deste modo, é essencial obter um instrumento para avaliar o AGTE em Portugal, bem como o conhecimento e atitudes dos enfermeiros. Por conseguinte, este estudo teve como objetivo geral, avaliar o perfil de cuidado de enfermagem geriátrica em hospitais portugueses e como objetivos específicos: 1) traduzir, adaptar culturalmente e validar as escalas que compõem o questionário GIAP para a população portuguesa; 2) analisar os aspetos do AGTE (fatores intrínsecos e extrínsecos) que apoiam ou dificultam a adoção das melhores práticas geriátricas em hospitais portugueses; 3) analisar as atitudes e conhecimento de enfermeiros acerca de quatro síndromes geriátricas (úlceras de pressão, incontinência urinária, uso de contenções e distúrbios do sono), destacando as boas práticas e os problemas encontrados nos hospitais portugueses; 4) analisar a relação entre as variáveis demográficas, profissionais e as características dos hospitais e as escalas que compõem o GIAP; 5) conhecer as perceções de enfermeiros acerca do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e dos obstáculos enfrentados para desenvolver um cuidado de boa qualidade; e 6) analisar a relação entre a perceção de enfermeiros sobre o AGTE e o

conhecimento e atitudes geriátricas destes profissionais em função da região e unidade de internamento.

Na prossecução destes objetivos foram utilizados procedimentos metodológicos de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos e um método quantitativo do tipo exploratório-descritivo, transversal, prospetivo e correlacional. A investigação incluiu o desenvolvimento de estudos interligados, que a seguir se apresentam em três capítulos, a partir dos quais se organiza o desenvolvimento desta tese.

7.1. Capítulo I - Aprofundando o conhecimento sobre o cuidado de enfermagem geriátrica e o instrumento do estudo

O capítulo I engloba dois artigos. O primeiro constitui uma revisão da literatura sobre o cuidado de enfermagem geriátrica, enquanto fenómeno emergente na literatura internacional. Procurou analisar os modelos e projetos de cuidado geriátrico no contexto hospitalar e as suas implicações para a prática de enfermagem. Este artigo, ao abordar um dos programas com mais expressividade e visibilidade internacional, o projeto NICHE (*Nurses Improving Care for Health System Elders*) (Capezuti, Briccoli, & Boltz, 2013), apresenta uma resenha história que permite enquadrar o surgimento do GIAP – questionário utilizado nos estudos desta tese.

O segundo artigo que compõe este capítulo é uma revisão integrativa da literatura sobre os estudos que utilizaram o GIAP, com o objetivo de analisar os pontos fortes e fracos deste instrumento e examinar as suas implicações para o cuidado de enfermagem geriátrica. Os resultados deste estudo revelaram que o GIAP apresenta alto grau de especificidade, conformidade, adequação e utilidade na avaliação da perceção do cuidado geriátrico dos enfermeiros. As conclusões desta revisão demonstraram que o GIAP é um instrumento que oferece contributos importantes para o desenvolvimento e melhoria do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Esta revisão integrativa reforçou a importância deste instrumento na avaliação do cuidado de enfermagem geriátrica e a relevância de obter-se uma versão traduzida, adaptada e validada em português.

7.2. Capítulo II - Validação das escalas do GIAP e caracterização do AGTE e conhecimento e atitudes dos enfermeiros em Portugal.

O segundo capítulo inclui três estudos sob o processo de tradução, adaptação cultural e validação das escalas do GIAP. Este processo deu origem à versão portuguesa, que passou a ser denominada de Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional (APGI). Transversal a todos estes estudos foi o procedimento metodológico de tradução e adaptação destas escalas para português. Este processo foi norteado pelos princípios da *Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measure Report of the International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation*, que inclui nove passos, descritos detalhadamente no primeiro estudo deste capítulo. Seguidamente, a análise da fidelidade e validação foi realizada para cada uma das escalas utilizadas considerando a consistência interna avaliada através do *alfa de Cronbach* e análise fatorial exploratória (AFE), respetivamente.

O primeiro estudo focou-se na análise dos fatores extrínsecos do AGTE que foram avaliados através da escala “ambiente de cuidado geriátrico” que compreende quatro subescalas (disponibilidade de recursos, desenvolvimento de cuidado sensível à idade, valores institucionais relativos às pessoas idosas e equipa e continuidade do cuidado). O segundo estudo teve por base os fatores intrínsecos do AGTE, avaliados através das escalas “questões profissionais” que abordam os aspetos interpessoais e coordenativos da prática profissional. Estes aspetos constituem barreiras ao desenvolvimento de um cuidado de boa qualidade às pessoas idosas hospitalizadas. Deste modo, este estudo analisou as barreiras percecionadas por enfermeiros no desenvolvimento de um cuidado de boa qualidade às pessoas idosas hospitalizadas.

O terceiro e último estudo deste capítulo explorou o conhecimento e as atitudes de enfermeiros acerca de quatro síndromes geriátricas (úlceras de pressão, incontinência urinária, uso de contenções e distúrbios do sono), e evidenciou as boas práticas e os problemas encontrados nos hospitais portugueses. Por último, em cada um dos estudos analisou-se a associação das características dos enfermeiros, dos hospitais do estudo e das perceções destes profissionais em relação ao cuidado das pessoas idosas com o AGTE e o conhecimento e atitudes geriátricas.

7.3. Capítulo III - Cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada: barreiras e comparação entre regiões (norte e centro)

O terceiro capítulo engloba dois estudos sobre a perspectiva de enfermeiros sobre as barreiras no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e a comparação do perfil de cuidado geriátrico nos hospitais da região norte e centro de Portugal. Especificamente, no primeiro estudo, de abordagem quanti-qualitativa, procuramos conhecer as percepções de enfermeiros acerca do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e dos obstáculos enfrentados para desenvolver um cuidado de boa qualidade. Este estudo procurou fiabilizar os resultados quantitativos e qualitativos através da triangulação dos dados em relação à convergência (acordo), complementaridade (nova informação) e dissonância (discordância entre os resultados) (Farmer, Robinson, Elliott, & Eyles, 2006).

No segundo estudo, procurou-se analisar: 1) a relação entre a percepção de enfermeiros sobre o AGTE (fatores intrínsecos e extrínsecos) em função da região e unidades de internamento; 2) a relação entre o conhecimento e as atitudes geriátricas de enfermeiros em função da região e unidade de internamento. Os resultados obtidos proporcionam uma base exploratória de implicações para o desenvolvimento, planeamento e implementação de programas de cuidado de enfermagem geriátrica nestas duas regiões do país.

O final desta tese está reservado à discussão geral. Esta secção é composta por três tópicos que procuram sistematizar os dados deste estudo, nomeadamente: a validade e fidelidade do GIAP, o perfil de cuidado geriátrico - uma visão global e o cuidado de enfermagem geriátrico em hospitais portugueses – um modelo explicativo. Neste ponto são abordados, igualmente, as limitações e perspectivas de estudos futuros, culminado com recomendações para os decisores políticos, gestores hospitalares e prática dos enfermeiros.

Referências bibliográficas

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-14. doi: 10.1093/intqhc/14.1.5
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993. doi: 10.1001/jama.288.16.1987
- Aiken, L. H., Lake, E. T., Sochalski, J., & Sloane, D. M. (1997). Design of an outcomes study of the organization of hospital AIDS care. *Research in the Sociology of Health Care*, 14, 3-26.
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (1997a). Effects of Organizational Innovations in AIDS Care on Burnout among Urban Hospital Nurses. *Work and Occupations*, 24(4), 453-477. doi: 10.1177/0730888497024004004
- Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (1997b). Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: the case of AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 203-222.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Lake, E. T. (1997). Satisfaction with inpatient acquired immunodeficiency syndrome care. A national comparison of dedicated and scattered-bed units. *Medical Care*, 35(9), 948-962.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.

- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11 Suppl), NS6-18.
- Aiken, M., & Hage, J. (1968). Organizational interdependence and intraorganizational structure. *American Sociological Review*, 33(6), 912–930.
- Amaral, A. (2012). *Resultados dos cuidados de Enfermagem: qualidade e efetividade*. Paper presented at the XIII Pan American Nursing Research Colloquium, Miami.
- Amaral, A., Ferreira, P., & Lake, E. T. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.
- American Nurses Credentialing Center. (2013). *Forces of Magnetism*. Retrieved 13 Maio, 2013, from: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anpalahan, M., & Gibson, S. J. (2008). Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization. *Internal Medical Journal*, 38(1), 16-23.
- Bacon, C. T., Hughes, L. C., & Mark, B. A. (2009). Organizational influences on patient perceptions of symptom management. *Research in Nursing & Health*, 32(3), 321-334.
- Bacon, C. T., & Mark, B. (2009). Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 220-227.
- Baernholdt, M., & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 994-1001.
- Balas, M. C., Happ, M. B., Yang, W., Chelluri, L., & Richmond, T. (2009). Outcomes Associated With Delirium in Older Patients in Surgical ICUs. *Chest*, 135(1), 18-25.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.

- Baumbusch, J. L., & Andrusyszyn, M. A. (2002). Gerontological content in Canadian baccalaureate nursing programs: cause for concern?. *Canadian Journal of Nursing Research, 34*(1), 119-129.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinosian, B., . . . Ruffin, A. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61*(7), 749-754.
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L., & Vanderwee, K. (2011). Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8*(3), 166-176. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00217.x
- Berman, A., Mezey, M., Kobayashi, M., Fulmer, T., Stanley, J., Thornlow, D., & Rosenfeld, P. (2005). Gerontological nursing content in baccalaureate nursing programs: comparison of findings from 1997 and 2003. *Journal of Professional Nursing, 21*(5), 268-275. doi: 10.1016/j.profnurs.2005.07.005
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., . . . Fulmer, T. (2008a). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal Nursing Scholarship, 40*(3), 282-289. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00239.x
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., . . . Fulmer, T. (2008b). Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatric Nursing, 29*(3), 176-185. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.02.002
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2010). Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. *Research in Gerontological Nursing, 3*(2), 126-134. doi: 10.3928/19404921-20091207-98
- Boltz, M., Capezuti, E., & Shabbat, N. (2011). Nursing staff perceptions of physical function in hospitalized older adults. *Applied Nursing Research, 24*(4), 215-222.
- Boltz, M., Harrington, C., & Kluger, M. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *American Journal of Nursing, 105*(5), 101-102.

- Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J., & Secic, M. (2012). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? *Geriatric Nursing*, 33(4), 272-279.
- Boyd, C. M., Xue, Q.-L., Guralnik, J. M., & Fried, L. P. (2005). Hospitalization and Development of Dependence in Activities of Daily Living in a Cohort of Disabled Older Women: The Women's Health and Aging Study I. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(7), 888-893. doi: 10.1093/gerona/60.7.888
- Branco, M., Nogueira, P., & Contreiras, T. (2005). *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde (ONSA).
- Broemeling, A. M., Watson, D. E., & Prebtani, F. (2008). Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. *Healthcare Quality*, 11(3), 70-76.
- Brown, C. J., Redden, D. T., Flood, K. L., & Allman, R. M. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(9), 1660-1665.
- Buie, V.C., Owings, M.F., DeFrances, C.J., & Golosinskiy, A. (2010). National Hospital Discharge Survey: 2006 summary. National Center for Health Statistics. Retrieved 4 de Abril, 2012, from: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_168.pdf
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges*. Denmark: World Health Organization.
- Buurman, B. M., Hoogerduijn, J. G., van Gemert, E. A., de Haan, R. J., Schuurmans, M. J., & de Rooij, S. E. (2012). Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Older Patients with Distinct Risk Profiles for Functional Decline: A Prospective Cohort Study. *PLoS ONE*, 7(1), e29621. doi: 10.1371/journal.pone.0029621
- Callahan, C. M., Boustani, M. A., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Damush, T. M., Perkins, A. J., . . . Hendrie, H. C. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295(18), 2148-2157.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almedina.

- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., . . . Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117-3125.
- Capezuti, E., Boltz, M. P., Shuluk, J., Denysyk, L., Brouwer, J. P., Roberts, M. C., . . . Secic, M. (2013). Utilization of a Benchmarking Database to Inform NICHE Implementation. *Research in Gerontological Nursing*, 13, 1-11.
- Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2013). Perspectives on how to improve the nursing care of older adults. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1153-1155.
- Capezuti, E. A., Briccoli, B., & Boltz, M. (2013). Nurses Improving the Care of Healthsystem Elders: Creating a Sustainable Business Model to Improve Care of Hospitalized Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, n/a-n/a. doi: 10.1111/jgs.12324
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B. T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Flatley Brennan, P. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety Health Care*, 15(1), i50-58.
- Cardoso, A. (2012). *Resultados dos cuidados de enfermagem em serviços de agudos de um hospital*. (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Chang, E., Chenoweth, L., & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. Consumer and nurse perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(9), 32-41.
- Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, P. W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*, 53(6), 370-378.
- Coelho, E., Magalhães, M., Peixoto, J., & Bravo, J. (2008). *Projeções de População residente em Portugal: 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Cole, M. G., Ciampi, A., Belzile, E., & Zhong, L. (2009). Persistent delirium in older hospital patients: a systematic review of frequency and prognosis. *Age and Ageing*, 38(1), 19-26. doi: 10.1093/ageing/afn253
- Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. (2008). *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Work Force*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

- Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment for Nurses and Patient Safety*. Washington, D.C.: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.
- Corsinovi, L., Bo, M., Ricauda Aimonino, N., Marinello, R., Gariglio, F., Marchetto, C., . . . Molaschi, M. (2009). Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 142-145.
- Costa, A. (2006). *Cuidar Idosos (Older adults care)*. Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Covinsky, K. E. (2002). Malnutrition and bad outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 17(12), 956-957. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.21011.x
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., . . . Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458.
- Creditor, M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals Internal Medicine*, 118(3), 219-223.
- DeFrances, C. J., Hall, M. J., & Podgornik M.N. (2005). *2003 National Hospital Discharge Survey*. Advance data from vital and health statistics; no 359. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Deschodt, M., de Casterlé, B. D., & Milisen, K. (2010). Gerontological care in nursing education programmes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 139-148. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05160.x
- Dewar, B., & Nolan, M. (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International Journal of Nursing Studies*, 59(9), 1247-1258. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008>
- Dias, I., & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lisboa: LIDEL - Edições técnicas, Lda.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Morbilidade hospitalar - Serviço Nacional de Saúde*. Dados preliminares 2012. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2010 [Health centers and hospital units: Resources and production of the NHS: Year 2010]*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Diya, L., Lesaffre, E., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Vleugels, A. (2010). Establishing the relationship between nurse staffing and hospital mortality using a clustered discrete-time logistic model. *Statistics in Medicine*, 29(7-8), 778-785.
- Djukic, M., Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F. K., & Cline, D. D. (2013). Work environment factors other than staffing associated with nurses' ratings of patient care quality. *Health Care Management Review*, 38(2), 105-114. Doi: 110.1097/HMR.1090b1013e3182388cc3182383.
- Doherty-King, B., & Bowers, B. J. (2013). Attributing the responsibility for ambulating patients: A qualitative study. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 2(13), 00046-00041.
- Ehlenbach, W. J., Hough, C. L., Crane, P. K., Haneuse, S. J., Carson, S. S., Curtis, J. R., & Larson, E. B. (2010). Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 303(8), 763-770.
- Ermida, J. G. (1999). Assistência ao idoso em Portugal. *Revista Geriátrica*, 12(118), 5-9.
- Ermida, J. G. (2012). A geriatria na Europa. *Journal do X curso pós-graduado sobre envelhecimento*, 1(1), 12.
- Escoval, A., & Campos, F. A. (2010). *Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Hesketh, K. L., Giovannetti, P., Thomson, D., . . . Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 256-268. doi: 10.1002/nur.10043
- European Commission & Financial Affairs. (2009). *The 2009 ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations 2012. A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S. J., & Eyles, J. (2006). Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. *Qualitative Health Research, 16*(3), 377-394. doi: 10.1177/1049732305285708
- Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *Journal of American Geriatrics Society, 50*(10), 1723-1732.
- Fong, T. G., Jones, R. N., Marcantonio, E. R., Tommet, D., Gross, A. L., Habtemariam, D., . . . Inouye, S. K. (2012). Adverse outcomes after hospitalization and delirium in persons with Alzheimer disease. *Annals Internal Medicine, 156*(12), 848-856.
- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau, Formação & Saúde, Lda.
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. *Health Serv Res, 43*(4), 1145-1163. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x
- Ganey Press. (2008). *Patient perspectives on American Health care*. Retrieved 12 de Abril, 2012, from <http://www.awarepoint.com/uploads/Press-Ganey-Emergency-Department-Pulse-Report-2008.pdf>
- Gardner, J. K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L., & Latham, C. E. (2007). The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal, 34*(3), 271-281.
- Gilje, F., Lacey, L., & Moore, C. (2007). Gerontology and geriatric issues and trends in U.S. nursing programs: a national survey. *Journal of Professional Nursing, 23*(1), 21-29.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older patients: it's often a consequence of hospitalisation, but it doesn't have to be. *American Journal Nursing Clinical North America, 106*(1), 58-67.
- Gurses, A. P., Carayon, P., & Wall, M. (2009). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Service Research, 44*(2 Pt 1), 422-443.

- Hall, M. J., DeFrances, C. J., Williams, S. N., Golosinskiy, A., & Schwartzman, A. (2010). National Hospital Discharge Survey: 2007 summary. *National Health Statistic Report*, 26(29), 1-20.
- Harless, D. W., & Mark, B. A. (2010). Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care*, 48(7), 659-663.
- Hoogerduijn, J. G., Buurman, B. M., Korevaar, J. C., Grobbee, D. E., de Rooij, S. E., & Schuurmans, M. J. (2012). The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age and Ageing*, 41(3), 381-387.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S., Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 46-57.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Korevaar, J. C., Buurman, B. M., & De Rooij, S. E. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1219-1225. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03035.x
- Internacional Council of Nurses. (2006). *Nursing care of the older person*. Retrieved 5 de Maio, 2013, from:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A15_Nsg_Care_Older_Person.pdf
- Internacional Council of Nurses. (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*. Geneva (Switzerland): ICN.
- Inouye, S. (2006). Delirium in Older Persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165. doi: doi:10.1056/NEJMra052321
- Inouye, S., Bogardus, S. T., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Inouye, S., Studenski, S., Tinetti, M., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x

- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 – Resultados Provisórios [Census— Previous results]*. Lisboa-Portugal: National Statistical Institute.
- Januário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Joint Commission (2009). The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Performance Measures. Retrieved 13 de Maio, 2013, from <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf>
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.
- Kazanjian, A., Green, C., Wong, J., & Reid, R. (2005). Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *Journal of Health Service Research Policy*, 10(2), 111-117.
- Kiely, D. K., Bergmann, M. A., Murphy, K. M., Jones, R. N., Orav, E. J., & Marcantonio, E. R. (2003). Delirium among newly admitted postacute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(5), M441-445.
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., & Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *Western Journal of Nursing Research*, 31(4), 480-495. doi: 10.1177/0193945909331429
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research*, 56(5), 339-347. doi: 10.1097/01.NNR.0000289500.37661.aa
- Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253-263.
- Kleinpell, R. (2007). Supporting independence in hospitalized elders in acute care. *Critical Care of Nursing Clinical North American*, 19(3), 247-252.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fairchild, S., Poornima, S., Kim, H., & Djukic, M. (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *American Journal of Nursing*, 107(9), 58-70.

- Kovner, C. T., Mezey, M., & Harrington, C. (2002). Who cares for older adults? Workforce implications of an aging society. *Health Aff (Millwood)*, 21(5), 78-89.
- Kramer, M., & Hafner, L. P. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38(3), 172-177.
- Krause, D. S. (2005). Economic effectiveness of disease management programs: a meta-analysis. *Disease Management & Health Outcomes*, 8(2), 114-134.
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- LaMascus, A. M., Bernard, M. A., Barry, P., Salerno, J., & Weiss, J. (2005). Bridging the workforce gap for our aging society: how to increase and improve knowledge and training. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 343-347.
- Landefeld, C. S. (2003). Improving health care for older persons. *Annals of Internal Medicine*, 139(5 Pt 2), 421-424.
- Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *ANS Advance Nursing Science*, 28(2), 163-174.
- Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A. C. (2004). Immobility--a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 57-64.
- Liu, Y. E., Norman, I. J., & While, A. E. (2012). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 21(12), 00423-00423.
- Lumby, J., & Waters, D. (2005). *Australia's Health Workforce study*. Adelaide: Health Workforce Australia.
- Lundmark, V. A. (2008). Magnet Environments for Professional Nursing Practice. In R. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12 (1), 1-47. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=5238a70d-f78b-4811-a9b0-95d2d2f57c09%40sessionmgr12&vid=2>

- Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Schalm, C., & Estabrooks, C. A. (2013). Health care aides use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 8(12), 00437-00433.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., . . . Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Review*, 10(4), 430-439.
- Mark, B. A., Salyer, J., & Wan, T. T. (2003). Professional nursing practice: impact on organizational and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(4), 224-234.
- McCleary, L., McGilton, K., Boscart, V., & Oudshoorn, A. (2009). Improving gerontology content in baccalaureate nursing education through knowledge transfer to nurse educators. *Nursing Leadership*, 22(3), 33-46.
- McClure, M. L., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (1983). *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses*. Kansas City: American Nurses' Association.
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382-388.
- McKenzie, J. L., Balndford, A. A., Menec, V. H., Boltz, M., & Capezuti, E. (2011). Hospital nurses' perceptions of the Geriatric Care Environment in one Canadian Health Care Region. *Journal of nursing scholarship*, 43(2), 181-187.
- Meyer, R. M., Wang, S., Li, X., Thomson, D., & O'Brien-Pallas, L. (2009). Evaluation of a patient care delivery model: patient outcomes in acute cardiac care. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 399-410.
- Mezey, M. (2012). *Risk Factors for Poor Outcomes in Older Adults: Iatrogenesis, Frailty, Geriatric Syndromes, and Atypical Presentation of Illness*. Retrieved 2 de Abril, 2012, from: <ftp://ftp.mssm.edu/courses/geriatrics/2012-2013%20CNYGEC%20Interprofessional%20Education%20in%20Geriatrics%20and%20Gerontology/04.24.2013%20Bronx%20Core%20Day%203/Mezey.%20Risk%20Factors%20for%20Poor%20Outcomes-Iatro.pdf>
- Mezey, M., Bolty, M., Esterson, J., & Mitty, E. (2005). Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatric Nursing*, 26(1), 11-15.

- Mezey, M., Capezuti, E., & Fulmer, T. (2004). Care of older adults. *Nursing clinics of North America*, 39(3), xiii-xx.
- Mezey, M., & Fulmer, T. (2002). The future history of gerontological nursing. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7), M438-441.
- National Quality Forum. (2012). *Practice Environment Scale - Nursing Work Index (PES-NWI): Measure Submission and Evaluation Worksheet 5.0*. Retrieved 13 de Maio, 2013, from: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=70879>.
- Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K., & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Aff*, 25(1), 204-211.
- Nolan, M. R., Brown, J., Davies, S., Nolan, J., & Keady, J. (2006). *The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2. Sheffield: University of Sheffield.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2008). *Estudo do perfil da população portuguesa*. Coimbra: Gabinete Editorial, de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Dados Estatísticos 2000-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action: Global Report*. Geneva: Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2011). *Health at a Glance 2011*: OECD Publishing.

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2013). *A Good Life in Old Age?:* OECD Publishing.
- Ostbye, T., Yarnall, K. S., Krause, K. M., Pollak, K. I., Gradison, M., & Michener, J. L. (2005). Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Annals of Family Medicine*, 3(3), 209-214.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *The International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 141-146.
- Palmer, R. M., Counsell, S., & Landefeld, C. S. (1998). Clinical intervention trials: the ACE unit. *Clinical Geriatric Medicine*, 14(4), 831-849.
- Patrician, P. A., Shang, J., & Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in Nursing Health*, 33(2), 99-110.
- Peytremann-Bridevaux, I., & Burnand, B. (2009). Disease management: a proposal for a new definition. *International Journal of Integrated Care*, 27(9), 1-2.
- Population Reference Bureau (2011). *2011 World Population Data Sheet*. Retrieved from: http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf
- Quintal, C., Lourenço, Ó., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 35-46.
- Reed, J., & Clarke, C. L. (1999). Nursing older people: constructing need and care. *Nursing Inquiry*, 6(3), 208-215.
- Regenstreif, D. I., Brittis, S., Fagin, C. M., & Rieder, C. H. (2003). Strategies to advance geriatric nursing: the John A. Hartford Foundation initiatives. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1479-1483.
- Resnick, B. (2013). When Will We Ever Learn the Benefits of Teams? *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 1019-1021. doi: 10.1111/jgs.12272
- Resnick, B., Galik, E., Enders, H., Sobol, K., Hammersla, M., Dustin, I., . . . Trotman, S. (2011). Pilot testing of function-focused care for acute care intervention. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(2), 169-177.

- Reuben, D. B. (2011). Physicians in supporting roles in chronic disease care: the CareMore model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1):158-60. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03237.x.
- Reuben, D. B., Ganz, D. A., Roth, C. P., McCreath, H. E., Ramirez, K. D., & Wenger, N. S. (2013). Effect of Nurse Practitioner Comanagement on the Care of Geriatric Conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 857-867. doi: 10.1111/jgs.12268
- Rich, S. E., Shardell, M., Margolis, D., & Baumgarten, M. (2009). Pressure ulcer preventive device use among elderly patients early in the hospital stay. *Nursing Research*, 58(2), 95-104.
- RN Work Project. (2011). *Welcome to the RN Work Project*. Retrieved 12 Abril, 2013, from: <http://www.rnworkproject.org/>
- Rocheftort, C. M., & Clarke, S. P. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advance Nursing*, 66(10), 2213-2224.
- Royal College of Nursing (2021). *Maximising Independence. The role of the nurse in supporting the rehabilitation of older people*. London: Royal College of Nursing.
- Sager, M. A., Franke, T., Sharon, K., Inouye, S., Seth Landefeld, C., Morgan, T., . . . Winograd, C. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archive Internal Medicine*, 156, 645-652.
- Salisbury, C., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, J. M., & Montgomery, A. A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 61(582), e12-21. doi: 10.3399/bjgp11X548929.
- Saturno, P., Imperatori, E., & Corbella, A. (1990). *Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Siddiqi, N., House, A. O., & Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*, 35(4), 350-364. doi: 10.1093/ageing/afl005
- Singh, D. (2008). *How can chronic disease management programs operate across care settings and providers?* Denmark: WHO, European Observatory of Health Systems.

- Steele, J. S. (2010). Current evidence regarding models of acute care for hospitalized geriatric patients. *Geriatric Nursing, 31*(5), 331-347.
- Sullivan, D. H., Bopp, M. M., & Roberson, P. K. (2002). Protein-energy undernutrition and life-threatening complications among the hospitalized elderly. *Journal of General Internal Medicine, 17*(12), 923-932.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1664-1674. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03128.x
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 55-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.07.009>
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Van de Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing, 65*(10), 2175-2185. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05082.x
- Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research, 60*(1), 17-31.
- Winkelman, C. (2009). Bed rest in health and critical illness: a body systems approach. *AACN Advanced Critical Care, 20*(3), 254-266.
- Woodbury, M. G., & Houghton, P. E. (2004). Prevalence of pressure ulcers in Canadian healthcare settings. *Ostomy Wound Manage, 50*(10), 22-24.

CAPÍTULO I

APROFUNDANDO O CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E O INSTRUMENTO DO ESTUDO

1. CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA: UM PROJETO EMERGENTE¹³

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²;

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNSc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

RESUMO

O envelhecimento populacional vem tendo importantes reflexos no sistema de saúde, uma vez que as pessoas idosas irão representar o grupo dominante nas diferentes respostas de saúde existentes. Dentre estas respostas, a hospitalização das pessoas idosas tem-se acentuado nos últimos anos, esperando um incremento nas próximas décadas. Deste modo, os profissionais de saúde, com especial destaque para os enfermeiros, têm de desenvolver competências para responder às necessidades deste grupo populacional, minimizando os acontecimentos adversos e promovendo a independência, autonomia e qualidade de vida. Para além disso, as instituições têm de desenvolver ou adotar modelos de organização e gestão que promovam o cuidado gerontogeriatrico. Com base nesta perspectiva, este artigo tem como objetivo: explorar um projeto emergente de cuidado de enfermagem geriátrica em contexto hospitalar. Este projecto, denominado Nurse Improving Care for Healthsystem Elders [NICHE], procura orientar e melhorar o cuidado desenvolvido por enfermeiros. Os resultados do NICHE têm demonstrado que é possível incrementar a qualidade do cuidado às pessoas idosas internadas, em que o(a) enfermeiro(a) assume uma posição central.

Palavras-Chave: cuidado, enfermagem geriátrica, modelos de cuidado de enfermagem, pessoa idosa, hospitalização.

¹³ *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. 2011; 4(2): 5-15.

INTRODUÇÃO

A população mundial está a envelhecer - é uma verdade incontornável - em especial nos países desenvolvidos. Os últimos dados da Eurostat (2007) revelam que na União Europeia, no ano de 2005, existiam 16,9% de pessoas com idades compreendidas entre os 60 e 79 anos e com oitenta ou mais anos existiam 4%. Em relação a este último grupo de pessoas, as expectativas para 2050 apontam para um aumento de 14,1%, quase quadruplicando. Nesse mesmo ano, dados do Eurostat (2007) destacam que Portugal era o 7º país da Europa com maior número de pessoas idosas com 80 ou mais anos (13,6%). Os dados dos Censos portugueses de 2001 refletem esta transformação demográfica (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). Entre 1960 a 2001 houve um decréscimo de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa. Em 1960, a população idosa era 8% do total da população e em 2001 era de 16,4% da população total. De acordo com as últimas projeções do INE (2009), entre 2008 e 2060, manter-se-á a tendência do envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 pessoas idosas por cada jovem. Para este cenário demográfico, “contribuirá sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% do total de efetivos em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida” (INE, 2009:3).

Em Portugal, tal como noutros países da Europa, vem ocorrendo uma série de transformações demográficas que podem implicar também alterações epidemiológicas que condicionam as respostas de saúde para este grupo populacional, uma vez que a longevidade nem sempre é acompanhada por uma maior qualidade de vida, autonomia, independência e funcionalidade. Apesar dos ganhos em anos de vida, a proporção de anos que se pode esperar viver sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração vai diminuindo com a idade. Os dados do Alto Comissariado da Saúde (2008) indicam que os indivíduos que atingem os 85 anos de idade têm uma esperança de vida de 5,6 anos; destes, em média, 1,6 anos serão passados sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração (29% da respetiva esperança de vida). Dentre as alterações epidemiológicas, a incidência e prevalência das doenças crónicas tem especial expressão neste grupo populacional. Eliopoulos (2005) refere que as pessoas idosas estão mais propensas a adquirir doenças crónicas, as quais impõem longos períodos de recuperação e limitação nas atividades de

vida diária. Fonseca (2007) explicita que em Portugal, aproximadamente 88% das pessoas com mais de 65 anos sofre de pelo menos uma patologia crónica e 21% apresentam incapacidades crónicas. Dados da Direção-Geral da Saúde (2004), em Portugal, demonstram que as doenças crónicas são as principais causas de mortalidade e morbilidade entre as pessoas idosas. Estes mesmos dados evidenciam que o luto, a perda das redes sociais, os baixos rendimentos e o isolamento são acontecimentos que ocorrem na população idosa, o que condiciona a sua saúde, a independência, a autonomia e a qualidade de vida. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, em âmbito mundial, as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial e, consequentemente, uma ameaça para a saúde pública dos países.

Deste modo, as alterações demográficas e epidemiológicas entre as pessoas idosas introduzem mudanças nas atuais respostas de saúde, implicando que os serviços e os profissionais de saúde sejam cada vez mais especializados para dar respostas aos problemas da população idosa.

1.1. A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO

Com o aumento crescente do número de pessoas idosas, muitas vezes associado a uma esperança de vida acima dos 80 anos, é previsível que os serviços de saúde tenham cada vez mais de centrar as suas respostas a este grupo populacional. Este facto é decorrente das alterações provocadas pelo envelhecimento primário, na medida em que as pessoas idosas ficam mais vulneráveis ao desenvolvimento de uma doença ou à ocorrência de um episódio agudo inesperado. Somam-se a estas alterações, os acontecimentos provocados pela cronicidade, em que, uma descompensação da doença pode originar um episódio agudo com contornos mais complexos quando comparado com as populações mais jovens.

As pessoas idosas são ou serão num futuro muito próximo as principais utilizadoras dos serviços de saúde. Boltz & Harrington (2005) referem que de 2002 a 2027, nos Estados Unidos (EEUU), haverá um aumento de internamentos hospitalares de 78% entre as pessoas com 65 ou mais anos e de 16% entre o grupo populacional com menos de 64 anos. Segundo McConnell (2008), a crescente utilização dos sistemas de saúde neste país pelas pessoas idosas reflete o envelhecimento populacional, particularmente nas pessoas com mais de 85 anos. Em relação aos hospitais, os dados disponíveis sobre a atividade

hospitalar, nesta área, revelam que mais de um terço do total de altas hospitalares respeitam as pessoas com mais de 64 anos.

Nos EEUU, as pessoas idosas têm as mais elevadas taxas de hospitalização, comparativamente com outros grupos etários, em que as pessoas com 75 ou mais anos representam 1/4 de todos os internamentos diários (Eliopoulos, 2005). Conforme Pepa (2006) e Capezuti, Zwicker, Mezey, Fulmer, Gray-Miceli & Kluger (2008), as pessoas idosas são a esmagadora maioria dos pacientes hospitalizados, aproximadamente 50%. Hall & Owings (2002) esclarecem que as taxas de internamento têm aumentado consideravelmente (23%) nos últimos 30 anos, ao passo que o fenômeno inverso tem-se verificado em grupos etários mais novos.

No Reino Unido, Bowen, Forte & Foote (2005) desenvolveram um estudo de caso em relação às pessoas que recorriam aos serviços de saúde na região do *East Berkshire*, o qual revelou que 77% das pessoas pesquisadas tinham 65 ou mais anos. No entanto, nem todas haviam recorrido aos serviços de saúde por um episódio agudo. Estes autores mencionam que no Reino Unido existe um grande uso dos serviços hospitalares por parte das pessoas idosas. Contribuem para este fenômeno a combinação das elevadas taxas de internamentos com os longos períodos de internamento.

Em Portugal, Campos (2008), ao analisar as altas hospitalares, identifica que existe um grande número de pessoas idosas com períodos de internamento superiores a 20 dias (53%) e mesmo a 30 dias (49,3%). Para além disso, o autor supracitado evidencia que nos últimos anos tem se verificado um aumento contínuo nas taxas de reinternamento hospitalar, em que as pessoas idosas representam 5 em cada 10 reinternamentos.

Muitas das hospitalizações das pessoas idosas ocorrem na sequência de problemas agudos de saúde, nomeadamente, por descompensação e/ou em consequência de algumas patologias crónicas, ou devido a situações agudas que se podem complicar pelas comorbilidades desses indivíduos, como pelas próprias circunstâncias do internamento. Para além da redução da reserva funcional e da capacidade de adaptação a meios não familiares, as pessoas deste segmento etário sofrem de múltiplos e complexos problemas médicos, frequentemente estão poli medicadas e são as mais vulneráveis a complicações médicas e iatrogénicas. Por estes factos, a hospitalização da pessoa idosa acarreta períodos de internamento mais prolongados, sendo mais provável virem a morrer no hospital (comparativamente com a comunidade e outros serviços). Para além disso, apresentam

frequentemente deterioração da capacidade funcional e declínio cognitivo, experienciam mais eventos adversos, nomeadamente reações medicamentosas e utilizam mais recursos de saúde (Fretwell, 1994; Chang, Chenoweth & Hancock, 2003; Covinsky *et al.*, 2003, Pintarelli 2007; Capezuti *et al.*, 2008). Em 1970, as pessoas idosas correspondiam a 20% de todas as pessoas com incapacidade internadas e usavam 1/3 dos dias de internamento (Hall & Owings, 2002).

Em 2002 houve uma duplicação das pessoas com incapacidade e usavam aproximadamente metade dos dias de internamento. Os estudos de Palmer (1995) e Sager (1996) identificaram que cerca de 1/3 das pessoas idosas internadas para tratamento de um episódio agudo apresentam perda da independência em uma ou mais das atividades de vida diária, desenvolvendo uma nova incapacidade. Kawasaki & Diogo (2005), ao analisarem o impacto da hospitalização na independência funcional das pessoas idosas, revelaram que durante o internamento houve um declínio nos *scores* das tarefas de medida da independência funcional de autocuidado, de controlo da urina, de transferência, de locomoção e de resolução de problemas. Neste sentido, a hospitalização pode ter um impacto negativo para as pessoas idosas, em especial, com o surgimento de um conjunto de complicações e riscos para a saúde (Eliopoulos, 2005). Ponzetto *et al.* (2003) e Pintarelli (2007) alertam para o facto de que, após a alta hospitalar, as pessoas idosas estão propensas a apresentarem um declínio funcional, institucionalização e morte.

1.2. OS REFLEXOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA

A esperança de vida com e sem incapacidade tem aumentado consideravelmente. Como resultado, tem aumentado o número de pessoas que chegam a atingir idades avançadas, modificando, dessa forma, o perfil de doenças e mortalidade deste grupo. Esta situação origina novas necessidades nos serviços de saúde, relacionadas com o maior número de doenças crónico-degenerativas, equipamentos e materiais adequados, recursos humanos especializados em Geriatria, dentre outras especificidades convenientes a essa população.

Em Portugal, a maioria dos recursos e profissionais de saúde encontra-se nos serviços hospitalares, pelo que se torna urgente uma maior adequação e preparação destes profissionais no cuidado às pessoas idosas. Os enfermeiros, pelo seu número, contacto diário com as pessoas idosas e familiares e campo de intervenção da disciplina

profissional, têm um papel basilar na melhoria e adequação do cuidado a este grupo populacional. São ainda os cuidadores principais das pessoas idosas durante a hospitalização.

Por este facto, Capezuti *et al.* (2008) referem que os enfermeiros dotados de conhecimento sobre a forma como os sinais e sintomas se apresentam no processo de saúde-doença da pessoa idosa podem realmente evitar o surgimento de complicações. Estes mesmos autores, ao reforçarem a necessidade de munir os enfermeiros com competências e conhecimento no cuidado à pessoa idosa, consideram que estes(as) profissionais estão numa posição privilegiada para evitar as complicações decorrentes da hospitalização. Eliopoulos (2005) destaca a necessidade de estes(as) profissionais se anteciparem e minimizarem os riscos mais comuns das pessoas idosas hospitalizadas no sentido de promover a sua máxima capacidade funcional e independência.

Consequentemente, desafios importantes emergem no cuidado de enfermagem, tais como, a iatrogenia medicamentosa, o cuidado perioperatório e os riscos decorrentes da hospitalização. Estes desafios podem se constituir uma ameaça para a qualidade de vida das pessoas idosas durante o internamento. Neste sentido, um conjunto crescente de estudos confirmam o papel fundamental que os enfermeiros desempenham ao influenciarem as trajetórias de saúde das pessoas idosas, em especial, nos serviços hospitalares (Fitzpatrick, Salinas, O'Conner, Callahan & White, 2004; Mezey, Bolty, Esterson & Mitty, 2005).

A par do aumento de pessoas idosas com diferentes síndromes geriátricas que recorrem ao serviço de saúde, é importante considerar o fortalecimento e crescimento do conhecimento científico que têm emergido na área da Gerontogeriatría. Na opinião de McConnell (2008), a efetividade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas, na atualidade, implica que os enfermeiros integrem não só os conhecimentos que lhes permitem lidar com as episódios agudos da doença, mas também, os conhecimentos emergentes de como as doenças crónicas e as comorbilidades afetam a apresentação da doença, antecipando e tratando os síndromes geriátricos. Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky (2002) explicitam que o aumento do conhecimento dos enfermeiros sobre a organização do hospital e dos recursos disponíveis têm um impacto positivo na qualidade do cuidado.

Contudo, as respostas hoje existentes em Portugal, pela insuficiência, indiferenciação e frágil articulação, estão ainda longe de responder às necessidades das pessoas que se encontram em situação de perda da funcionalidade ou de dependência. Para além disso, a capacitação de profissionais de saúde, no nosso país tem-se desenvolvido a um ritmo mais lento, do que as alterações demográficas. Considerando o contexto da Enfermagem, a inclusão da gerontogeriatrics nos currículos ainda não é uma realidade em todas as escolas e quando isso acontece encontra-se dispersa por diferentes disciplinas. Soma a esta realidade na formação base, a inexistência de uma especialidade pós-graduada neste domínio de intervenção. Deste modo, existe uma subtil preocupação nacional e internacional relativamente ao facto dos enfermeiros terem pouco conhecimento sobre as necessidades que advêm da idade e da fragilidade das pessoas idosas (Meyer & Sturdy, 2004). Esta preocupação inclui o facto de poucos hospitais terem recomendações institucionais para orientar a prática dos profissionais, meios de formação e práticas instituídas que sirvam de suporte para o desenvolvimento de um cuidado com mais qualidade às pessoas idosas (Mezey, Kobayashi, Grossman, Firpo, Fulmer & Mitty, 2004).

Nos últimos anos, tem havido um interesse crescente em reforçar a competência dos enfermeiros e melhorar a experiência das pessoas idosas durante o internamento (Mezey *et al.*, 2004). O desenvolvimento e divulgação do conhecimento geriátrico, a elaboração de protocolos clínicos de intervenção baseados em evidências e o desenvolvimento dos enfermeiros como recurso no cuidado geriátrico" têm demonstrado uma melhoria no bem-estar das pessoas idosas, bem como uma maior satisfação de pacientes e enfermeiro(as) (Fulmer *et al.*, 2002; Lee & Fletcher, 2002; Pfaff, 2002; Swauger & Tomlin, 2002).

No entanto, é importante considerar que o contexto é determinante para o sucesso do cuidado gerontogeriatrico dos enfermeiros. Os serviços com maiores taxas de internamento de pessoas idosas, como por exemplo, os serviços de medicina, constituem para os enfermeiros uma opção pouco atraente e estimulante, sendo os serviços com maiores taxas de mobilidade. Por este facto, Boltz *et al.*, (2008) alertam para a necessidade de se desenvolverem “ambientes de cuidado (de enfermagem) geriátrico” que: i) providenciem adequados recursos geriátricos (formação contínua, serviços especializados); ii) promovam a colaboração interdisciplinar; e iii) promovam o envolvimento da pessoa idosa, da família e do(a) enfermeiro(a) nas tomadas de decisões e no desenvolvimento do

cuidado. Estes fatores relacionam-se positivamente com a qualidade do cuidado de enfermagem gerontogeriatrico. Tendo presente que os enfermeiros na sua generalidade não estão totalmente preparados para cuidar pessoas idosas, que as teorias/modelos de Enfermagem podem melhorar o cuidado e reduzir os custos hospitalares e que os enfermeiros podem constituir-se como um “ponto central” para estimular a interdisciplinaridade, foi desenvolvido nas últimas décadas modelos de atenção geriátrica orientados para os enfermeiros, com especial destaque o *Nurse Improving Care for Healthsystem Elders* [NICHE].

1.3. NICHE – UM PROJECTO EMERGENTE

O NICHE é um projeto desenvolvido para melhorar o cuidado de enfermagem geriátrica às pessoas idosas internadas em serviços hospitalares, procurando melhorar áreas em que as intervenções de enfermagem têm um impacto substancial e positivo. Tem dois objetivos principais: melhorar a qualidade dos cuidados a pacientes e melhorar a competência dos enfermeiros. Este modelo começou a se desenhar no início da década de 1980, tendo sido desenvolvido e ampliando em 4 importantes fases (tabela. 1).

Tabela 1. Resenha histórica do projeto NICHE

Fase/período	Atividades	Resultados
1ª Fase (1980-1991)	1981 – Fulmer desenvolve o modelo <i>Geriatric Resource Nurse</i> [GRN] no <i>Boston’s Beth Israel Hospital</i> . O modelo GRN é adoptado por uma equipa que liderava o cuidado geriátrico em <i>Yale New Haven Hospital</i> , sendo conhecido este projeto por HOPE (Inouye <i>et al.</i> , 1993).	Fulmer (2001) concluiu que este modelo foi uma abordagem bem sucedida na melhoria do cuidado às pessoas idosas, através da criação de protocolos padrão para problemas geriátricos comuns e no reforço dos conhecimentos dos enfermeiros.
2ª Fase (1992 a 1995)	Financiamento da <i>New York University</i> por parte do <i>John A. Hartford Foundation</i> e do <i>Education Development Center, Inc.</i> para testar alguns modelos de cuidado de enfermagem geriátrica numa amostra	A implementação do projecto HOPE num campo mais alargado tornou-se conhecido como NICHE e teve como objetivo: criar um ambiente melhor para o cuidado às pessoas idosas internadas, melhorando as intervenções de enfermagem.

	<p>mais alargada de serviços hospitalares.</p> <p>Um conselho consultivo de especialistas em enfermagem geriátrica ajudou a desenvolver protocolos para orientar o cuidado de enfermagem</p> <p>Quatro hospitais foram selecionados para testar o NICHE, tendo presente a diversidade dos profissionais, as prioridades administrativas e a localização geográfica.</p> <p>Posteriormente outros 5 hospitais implementaram o projeto NICHE</p>	<p>O desenvolvimento do <i>Geriatric Institutional Assessment Profile</i> [GIAP], um instrumento concebido para ajudar os hospitais a analisar as necessidades das pessoas idosas internadas e identificar as lacunas no desenvolvimento do cuidado geriátrico.</p> <p>A avaliação do impacto antes e durante a aplicação de NICHE nestes quatros locais revelou melhorias na perceção dos profissionais sobre o cuidado geriátrico, na gestão dos riscos, na dotação dos recursos humanos e permitiu a certificação de qualidade. Este grupo teste serviu como ensaio para definir detalhes do funcionamento deste modelo, analisar como estes resultados foram alcançados, quais as estratégias desenvolvidas e os obstáculos e desincentivos para a implementação do NICHE.</p> <p>Criação do <i>NICHE Tool Kit</i> que inclui o Planeamento do NICHE e o Guia de Implementação com: i) modelos de cuidado de enfermagem; ii) planos de ação com o objetivo de ajudar os profissionais a conceber um plano para melhorar o cuidado geriátrico, com base nas lacunas identificadas através de uma avaliação sistemática; iii) <i>Geriatric Institutional Assessment Profile</i>; e iv) protocolos de boas práticas no cuidado de enfermagem, abordando 13 importantes síndromes geriátricas.</p>
3º Fase (1996 a 2002)	O NICHE passa a fazer parte integrante de <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing</i> .	Este período fica marcado pela expansão do modelo e o desenvolvimento de inúmeras atividades, nomeadamente a: i) realização de várias conferências anuais sobre: liderança para novos locais que pretendam implementar o NICHE, atualizações clínicas; ii) revisão dos

		protocolos de boas práticas no cuidado de enfermagem com o apoio do <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing (Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice, 2007)</i> ; iii) cursos de formação contínua sobre o cuidado geriátrico, partindo da experiência adquirida com a implementação do NICHE; iv) criação e certificação da especialidade em enfermagem gerontológica; e v) a criação de um programa nacional com entrada interdisciplinar para as instituições que implementaram o NICHE poderem partilhar recursos e informações sobre o cuidado às pessoas idosas.
4ª Fase (desde 2003)	<p>NICHE com três novas iniciativas:</p> <p>1) Marie Boltz a primeira <i>advanced geriatric nurse</i> foi contratada para liderar as iniciativas do <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing</i>;</p> <p>2) GIAP <i>Benchmarking</i> serviço foi transferido para a Universidade de New York sob a direção de Susan Fairchild;</p> <p>3) Liz Capezuti juntou-se à NYU e ao Instituto Hartford para iniciar um grupo de pesquisa sobre a GIAP.</p> <p>Em 2006, o <i>Hartford Institute for Geriatric Nursing</i> recebeu financiamento da <i>Atlantic Philanthropies</i></p>	<p>Este projeto evoluiu para um programa nacional e internacional de enfermagem geriátrica (implementado em mais de 270 hospitais nos Estados Unidos da América, Canadá e Holanda)</p> <p>Estudos dos hospitais que adotaram o NICHE têm demonstrado uma melhoria no conhecimento dos enfermeiros e o reforço das capacidades em relação ao cuidado geriátrico; maior satisfação de utentes e enfermeiros; diminuição do período de internamento; reduções nas taxas de readmissão; aumentos do período de tempo entre os reinternamentos e reduções nos custos associados à hospitalização das pessoas idosas (Guthrie, Edinger, & Schumacher, 2002; Pfaff, 2002; Swauger & Tomlin, 2002).</p>

Desta resenha história ressaltam dois aspetos que foram cruciais para o sucesso do NICHE: os modelos de cuidado e a GIAP, que serão abordados de forma sumária seguidamente.

Os modelos de cuidado de enfermagem do NICHE têm desempenhado um papel especial na melhoria do cuidado às pessoas idosas e nos ganhos em saúde durante a após o

internamento (Mezey *et al.*, 2005). Deste modo, estes modelos podem ajudar os hospitais e os profissionais que neles trabalham a melhorar o atendimento e as respostas às necessidades das pessoas idosas hospitalizadas. Dos principais modelos, destacamos:

- *Geriatric Resource Nurse [GRN]* – este modelo tem como objetivo subjacente, melhorar o conhecimento geriátrico dos enfermeiros que estão no cuidado direto às pessoas idosas. O GRN é um modelo de intervenção educacional e clínico que capacita enfermeiros na identificação dos principais síndromes geriátricos, ajudando a implementar estratégias de cuidado. Usando a Fidelidade teste-reteste, Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild & Secic (2009) verificaram que os locais que empregam o modelo GRN têm uma relação estatisticamente significativa com a melhoria da percepção dos enfermeiros sobre o cuidado às pessoas idosas. Este modelo é o mais utilizado nos hospitais que adotaram o NICHE, servindo também de base para a adoção de outros modelos.
- *The Acute Care For the Elderly Model [ACE]* - este modelo consiste no desenvolvimento de unidades especializadas que evitem o declínio das pessoas idosas durante a hospitalização. Estas unidades combinam o cuidado de enfermagem com um ambiente físico renovado para lidar com o declínio funcional. O trabalho interdisciplinar desempenha um importante papel neste modelo, em que os profissionais da Medicina e Enfermagem especializados em geriatria, juntamente com os demais profissionais, constroem em conjunto os protocolos de intervenção (Mezey *et al.*, 2005).
- *Geriatric Syndrome Management Model* - este modelo prevê uma contínua consulta e formação de enfermeiros, por um(a) enfermeiro(a) especializado(a) na área da gerontogeriatrics, com o objetivo de melhorar a precisão e rapidez do cuidado na detecção e gestão de síndromes geriátricos comuns (Mezey, *et al.*, 2005).

Um passo fundamental no aperfeiçoamento do cuidado geriátrico é uma avaliação da capacidade da organização para criar uma mudança sistêmica através de uma análise dos pontos fortes da organização e dos obstáculos à melhoria do cuidado à pessoa idosa hospitalizada (Mezey *et al.*, 2004). Neste sentido, foi desenvolvido a GIAP, que é um instrumento de pesquisa concebido para ajudar os hospitais do projeto NICHE a: i) avaliar a sua disponibilidade institucional para oferecer atendimento de qualidade às pessoas

idosas (Abraham *et al.*, 1999); ii) detetar mudanças após a aplicação de um programa de intervenção geriátrica (Boltz *et al.*, 2008a); iii) avaliar a qualidade do cuidado às pessoas idosas e, assim, servir como um instrumento de referência para apoiar os hospitais na identificação do conhecimento, das atitudes e percepções de profissionais acerca dos cuidados geriátricos, bem como no reconhecimento dos recursos e organização dos hospitais relativamente às respostas direcionadas para as pessoas idosas (Kim, Capezuti, Boltz, Fairchild, Fulmer & Mezey, 2007). Este instrumento tem como objetivos: 1) avaliar as atitudes em relação ao cuidado das pessoa idosas internadas; 2) avaliar o conhecimento de diretrizes institucionais sobre o cuidado à pessoa idosa; 3) avaliar o conhecimento das melhores práticas de cuidado em quatro síndromes geriátricos comuns: distúrbios do sono, úlceras de pressão, incontinência e uso de contenções físicas; 4) identificar os pontos fortes e as barreiras para o desenvolvimento de "melhores práticas" no cuidado das pessoas idosas. Deste modo, este instrumento permite: obter informações sobre as percepções, atitudes e conhecimentos de profissionais sobre os distúrbios geriátricos mais comuns; identificar as barreiras que os enfermeiros enfrentam para o desenvolvimento de cuidado de qualidade; fornecer informações sobre a qualidade do cuidado na instituição e a capacidade para satisfazer as necessidades das pessoas idosas internadas.

O GIAP é constituído por 152 itens de autopreenchimento distribuídos por três escalas¹⁴ e várias subescalas, em que cada uma mede uma dimensão do cuidado geriátrico nos hospitais. Estas escalas orientam-se em torno de 4 conceitos: características dos enfermeiros e hospitais (tem como objetivo identificar a sua associação com o cuidado geriátrico desenvolvido); percepção dos enfermeiros sobre o “ambiente de cuidado geriátrico” (este conceito inclui os valores institucionais em relação às pessoas idosas e profissionais, a capacidade de colaboração e a disponibilidade dos recursos); percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do cuidado geriátrico e o conhecimento geriátrico dos enfermeiros.

Vários estudos têm sido desenvolvidos com base no GIAP ou com algumas das suas escalas, quer no processo de implementação do projeto NICHE, quer na monitorização e avaliação do impacto do projeto (Guthrie, Edinger & Schumacher, 2002; Pfaff, 2002;

¹⁴ Atitudes e conhecimentos geriátricos dos enfermeiros; “Ambiente de cuidado geriátrico” e formação profissional.

Swauger & Tomlin, 2002, Boltz *et al.*, 2008). Neste sentido, o GIAP tem-se revelado um instrumento válido e confiável¹⁵ na melhoria do cuidado às pessoas idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, o desenvolvimento do cuidado de enfermagem às pessoas idosas nem sempre tem acompanhado a transição demográfica e epidemiológica desse grupo populacional. Os enfermeiros desempenham um papel central no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, pelo que, o surgimento de projetos que permitam a estes(as) profissionais conseguir encontrar respostas às necessidades destas pessoas é essencial para conseguirmos ganhos em saúde e melhorias na qualidade de vida e funcionalidade durante o processo de internamento hospitalar. Neste sentido, o NICHE tem se revelando um projeto em crescimento e com uma implementação internacional. Nos países lusófonos este projeto ainda não está implementado. Contudo, o envelhecimento populacional é uma realidade, em especial, em Portugal, sendo necessário reconhecer a necessidade premente de fomentar o cuidado de enfermagem geriátrica. No nosso país, não existe nenhum modelo de cuidado direcionado para as pessoas idosas internadas, mas é urgente olharmos para estas experiências e também nós começarmos a implementar projetos coesos e consistentes que diligenciem uma qualidade crescente no cuidado das pessoas idosas. Neste sentido, no âmbito do programa doutoral em gerontologia e geriatria estamos a desenvolver o processo de tradução e validação do GIAP para a Enfermagem portuguesa e analisar o Perfil do Cuidado de Enfermagem Geriátrico Institucional.

¹⁵ As principais escalas da GIAP revelaram boa a muito boa consistência interna e fiabilidade (alfa de cronback varia de 0,60 a 0,94) (Abraham *et al.*, 1999; Boltz *et al.*, 2008; Boltz *et al.*, 2008a; Kim e tal., (2007); Boltz *et al.*, (2009)).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham I., Bottrell M. M., Dash, K.R., Fulmer, T.T., Mezey, M.D., O'Donnell, L., et al. (1999). Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: The Geriatric Institutional Assessment Profile. *Nursing Clinics of North America*, 34(1), 237-255.
- Alto Comissariado da Saúde (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal. Boletim Informativo, nº 2*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Bolz, M., Harrington, C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*, 105(5), 101-02.
- Boltz, M., Capezuti, E., Bower-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., et al. (2008). Changes in the geriatric care environment associated with NICHE. *Geriatric Nursing*, 29(3), 176-185.
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Kim, H., Fairchild, S., et al. (2008a). Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 282-289.
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2009). Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP). *Clinical Nursing Research*, 18 (3), 242-252.
- Bowen, T., Forte, P., Foote, C. (2005). Management and planning of services (Chapter 3, pp.33-49). In B. Roe., R. Beech (Eds). *Intermediate and Continuing Care*. Great Britain: Blackwell.
- Chang, E., Chenoweth, L., & Hancock, K. (2003). Nursing needs of hospitalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 32-41.
- Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H., Counsell, S.R., Stewart, A.L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 451-458.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M., Fulmer, T., Gray-Miceli, D., & Kluger, M. (Eds.). (2008). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice (3rd edition)*. New York: Springer Publishing Company.

- Direcção geral da saúde. Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas. Lisboa, 2004. Recuperado em Maio, 2007, de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
- EUROSTAT – Living Conditions in Europe: Data 2002-2005, 2007. Recuperado em Maio, 2008, de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-76-06-390/EN/KS-76-06-390-EN.PDF.
- Eliopoulos, J. (2005). Gerontological Nursing (6a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fitzpatrick, J., Salinas, T. K., O’Conner, L. J., Callahan, B., & White, M. T. (2004). Nursing care quality initiative for hospitalized elders and their families. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 156-161.
- Fonseca, A. M. (2007). Prefácio. In: L. SOUSA, A. MENDES, A. P. RELVAS. *Enfrentar e velhice e doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fulmer, T. (2001). The geriatric resource nurse: A model of caring for older patients. *American Journal of Nursing*, 102, 62.
- Fulmer, T., Mezey, M., Bottrell, M., Abraham, I., Sazant, J., Grossman, S. et al (2002). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatric Nursing*, 23(3), 121-127.
- Hall, J., Owings, F. (2002). 2000 national hospital discharge survey: advance data from vital and health statistics. Hyattsville. MD: Department of health and human services.
- Hayes, K. S. (2003). Idosos (Capítulo 32, pp. 297-304.). In: K. OMAN et al. (Org.). *Segredos em Enfermagem de Urgência*. Porto Alegre: Artmed.
- INE – O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica socio-económica recente das pessoas idosa, 2002. Recuperado em Março, 2006 de <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/act29.html>.
- INE – Projecções da população residente em Portugal 2008-2060, 2009. Recuperado em Janeiro, 2010, de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESstema=55466&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=65573359&DESTAQUESstema=55466&DESTAQUESmodo=2)

- Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Cooney, L. M. (1993). The Yale geriatric care program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 1345-1352.
- Kawasaki, K. ; Diogo, M. J. D. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica*, 12, 55-60.
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research*, 56(5), 339-347.
- Lee, V. K., & Fletcher, K. R. (2002). Sustaining the geriatric resource nurse model at the University of Virginia. *Geriatric Nursing*, 23, 128-132.
- Meyer, J., & Sturdy, D. (2004). Exploring the future of gerontological nursing outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6b), 128–134.
- Mezey, M., Kobayashi, M., Grossman, S., Firpo, A., Fulmer, T., & Mitty, E. (2004). Nurses improving care to healthsystem elders (NICHE): Implementation of best practice models. *Journal of Nursing Administration*, 34(10), 451–457.
- Mezey, M., Bolty, M., Esterson, J., & Mitty, E. (2005). Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatric Nursing*, 26(1), 11-15.
- McConnell, E. (2008). Foreword. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, T. Fulmer, D. Gray-Miceli, & M. Kluger (Eds.). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (3rd edition). New York: Springer Publishing Company.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.
- Palmer, R. M. (1995). Acute hospital care of the elderly minimizing the risk of functional decline. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 67(2), 117-28
- Pfaff, J. (2002). The Geriatric Resource Nurse Model: A culture change. *Geriatric Nursing*, 23 (3), 140.
- Pepa, A. C. (2006). Global Models of Health Care. In K. I. Mauk (Ed.) *Gerontological Nursing: competencies for care* (Chap. 17, pp. 645-667). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Pintarelli, V. L. (2007) – avaliação médica. In J. T. Neto, V. L. Pintarelli, T. H. Yamatto (Org) *À beira do leito: geriatria e gerontologia na prática hospitalar* (cap. 1, pp. 3-11) São Paulo: Manole.
- Ponzetto, M., Zanocchi, M., Maero, B., Giona. E., Francisetti, F., Nicola, E., Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 36, 83-91.
- Saber, M.A. et al. (1996). Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of American Geriatrics Society*, 44, 251-57.
- Swauger, K., & Tomlin, K. (2002). Best care for the elderly at Forsyth Medical Center. *Geriatric Nursing*, 23(3), 145–150.

2. THE USE OF THE GERIATRIC INSTITUTIONAL ASSESSMENT PROFILE: AN INTEGRATIVE REVIEW¹⁶

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²;

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNSc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

ABSTRACT

The Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) is a self-report survey, designed to assess a hospital's readiness to implement a geriatric program. Considering the importance of the GIAP in delivering a high quality of geriatric care, it is appropriate and relevant to develop an integrative review (IR) about the use of this instrument for the improvement of knowledge in this area. The primary aim of this study was to undertake an IR of the strengths and fragilities of the GIAP and its main implications for geriatric nursing care. This IR was inspired by Whittemore's method. A total of 15 articles met the criteria in this review. Data analysis formed three themes: the GIAP quality metrics; geriatric nursing care initiatives assessment and geriatric nursing practice environment assessment. This survey revealed a high degree of specificity, conformity, appropriateness and utility in the evaluation of nurses' perception of the geriatric care, and the GIAP was considered to be a crucial tool in the development and improvement of caring for hospitalised older adults.

¹⁶*Research in Gerontological Nursing*. 2013; 6(3):209-220.

INTRODUCTION

Improving the quality of geriatric care has become a major international clinical and research objective. Over the past 2 decades, efforts to improve care and outcomes for geriatric patients have included the development of models of acute care for hospitalized older people (Steele, 2010). These include the Hospital Elder Life Program (HELP), the Acute Care for Elders (ACE Unit), the Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE) and the Transitional Model of Care (TMC) (Flaherty & Resnick, 2011; Palmisano-Mills, 2007). The implementation of these programs introduces change in hospital organisation and healthcare professional practice and has resulted in an improvement in the older adult care (Flaherty & Resnick, 2011; Palmisano-Mills, 2007). One of the most frequently applied programs is the Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). This program was created in 1992 at the Hartford Institute for Geriatric Nursing at the New York College of Nursing.

The NICHE's aims are to promote systematic changes in nursing care that will benefit hospitalised older adults; to provide sensitive and exemplary geriatric care and to implement principles and tools that encourage older adult centred care in the hospital. Evaluation is an important component of the NICHE program (NICHE, 2010). This program is a development of the Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP). This survey enables hospitals to quantify staff knowledge, attitudes, and perceptions in the care of geriatric patients that could facilitate the integration of geriatric care models or initiatives to ensure that older adults receive high-quality care throughout their hospital experience. Actually, the GIAP was used in more than 300 hospitals (community, regional, rehabilitation, and academic medical centers) to measure how health care providers assess the care of hospitalized older adults (NICHE, 2010). The consistent use of GIAP reinforces the importance of review available evidence from its use and stresses the importance of this tool in improving the geriatric nursing care in acute care settings.

The GIAP is an instrument that helps hospitals to: i) assess their institutional readiness to provide quality care to older adults (Abraham et al., 1999; Fulmer et al., 2002); ii) detect changes pre and post implementation of a geriatric program or model (Boltz et al., 2008a; Fulmer et al., 2002); iii) evaluate the quality of care provided to older adult and thus serve as a benchmarking tool to assist hospitals in identifying gaps in knowledge about geriatric care, attitudes and perceptions that influence how staff work

with older patients, specific practice issues and concerns, and organisation attributes of the hospital relevant to geriatric care (Boltz et al., 2008b; Kim, Capezuti, Boltz & Fairchild, 2009).

The GIAP is a 152-item self-report instrument that has three major scales and several subscales, each of which measures a domain of the geriatric institutional milieu (NICHE, 2010): the Geriatric Care Environment (GCE) scale, six Professional Issues subscales (Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild, & Secic, 2010), and the Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes scale (Abraham et al., 1999). Other items survey respondents' demographic and professional information.

This GIAP was used in different settings, with different methodologies and aims, but there is no integrative review of the applications and results achieved with this instrument. For this reason, it is appropriate and relevant to develop an integrative review about the use of the GIAP to improve knowledge in this area and deliver high quality geriatric care.

2.1. METHODS

The primary aim of this study was to undertake an integrative review of the strengths and weakness of the GIAP and to examine its main implications for geriatric nursing care.

2.1.1. Design

This study was an integrative review of the available literature carried out in accordance with the currently popular orientation of Whitemore's method (Whitemore, 2005a,b; Whitemore & Knafl, 2005). "The integrative review method is an approach that allows for the inclusion of diverse methodologies (i.e. experimental and nonexperimental research) and has the potential to play a greater role in the evidence-based practice of nursing" (Whitemore & Knafl, 2005, p. 547). Given the lack of higher-level evidence of the use of the GIAP, this method was considered to be the most appropriate for exploring and defining the current status of the available literature, which comes from a variety of scientific sources. Following Whitemore & Knafl's (2005) framework, this integrative research review included four stages: problem identification (stated previously), a literature search, data evaluation and data analysis.

2.1.2. Database Search

The literature research was performed from March to September 2011. Studies included original research published from January 1999 (year of the first validation study for GIAP) to March 2011. Electronic database searches included: Cinahl, Pubmed/Medline, the Cochrane Database of systematic Reviews, the Wiley Online Library, OVID, LILACS and SciELO. Other search methods were also used, including the System for Information on Grey Literature in Europe, a review of the references in the article and a manual search in Coimbra's Nursing School library. We also contacted the original authors of the GIAP in order to obtain references or articles which had not been included in the research. Studies written in English, French, Spanish and Portuguese were included (languages of the authors' domain). The English terms used in the research were geriatric care, geriatric nursing, geriatric assessment and Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP).

2.1.3. Inclusion and exclusion criteria

Studies were selected and reviewed based on the inclusion and exclusion criteria. Table 2 summarises these criteria.

Table 2. Inclusion and exclusion criteria to select and review the studies

Selection criteria	Inclusion criteria	Exclusion criteria
Participants	Studies that included nurses	Studies that only included other health professionals
Intervention	Validation studies in the original language (English) and in other languages (Spanish, Portuguese and French). Pre-post test design that used the GIAP to assess the results	Pre-post design that did not use the GIAP to assess the results
Context	Studies in acute hospital settings	Studies in the community and nursing homes
Design	Experimental, quasi-experimental and observational studies	Unpublished manuscripts (abstracts or dissertations), and editorials, opinions or discussions

Out of 4,848 articles, 4,825 studies were subsequently excluded, since on closer inspection (title and abstract) they did not fully meet the inclusion criteria, and many of them were duplicated articles appearing in different databases (figure. 2.). A total of 23 full copies of studies were selected and reviewed independently by the authors in order to build consensus and reduce bias. After reviewing the articles, the authors had face-to-face meetings to analyse and compare the final selected papers for this study. Finally, 15 articles met the inclusion criteria for this review.

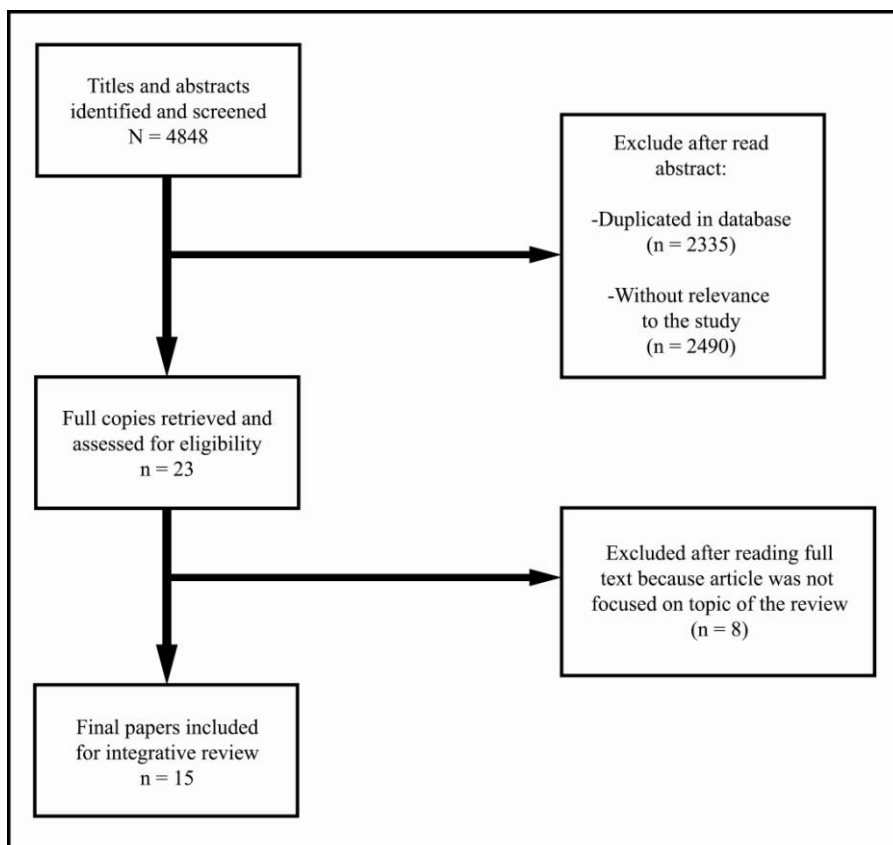


Fig. 2. Flow of studies through the review

All papers in this integrative review were published in peer-reviewed journals. To assess the quality of the papers, the checklist about strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (Malta, Cardoso, Bastos, Magnanini & Silva, 2010) was adopted. This checklist has 22 items that constitute the benchmark for both authors reviewing the studies. When the quality assessment was completed, the authors conducted face-to-face meetings to analyse the agreements and disagreements in order to establish a full consensus about the quality appraisal of the papers. No article was excluded at the end of this process.

2.1.4. Data analysis stage

Using the method of Whitemore & Knafl (2005), the data analysis included data reduction, display, comparison, and conclusion-drawing and verification. In the first stage of the analysis, the studies were carefully examined and analysed sequentially. Predetermined and relevant data were extracted from all 15 studies and compiled into a matrix according to the first author, date and country; study aim, sample description and recruitment location, design, and results. In the data display, the data extracted from each study were converted into a display that assembled the data from all studies that allowed us to visualise patterns and relationships between data sources and served as a starting point for interpretations. This organisation enabled a better visualisation of the results and identification of similarities and differences across the studies (Table 3).

Table 3. Summary of included studies

Reference	Study aim	Sample and recruitment location	Design	Results
Abraham et al. (1999) Profiling Care and Benchmarking best practice in care of Hospitalized care.	Explore the factorial structure of best practice knowledge and best practice environment (67 questions, several with sub items, for a total of 152 items from GIAP).	303 Questionnaires for health professional (86.5% nurses; 7.8% medical staff and 5.7% allied health disciplines) in an academic medical centre	Cross-section, factor analysis	In the best practice knowledge six-factors were retained: best practice principles; knowledge of iatrogenic prevention; inappropriate knowledge; knowledge of pressure ulcers; clinical and time management; and knowledge of health promotion. These six factors explained 41% of the variance. The scale of best practice environment was a fifth factor solution, which explained 62.65% of the variance. Factor 1 – Institutional facilitators of best practice; factor 2 – Institutional obstacles to best practice; factor 3 – Information transfer; factor 4 – Institutional values about patients and staff; factor 5 – Time and resource constraints on best practice. The internal consistency in 84.6% of factors was greater than .70.
Fulmer et al. (2002) Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE): Outcomes and benchmarks for	Examine pre and post design to capture changes in staff attitudes, knowledge and perceptions of the care for	Number of Registered Nurses (RNs) staff ranged from 505 to 1600.	Pre- and post-test (9 and 18 months), retrospective, cross-section design	The experience of caring for elders improved significantly ($P < .0001$). The perceived reward for working with elderly patients also improved considerably ($P < .02$). The total knowledge was scored in four areas.

Table 3. Summary of included studies (cont.)

Evidence-Based Practice. USA	older adults	Four pilot hospitals in the pre-test and three pilot hospitals in the post-test.	Respondents showed a statistically significant relationship ($P < .0001$). In terms of the perceived institutional environment, the valuing of best practice in geriatric nursing ($P < .001$) increased, and the perceived obstacles to best practice in geriatric nursing decreased ($P < .0001$).
Pfaff (2002) The Geriatric Resource Nurse (GRN) Model: a culture change	Outline the initial steps taken to implement the GRN model and NICHE program.	RNs from Waukesha Memorial Hospital (1999 - 182 RNs and 2001 - 187 RNs)	Total knowledge and knowledge of incontinence management scores showed statistically significant improvement ($P < 0.01$). In addition, attitudes related to incontinence management also improved statistically significance ($P < 0.05$). In 1999, the quarterly prevalence data on the pilot units indicated that acquired urinary incontinence ranged from 14% to 31%. In 2000, it ranged from 7.6% to 25%; in 2001, it ranged from 12% to 18%.
Guthrie et al. (2002) TWICE: A NICHE program at North Memorial Health Care. USA	Describe how a community-based hospital implements the GRN model on an orthopaedic and acute medical surgical unit.	298 randomly selected RNs and 48 for the pilot unit.	North Memorial's GIAP survey results indicated that the most significant knowledge deficits for the nursing staff were with basic geriatric practices, such as managing incontinence, preventing skin breakdown (pressure ulcer), and improving or maintaining functional status. The results of the GIAP survey helped to focus on the initial outcome goals for the TWICE program. As a result of the changes implemented, the incidence of confusion

Table 3. Summary of included studies (cont.)

<p>Fitzpatrick et al. (2004) Nursing Care Quality Initiative (NCQI) for care of hospitalized elders and their families USA</p>	<p>Describe a Nursing care quality initiative through which a new model of care for hospitalized older adults and their families at the Family-Centered Geriatric Resource Nurse (FCGRN) model.</p>	<p>Pre-test (n=48 RNs) post-test (n=40 RNs).</p>	<p>Pre- and post-test, cross-section design</p>	<p>from patients with hip fractures declined (1999: 21.2%, n = 146; 2000: 18%, n = 172; 2001: 12.8%, n = 211). The geriatric knowledge across all areas (pressure ulcers, sleep management, incontinence management and restraint management) increased from time 1 to time 2. The FCGRN's attitudes toward staff and restraint management became significantly more positive. FCGRN geriatric knowledge was considerably different from all staff of NCQI units and in the NICHE program (p=. 05). Disagreements about geriatric treatment and intensity of behavioural problem were found more meaningful than with the staff in the NICHE program (p=. 05). Disagreements between staff/family about geriatric treatment were also more relevant when compared with the staff of the NCQI units and the NICHE programs (p=. 05).</p>
<p>Wallace et al. (2006) Development, Implementation, and Evaluation of a Geriatric Nurse Education Program USA</p>	<p>Develop, implement, and evaluate a geriatric nurse education program to ensure that nurses meet the needs of the increasing elderly population.</p>	<p>A total of 18 nurses from two larger teaching hospitals, both members of the Yale Healthcare Network, completed the 8-</p>	<p>Pre- and post-test, cross-section design</p>	<p>The global pre-test measures of knowledge (M = 151.94; SD = 11.75) with post-test knowledge (M = 153.94; SD = 16.5) revealed no significant changes. However, when individual instrument items were compared before and after the course, significant changes were seen in response to the need for daily assessment of older adults to prevent iatrogenesis (t = 2.582; p = .020). Nurses increased their knowledge regarding the prevalence of</p>

Table 3. Summary of included studies (cont.)

		week program.			incontinence ($t = -2.504$; $p = .023$), the sequelae of constipation ($t = -2.400$; $p = .029$), and causes of sepsis in older adults ($t = -2.487$; $p = .024$).
Kim et al. (2007)	Explore the factorial structure of the 28-item Geriatric Care Environment Scale (GCEES) of the GIAP, test its validity with a sample of staff RNs, and evaluate its invariance across 4 groups of RNs who worked at 4 different types of hospitals.	Staff RNs (n=9,400) at 71 acute hospitals, who responded to the GIAP from 1999 to 2004	Retrospective, cross-sectional and confirmatory analysis		The GCEES was internally consistent (Cronbach's alpha = .93) and accounted for approximately 55% of the total variance. The 4 factors extracted from the exploratory factor analysis were: Aging-Sensitive Care Delivery, Resource Availability, Institutional Values Regarding Older Adults and Staff, and Capacity for Collaboration. The 4-factor structured model was validated in a half-randomly selected sample (Normed Fit Index [NFI] = .931, Non-Normed Fit Index [NNFI] = .933, Comparative Fit Index [CFI] = .939, Root-Mean-Square Error of Approximation [RMSEA] = .058) and did not vary significantly across the 4 groups of RNs who worked at the 4 different types of hospitals (NFI = .969, NNFI = .975, CFI = .976, RMSEA = .027).
Boltz et al. (2008a)	Examine relationship between nurses' perceptions of the geriatric nurse practice environment (GNPE) and perceptions of geriatric-care delivery, and geriatric nursing	9,802 Direct-care RNs from 75 acute-care hospitals in the US that administered the GIAP	Retrospective, cross-sectional design.		Controlling for hospital and nurse characteristics, a positive geriatric nurse practice environment was associated with positive geriatric-care delivery ($F=4,686$, $p < .001$) but not geriatric nursing knowledge. The independent contribution of all three dimensions of the geriatric nurse practice environment (resource

Table 3. Summary of included studies (cont.)

				availability, institutional values, and capacity for collaboration) influences care delivery for hospitalised older adult patients. Organisational support for geriatric nursing is an important influence upon quality of geriatric care.
Boltz et al. (2008b)	Examine the influence of the NICHE program on 3 measures of geriatric-specific efficacy while considering the potentially additional effects of nurse and hospital characteristics.	8 urban, not-for-profit, acute-care hospitals were examined n = 896 RNs in the pre-NICHE implementation group (pre-NICHE) and 1,028 RNs in the post-NICHE implementation group (post-NICHE).	Pre- and post-test, retrospective cross-section design	Controlling for hospital and nurse characteristics, both nurse perceptions of the geriatric nursing practice environment (p<.0001) and quality of geriatric care (p=.0004) increased, but not geriatric nursing knowledge (P= .1462), following NICHE implementation.
Robinson and Mercer (2007)	Examine the nurses' knowledge and perception of care provided to older adults.	18 of 50 ED nurses	Cross-section, descriptive design	Nurses believed that lack of knowledge about older adult care, economic pressures, and communication difficulties, as well as confusion over who was the decision-maker and a lack of bed availability somewhat interfered with providing good care. Staff shortages and transportation to return older adults to nursing homes

Table 3. Summary of included studies (cont.)

					were the highest rated obstacles to care. On a test of gerontological knowledge, emergency department nurses scored lowest on pressure ulcer prevention and appropriate indwelling urinary catheter usage.
Boltz et al. (2009)	Test-retest	Examine the test-retest	166 Direct care	Test-retest design	Intraclass correlation coefficients of the GIAP scales and subscales ranged between .82 and .92, demonstrating good to very good reliability.
Reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile	reliability of the GIAP in a sample of direct care nurses.	nurses in three urban, university-affiliated hospitals			
USA			over a 3-week time period.		
Kim et al. (2009)	Nursing	Examine the relationship of	192 RNs who	Retrospective, cross-sectional design	The general NPE was negatively related to quality of geriatric care, but the overall geriatric-specific NPE was positively related to quality of geriatric care.
Practice Environment and Nurse-Perceived Quality of Geriatric Care in Hospitals	Nursing Practice Environment (NPE) to nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals using both general and geriatric-specific NPE scales, while adjusting for hospital and nurse covariates.	worked at three non-profit acute care hospitals located in two metropolitan areas in New York State.			Among five sub domains of the general NPE, Nurse Participation in Hospital Affairs was positively related to quality of geriatric care, whereas two subdomains were not significant, and another two were negatively related to quality of geriatric care.
USA					All three sub domains of the geriatric-specific NPE measured by the Geriatric Nursing Practice Environment scale were positively related to quality of geriatric care when adjusting for general NPE.
Boltz et al. (2010)	Factor	Examine the factorial validity	2,211 direct care	Retrospective, cross-sectional factor and	The exploratory factor analysis of the six Geriatric Professional Issue Scales (staff disagreement,
Structure of the Geriatric	of six scales that represent		RNs in 24 hospitals		

Table 3. Summary of included studies (cont.)

Institutional Assessment Profile's Issues Scales USA	common professional issues known to influence geriatric nursing practice.	confirmatory analysis	staff/family/patient disagreement, use of geriatric services, perceived legal vulnerability, perceived upsetting behaviours, and burden of upsetting behaviours) demonstrated very good internal consistency, greater than .80. The six factors were validated in a half randomly selected sample, with a root-mean-square error of approximation fit index of 0.07 and the normed and non-normed fit indices both 0.8, all indicating adequate fit of the six-factor model.
Wendel et al (2010) Implementing Staff Nurse Geriatric Education in the Acute Hospital Setting USA	Assess the geriatric educational needs of staff nurses, develop and implement staff nurse geriatric educational interventions, and evaluate the impact of the interventions on knowledge and satisfaction of staff nurses working at a large, urban teaching hospital in the Mid-Atlantic region.	Cross-sectional, pre and post-test with control group	There were no significant differences between the pre-intervention and post-intervention groups (p=0.556) or comparison groups (p=0.123). The baseline total knowledge score for the comparison group was lower than for the intervention group (p=0.011).
McKenzie et al. (2011) Hospital Nurses' Perceptions of	Identify and compare perceptions of the geriatric care	Cross-section design	The hospital type was significantly associated with nurses' perceptions of the geriatric nurse practice

Table 3. Summary of included studies (cont.)

the Geriatric Care environment in one Canadian Healthy Care Region.	environment among nurses in three different types of urban hospital in a health authority in a Midwestern Canadian province.	care hospitals; N=387 for community hospitals, N=504 for tertiary hospitals).	environment composite scale ($F = 47.56, df = 2, p < .001$). Perceptions of the geriatric nurse practice environment (both internal consistency of the composite scale and the three subscales) were the least positive among nurses in community hospitals relative to the other two types of hospital. Perceptions were the most positive in the geriatric-chronic care hospitals.
Canada			

Note. GIAP = Geriatric Institutional Assessment Profile; GRN = geriatric resource nurse; NICHE = Nurses Improving Care of Healthsystem Elders; TWICE = Together We Improve Care for Elders; NCQI = Nursing Care Quality Initiative; FCGRN = Family-Centered Geriatric Resource Nurse; GCES = Geriatric Care Environment Scale; NFI = normed fit index; NNFI = non-normed fit index; CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; GNPE = geriatric nurse practice environment; ED = emergency department; NPE = nursing practice environment.

The data comparison step involved an iterative process of examining data displayed in the studies to identify themes or patterns. We developed themes, looking for similarities and differences between the data to start grouping them in hierarchical tree structures. In the final phase, conclusion drawing and verification, an interpretive effort was performed from the description of patterns and relationships to higher levels of abstraction (Whittemore & Knafl, 2005). In this phase, three themes involving the use of the GIAP emerged: the GIAP quality metrics; geriatric nursing care initiatives assessment and geriatric nursing practice environment assessment. The analysis stage process was ensured through ongoing discussion between the authors.

2.2. RESULTS

2.2.1. Description of the data

The studies included in this integrative review were developed mainly in the United States, except for that of McKenzie and colleagues (2011), which was conducted in Canada. Based on the analysis of the section methods, fourteen studies used observation research methods: cross-section design (McKenzie, Blandford, Menec, Boltz & Capezuti, 2011; Robinson & Mercer, 2007), cross-section and retrospective design (Boltz et al., 2008a; Kim et al., 2009, Pfaff, 2002; Guthrie, Edinger & Schumacher, 2002), cross-section with factor analysis (Abraham et al., 1999; Kim et al., 2007; Boltz et al., 2010), cross-section, retrospective and pre and post-test design (Fulmer et al., 2002, Boltz et al., 2008b; Wallace, Greiner, Grossman, Lange & Lippman, 2006), cross-section pre and post-test with the control group (Wendel, Durso, Cayea, Arbaje & Tanner, 2010) and test-retest design (Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild & Secic, 2009). Only one used mixed methods (Fitzpatrick, Salinas, O'Conner, Callaban & White, 2003).

The number of participants or samples used in the studies ranged from 9,802 (Fulmer et al., 2002) to 18 (Robinson & Mercer, 2007) RNs (Table 3). The majority of RNs in the studies were female, white, Caucasian, with a mean age of between 29.7 to 43.87 years old. Most worked in general medicine, surgical or intensive care. The most frequent academic nursing degree was a baccalaureate and associate degree. The sample in the studies was performed using two strategies. The first strategy was to extract data from the GIAP database, collected by the NICHE investigators of the Hartford Institute

for Geriatric Nursing at New York College of Nursing, that included benchmarking for NICHE hospitals in retrospective studies. The second strategy was to collect data through the nurses' managers and/or NICHE coordinators. In these strategies, different approaches were used to recruit participants, such as posters in the units, contests, newsletters, websites and e-mails.

Most of the studies were conducted in NICHE-Hospitals (Abraham et al., 1999; Boltz et al., 2008a, b; Boltz et al., 2009, 2010; Fulmer et al., 2002; McKenzie et al., 2011; Kim et al., 2007, 2009). Other studies did not report whether the hospitals were NICHE-hospitals (Fitzpatrick et al., 2003; Robinson & Mercer, 2007; Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010). However, they were still some projects being developed to improve the overall care of hospitalised older adults, such as the Quality Nursing Care Initiative, the Johns Hopkins Hospital Geriatric Floating Interdisciplinary Team Care and the Elderly-Friendly Initiative. A full or partial survey of some of the scales was used, depending on the research aims. The response rate ranged from 20% to 98%. The mean score for the returned surveys was 52.5%. The mean time of questionnaire completion was 20 minutes (Abraham et al., 1999).

2.2.2. Themes of the study

Three themes emerged from the studies: (a) the GIAP quality metrics (i.e., the psychometric properties—reliability and validity—of the GIAP); (b) geriatric nursing care initiatives assessment (i.e., use of the GIAP to evaluate a program, model, or educational training in geriatric care); and (c) geriatric nursing practice environment assessment (i.e., use of the GIAP to evaluate the practice milieu)..

2.2.2.1. GIAP quality metrics

A panel of experts on geriatric nursing performed the assessment of the content validity of the GIAP. The first validation study of the GIAP (Abraham et al., 1999) was conducted in 1999, with a sample of 303 health employees at an academic medical centre, in which the majority of participants were RNs (86.5%). Exploratory factor analyses (EFA) were performed in the *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale* and *Geriatric Care Environment Scale* (GCES). In the first EFA, a six-factor solution was retained: *Best Practice Principles*, *Knowledge of Iatrogenic Prevention*,

Inappropriate Knowledge, Knowledge of Pressure Ulcer, Clinical Time Management, and Health Promotion. These factors explained 41% of the variance. In the GCES EFA, five factors emerged: *Institutional Facilitators of Best Practice, Institutional Obstacles to Best Practice, Information Transfer, Institutional Values about Patients and Staff, and Time and Resource Constrains on Best Practice*. This analysis explained 62.6% of the variance. The level of internal consistency ranged from 0.6 to 0.93, being the lowest on the *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale*. In this scale the factor loadings ranged from .32 to .81 and the Kaiser-Meyer-Olkin Index (KMOI) was .68. The GCES showed best factor loadings (0.33 to 0.82) and KMOI of .92. Kim and colleagues (2007) state that, “this initial validation study had limitations due to the relatively small sample from a single hospital and the analytic approach using only principal component analysis” (p. 341).

In 2007 a new EFA was performed in GCES (Kim et al., 2007). A re-evaluation study was conducted using a different approach to EFA (unweighted least squares (LS) extraction and Promax rotation methods) in a slip randomly sample of 4,678 RNs. Using this approach, four factors were extracted: *Aging-Sensitive Care Delivery* (accounting for 34.60% of the total variance), *Resource Availability* (accounting for 10.18% of the total variance), *Institutional Values Regarding Older Adults and Staff* (accounting for 7.44% of the total variance) and *Capacity for Collaboration* (accounting for 2.62% of the total variance). These four factors accounted for 54.68% of the total variance. The factor loadings in the majority of the items were good, ranging from .33 to .83. The total Cronbach’s alpha was .93, ranging from .83 to .94. A confirmatory factor analysis (CFA) was conducted in a randomly selected half-sample of 4,722 RNs with different characteristics and working in different hospitals. The results demonstrated that the factor structure, factor loadings and covariance of the GCES were consistent across groups of staff RNs who worked at different types of hospitals (Kim et al., 2007).

A test-retest reliability study of the major scales from the GIAP demonstrated good to very good reliability, with intraclass correlation coefficients ranging from .82 to .92 (Boltz et al., 2009). These results showed that there is little intra-observer variability and a strong agreement between test and retest (high reproducibility). The internal consistency in test-retest design revealed that the Cronbach’s α ranged between .65 and

.92. This result was consistent with other studies with similar α coefficients (Abraham et al., 1999; Boltz et al., 2008a;b; McKenzie et al., 2011; Kim et al., 2007, 2009).

The last study for validation was conducted in 2010 and explored the factorial structure of the GIAP's Professional Issues subscales (Boltz et al., 2010). Six factors were obtained after an EFA in a randomly selected half-sample ($n = 1,103$): *Staff Disagreement*, *Staff/Family/Patient Disagreement*, *Use of Geriatric Services*, *Perceived Legal Vulnerability*, *Perceived Upsetting Behaviours* and *Burden of Upsetting Behaviours*. The factor loading ranged from 1.29 to .40, with the majority being higher than .50. The overall Cronbach's α was .90, ranging from .83 to .93 (good and very good reliability). The results of the CFA of the professional issues scales ($n=1,108$) were consistent with those found in EFA and thus confirmed the adequate fit of the six-factor model.

2.2.2.2. Geriatric nursing care initiatives assessment

Seven studies adopted the GIAP to evaluate the nurses' *Geriatric Knowledge, Attitudes and Perceptions and Geriatric Care Environment*. Most studies used quantitative methods (Fulmer et al., 2002, Guthrie et al., 2002; Pfaff, 2002; Robinson & Mercer, 2007; Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010), with the exception of one that was performed with mixed methods (quantitative-qualitative methods) (Fitzpatrick et al., 2003). Only the quantitative section was analysed in this review.

The implementation of the NICHE program and/or a model of geriatric care were reported in four studies. Using a pre and post-test design, Fulmer et al. (2002) captured changes in the staff's attitudes, knowledge and perceptions of the care of older adults after 9 and 18 months of NICHE implementation. The results indicated significant improvements in the experiences of caring, satisfaction and gaining rewards from work with older adults. As for knowledge, there was a statistically significant improvement ($p < .0001$) in the four domains (sleep disturbances, pressure ulcer, incontinence and use of physical restraints) assessed on the Geriatric Knowledge/Attitudes scale. The nurses' attitudes became more positive towards incontinence ($P < .0001$) and restraint ($P < .005$) managements. The nurses' perceptions of GCE showed a statistically significant increase in the valuing of *Best Practice in*

Geriatric Nursing ($p < .001$), and a decrease in the perceived obstacles to such *Best Practice* ($p < .0001$).

Similar results were obtained in two other studies (Guthrie et al., 2002; Pfaff, 2002). In these articles, the NICHE-hospitals adopted the Geriatric Resource Nurse (GRN) Model and described the process of implementation of this nursing care model, exposing the outcomes and the cultural changes. There was a statistically significant improvement in four areas of knowledge ($p < .01$) and in incontinence management ($p < .05$) (Pfaff, 2002). All the nurses reported that the implementation of the NICHE program and the GRN model had contributed to the improvement of their caring skills.

Four studies adopted the GIAP to appraise the outcomes before and after a *Geriatric Nurse Education Program* (Fitzpatrick et al., 2003; Guthrie et al., 2002; Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010). Their conclusions diverged. Two studies showed a significant improvement in knowledge and attitudes (Guthrie et al., 2002, Fitzpatrick et al., 2003), and the others showed no significant increase in the GIAP knowledge subscales scores following geriatric education intervention (Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010). However, all these studies concluded that continuing education programs are an effective way to improve nurses' attitudes to and knowledge of geriatric nursing care.

Only one study was conducted exclusively in the emergency room. The GIAP was used to understand the baseline of older adult care in this unit and identified the knowledge contents with lower scores of pressure ulcer prevention and appropriate urinary catheter usage (Robinson & Mercer, 2007).

2.2.2.3. Geriatric nursing practice environment assessment

Four studies assessed the GCE; three in the United States (Boltz et al., 2008a, 2008b; Kim et al., 2009) and one in west-central Canada (McKenzie et al., 2011). Boltz et al. (2008b) identified a statistically significant relationship between the GCE scale and quality of geriatric care ($p < 0.001$). The characteristics of the nurses and hospitals showed no statistically significant relationship with the quality of geriatric care. These characteristics, such as the subscales resource availability and capacity for collaboration, were not associated with geriatric nursing knowledge, whereas the subscale

institutional values regarding older adults and staff had a significant positive relationship with it ($p < 0.001$).

In the same year, a cross-sectional, pretest-posttest study showed that the GCE ($p < 0.0001$) and the quality of geriatric care ($p < 0.0004$) increased after implementation of the NICHE program (Boltz et al., 2008a). In the same study, geriatric nursing knowledge was not statistically significant before versus after NICHE implementation.

The ability of the GCE scale to assess the nursing practice environment of geriatric care in hospitals showed that the general scale was negatively related with perceived quality of geriatric care (Kim et al., 2009). The exception was nurses' participation in hospital affairs (a subdomain of the general scale), which was positively related to quality of geriatric care. The results of the GCE scale were positive in relation to quality of geriatric care while adjusting for nurse and hospital covariates. The general nursing practice environment explained less 15% of the variability in outcomes and nurse-perceived quality of geriatric care (as measured by the subscale aging-sensitive care delivery) and high perceived quality of geriatric care, than the geriatric-specific NPE.

The results of the Canadian study showed some statistical significance in terms of nurses' perceptions of GCE and hospital type (McKenzie et al., 2011). Nurses working in community hospitals had the least positive perceptions of the GCE, whereas nurses' perceptions were most positive in geriatric chronic care hospitals.

In the same year, a cross-sectional pre and post-test showed that GCE ($p < 0.0001$) and the quality of geriatric care ($p < 0.0004$) increased after the implementation of the NICHE program (Boltz et al., 2008a). In the same study, *Geriatric Nursing Knowledge* was not statistically significant in pre versus post-NICHE implementation.

The specificity of GCES to assess the nursing practice environment of geriatric care in hospitals showed that general scale had no negative relationship with the perceived quality of geriatric care (Kim et al., 2009). The exception was the participation of nurses in hospital affairs, a sub domain of the general scale that revealed a positive relationship with nurses' perception of the quality of geriatric care. The results of GCES were positive in relation to quality of geriatric care while adjusting for nurses and hospital covariates. The general nursing practice environment explained 15%

less of the variability in the outcomes of variable and nurse-perceived quality of geriatric care (measured by the subscale aging sensitive care GCE and high perceived quality of geriatric care).

The results of the Canadian study showed some statistical significance in terms of the nurses' perception of GCE and hospital type. The nurses working in community hospitals had the least positive perceptions about GCE while the perceptions were most positive in the geriatric-chronic care hospitals.

2.3. DISCUSSION

In this integrative review, 15 studies used the GIAP for data collection. The GIAP is a complex and extensive self-completed survey. This may explain the differences in the response rates found in this review, although the average time reported to complete the questionnaire was 20 minutes (Abraham et al., 1999). Data collection was performed by using different strategies that required the time, energy and resources of the participants and researchers. For this reason, the majority of studies were developed in NICHE-Hospitals. The existence of a database of GIAP in these hospitals enabled the development of retrospective studies, with access to large samples and a lower financial cost of research. On the other hand, the use of the GIAP in non-NICHE hospitals demanded more research effort in the application and data collection of the GIAP survey.

Four studies focused on the psychometric properties of GIAP (Abraham et al., 1999, Boltz et al., 2009, 2010; Kim et al., 2007). The GCEs and Professional Issues sub-scales had good or very good internal consistency, with Cronbach's alpha \geq .83. The Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale Cronbach's alpha of .60, could reveal some inconsistency in the item response in this scale. The results of test-retest design confirmed these outcomes. In terms of validity, several domains were considered, in particular, the construct validation, expressed by the three EFAs (Abraham et al., 1999, Boltz et al., 2010; Kim et al., 2007) and two the CFAs (Boltz et al., 2010; Kim et al., 2007). In general, there was sufficient support for the notion that the GIAP is a reliable and valid measure of nurses' perceptions of geriatric institutional profile and that the subscales of the GCE and professional issues address unique issues associated with geriatric nursing practice. However, the Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale

showed worse psychometric characteristics. Furthermore, the authors that specifically used this scale did not report the psychometric properties (Fitzpatrick et al., 2003; Robinson & Mercer, 2007; Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010). This suggests some fragility in this scale and the need to review and improve the items to achieve better psychometric properties. Thus, future studies should review the items and the factors found in the first validation study.

The demographic and epidemiological changes and the complexity and the specific needs for nursing care of hospitalised older adults motivated the development of geriatric initiatives (Flaherty & Resnick, 2011; Palmisano-Mills, 2007). The development, implementation and evaluation of these initiatives are crucial steps. On this basis, the use of the GIAP is justified in numerous pre test and post test study designs. Furthermore, this instrument is important in understanding the baseline of caring delivered to older adults, allowing for the development of programs and interventions to meet the needs of RNs. The RNs have a key role in promoting GCE since they are usually the most numerous health profession, greatly outnumbering physicians in most Organisation for Economic Co-operation and Development countries (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011), and have the most direct, personal and sustained contact with patients. The GIAP is one of the resources of NICHE, but its use of them cannot be related only to NICHE-hospitals. Other hospitals had diverse geriatric initiatives and adopted the GIAP to assess the nurses' perceptions and knowledge after implementing a geriatric program (Fitzpatrick et al., 2003; Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010). This fact revealed geriatric-specificity of the GIAP subscales.

These subscales of the GIAP allows for: 1) assessing the nurses' knowledge and attitudes in four common geriatric syndromes - sleep disturbances, pressure ulcers, incontinence and use of physical restraints in the care of older adult patients; 2) developing, implementing and evaluating geriatric initiatives (programs, models or education courses about geriatric care); 3) identifying perceived institutional strengths and weaknesses in order to develop 'best practices' for caring for older adults.

However, the results are divergent. Two studies showed statistically significant differences after the implementation of geriatric education programs (Fitzpatrick et al., 2003; Guthrie et al., 2002) and others did not report the improvements in nurses'

knowledge and attitudes at the end of the programs (Wallace et al., 2006; Wendel et al., 2010). The different research designs, sample sizes and the modules and duration of the programs may explain these divergent results. Additionally, the moderate internal consistency mentioned before in the Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale could be another possible explanation. Future studies should assess concurrent validity with the other evaluation tools of knowledge and attitudes of nurses in geriatric care with the objective of clarifying the appropriateness, interpretability, responsiveness, acceptability and utility of the GIAP scale and the subscales in the assessment of geriatric educational programs.

The last theme of this integrative review was *Geriatric nursing practice environment assessment*, one of the GIAP scales (Boltz et al., 2008a, b; Kim et al., 2009; McKenzie et al., 2011). There is no support for the relationship between RN demographic and professional characteristics and their perception of the geriatric practice environment. This result suggests that favourable conditions to promote geriatric organisational effectiveness can be achieved with heterogeneous groups of staff nurses (Boltz et al., 2008a, b; Kim et al., 2007, 2009). The different types of hospitals showed contradictory results regarding the influence of the nurses' perception of GCE. A possible explanation for these results in the studies could be the different healthcare systems and types of hospital where the studies were carried out. Thus, it is not possible to draw a conclusion about the true impact of hospital types on nurses' perceptions of the GCE.

The results of CGE scale demonstrated the importance of organisational support in the evaluation of the *Geriatric Nurse Practice Environment* that addresses older adult needs (Boltz et al., 2008a, b; Kim et al., 2007, 2009; McKenzie et al., 2011). The organisational support must consider the nurses' skills in caring for older adults and the resources required to develop good quality geriatric care that addresses the unique nursing needs of hospitalised older adults (Boltz et al., 2008b, Kim et al., 2007, 2009). In addition, a good nursing practice environment is not synonymous with providing a quality nursing practice environment for geriatric care (Kim et al., 2009). Finally, the GCES showed appropriateness, interpretability, responsiveness, acceptability and utility in examining the nurses' perceptions about the nursing practice environment, focusing on geriatric nursing care.

The present integrative review has certain limitations. Firstly, the heterogeneous methods limit the comparison and generalisation of the results. Secondly, the publications in other languages beyond those considered in the inclusion criteria may have limited the scope of this integrative review. Finally, most studies have been conducted in NICHE-hospitals and the survey is one of the resources of this program, which may lead to some response bias.

CONCLUSION

The results of this integrative review express the growing research evidence which has been accumulated over the last decade on nursing changes that may benefit hospitalised older patients. Acute geriatric care becomes a focus of nursing research and education and geriatric patient outcomes reflect deeply on the nursing care that is provided for hospitalized older adults. For this reason, it is imperative that nurses at every level of care and administration must be aware of a number of key factors: the organizational attributes of the hospital relevant to geriatric care; the gaps in knowledge about geriatric care, attitudes and perceptions that influence how staff work with older patients and practice and culture change in implementing and evaluating geriatric care initiatives. The GIAP is an instrument that allows these initiatives to be evaluated so the quality of geriatric nursing care can be improved.

Three central themes emerged from this review: the GIAP quality metrics; geriatric nursing care initiatives assessment and geriatric nursing practice environment assessment. In general, the GIAP showed good psychometric properties and appropriateness, interpretability, responsiveness, acceptability and utility in the evaluation of nurses' perceptions of geriatric care. The geriatric-specificity of the GIAP explained the systematic use of this questionnaire to address the care provided to hospitalised older adults and to evaluate geriatric nursing initiatives. Furthermore, the specificity of the GIAP on geriatric issues allowed a better understanding of the uniqueness and complexity of the institutional milieu for care for older adult patients.

The GIAP could be used to evaluate and develop environments that support age-friendly care and geriatric nursing practice. Future research is needed to examine the link between the GIAP and quality outcomes.

REFERENCES

- Abraham, I.L., Bottrell, M.M., Dash, K.R., Fulmer, T.T., Mezey, M., O'Donnell, L., & Vince-Whitman, C. (1999). Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: The Geriatric Institutional Assessment Profile. *Nursing Clinics of North America*, *34*, 237-255.
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H.,...Fulmer, T. (2008a). Changes in the geriatric care environment associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatric Nursing*, *29*, 176-185. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.02.002
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H.,...Fulmer, T. (2008b). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal of Nursing Scholarship*, *40*, 282-289. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00239.x
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2009). Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile. *Clinical Nursing Research*, *18*, 242-252. doi:10.1177/1054773809338555
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2010). Factor structure of the Geriatric Institutional Assessment Profile's professional issues scales. *Research in Gerontological Nursing*, *3*, 126-34. doi:10.3928/19404921-20091207-98
- Fitzpatrick, J.J., Salinas, T.K., O'Connor, L.J., Stier, L., Callahan, B., Smith, T., & White, M.T. (2004). Nursing care quality initiative for hospitalized elders and their families. *Journal of Nursing Care Quality*, *19*, 156-161.
- Flaherty, E., & Resnick, B. (2011). *Geriatric nursing review syllabus: A core curriculum in advanced practice geriatric nursing* (GNRS3) (3rd ed.). New York: American Geriatrics Society.
- Fulmer, T., Mezey, M., Bottrell, M., Abraham, I., Sazant, J., Grossman, S., & Grisham, E. (2002). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): Using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatric Nursing*, *23*, 121-127. doi:10.1067/mgn.2002.125423
- Guthrie, P.F., Edinger, G., & Schumacher, S. (2002). TWICE: A NICHE program at North Memorial Health Care. *Geriatric Nursing*, *23*, 133-138.

- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., & Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *Western Journal of Nursing Research, 31*, 480- 495. doi:10.1177/0193945909331429
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research, 56*, 339-347.
- Malta, M., Cardoso, L.O., Bastos, F.I., Magnanini, M.M., & Silva, C.M. (2010). STROBE initiative: Guidelines on reporting observational studies. *Revista de Saúde Pública, 44*, 559-565.
- McKenzie, J.A., Blandford, A.A., Menec, V.H., Boltz, M., & Capezuti, E. (2011). Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment in one Canadian health care region. *Journal of Nursing Scholarship, 43*, 181-187. doi:10.1111/j.1547- 5069.2011.01387.x
- Nurses Improving Care for Healthsystem Elders. (2010). *The NICHE benchmarking service: The Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP)*. Retrieved from http://www.nicheprogram.org/uploads/File/NICHE%20Benchmarking_GIAP.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2011). *Health at a glance 2011: OECD indicators*. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. doi:10.1787/health_glance-2011-en
- Palmisano-Mills, C. (2007). Common problems in hospitalized older adults: Four programs to improve care. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(1), 48-54.
- Pfaff, J. (2002). The geriatric resource nurse model: A culture change. *Geriatric Nursing, 23*, 140-144.
- Robinson, S., & Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department: Identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(7), 40-47.
- Steele, J.S. (2010). Current evidence regarding models of acute care for hospitalized geriatric patients. *Geriatric Nursing, 31*, 331-347. doi:10.1016/j.gerinurse.2010.03.003
- Wallace, M., Greiner, P., Grossman, S., Lange, J., & Lippman, D.T. (2006). Development, implementation, and evaluation of a geriatric nurse education program. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 37*, 214-217.

- Wendel, V.I., Durso, S.C., Cayea, D., Arbaje, A.I., & Tanner, E. (2010). Implementing staff nurse geriatric education in the acute hospital setting. *MEDSURG Nursing*, *19*, 274-280.
- Whittemore, R. (2005a). Analysis of integration in nursing science and practice. *Journal of Nursing Scholarship*, *37*, 261-267. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00045.x
- Whittemore, R. (2005b). Combining the evidence in nursing research: Methods and implications. *Nursing Research*, *54*, 56-62.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*, 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

CAPÍTULO II

VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DO GIAP E CARATERIZAÇÃO DO AGTE E CONHECIMENTO E ATITUDES DOS ENFERMEIROS EM PORTUGAL

3. VALIDATION OF GERIATRIC CARE ENVIRONMENT SCALE IN PORTUGUESE NURSES¹⁷

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²; Pedro Sá-Couto, PhD, MS³; Marie Boltz, PhD, RN, GNP-BC⁴; and Elizabeth Capezuti, PhD, RN, FAAN⁵

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNSc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

³Center for Research and Development in Mathematics and Applications, Department of Mathematics, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. p.sa.couto@ua.pt

⁴ Assistant Professor, College of Nursing, New York University, 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. mb1363@nyu.edu

⁵ The Dr. John W. Rowe Professorship in Successful Aging, College of Nursing, New York University 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. ec65@nyu.edu.

ABSTRACT

The number of hospitalized older adults in Portugal necessitates a better understanding of the acute care environment for older adults. This study translated and examined the psychometric qualities of the Geriatric Care Environment Scale (GCES) among 1,068 Portuguese registered nurses (RNs). Four factors emerged from the exploratory factor analyses: resource availability; aging-sensitive care delivery; institutional values regarding older adults and staff; and, continuity of care. The internal consistency of the GCES was $\alpha = .919$. The GCES was significantly associated with the variables of region, hospital type, unit type, and RNs perception of hospital supports education, staff knowledgeable, difficult, rewarding, and burdensome in caring for older adults. Nurses who worked: in hospitals centers, in the northern region and medical and surgery units

¹⁷ *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2013; 2013:1-9. Article ID 426596, doi:10.1155/2013/426596.

had more positive perceptions of the geriatric care environment. More positive perception was also found among RNs that reported more educational support, had more knowledgeable and felt more rewarding and less difficulty and burden in caring older adults. This process resulted in a valid and reliable measurement of the geriatric care environment-Portuguese version which provides hospital leadership with an instrument to evaluate organizational support for geriatric nursing practice and target specific areas that support or hinder care delivery.

Key Words: geriatric care environment; hospital nurses, acute care, geriatric nursing, Portugal

INTRODUCTION

Portugal ranks sixth in the world in terms of its aging population [1]. The 2011 census reported that approximately 19% of the Portuguese population is aged 65 or over [2], whereas they represented 41% of all hospital discharges in 2010 [3]. The average length of stay of older inpatients is 4.5 days, which is longer than inpatients less than 65 years of age (3.7 days) [4]. There is a growing international awareness that the delivery of care to hospitalized older adults is shaped by a combination of factors that includes organizational culture, resource availability, and work environment [5].

Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) hospitals in North America have recognized the pivotal role of the nurse in improving the hospital outcomes and experiences of older adults [6]. NICHE organizations engage nurses at all levels in multiple roles to transform the geriatric care environment through the use of evidence-based practice guidelines; staff, patient, and family education programs; and evaluation and project management tools [6]. A critical first step in developing system-level initiatives to improve the care of the older adult is the evaluation of the geriatric care environment, and the organizational readiness to adopt evidence-based geriatric care. The Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) instrument is used by NICHE hospitals to evaluate the appropriate use of treatments and the knowledge of geriatric syndromes as well as the organizational attributes of the hospital relevant to geriatric care [6, 7]. The GIAP is a 152-item self-report survey instrument that includes demographic and professional information and eight major scales: perception of Geriatric Care Environment (GCE) [8]; 6 sub-scales about professional issues [9] and a Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale [7].

The GCE scale reflects the growing concern about the work environment and its role in the delivery of care to older people [8, 10-13]. In Portugal, the national Nursing Council has expressed concern about the general nurse work environment without a specific focus on geriatric care [14]. Kim et al. (2009), however, showed a relatively low correlation of the general nursing practice environment (NPE) with the geriatric-specific NPE, underscoring the need to utilize geriatric-specific indices when evaluating the practice environment of nurses caring for older adults [11].

Moreover, an “senior-friendly” care environment is needed to attend to the unique needs of older adults during hospitalization [15]. In an senior-friendly hospital

the interaction among several factors is recognized: the acute healthcare problem, the developmental phenomena associated with aging, the likelihood of chronic illnesses compounding both diagnosis and treatment, and the physical and social care environment of the hospital [16]. Nurses have an important role to support senior-friendly care environments since they are the largest group of health professionals in the Portuguese hospital settings (87%) [17], and have the most direct and sustained contact with patients.

A positive GCE is supported by the shared values of leadership and staff that acknowledge the specialized needs of older adults when planning and evaluating treatment. In addition, it fosters the inclusion in decision making of the older persons, family and nurse provides appropriate geriatric resources (staff training, equipment, supplies, specialized services); and promotes interdisciplinary collaboration. [10-12, 18, 19]. Boltz and colleagues (2008) examined the geriatric care environment and its relationship with four of the variables (hospital and unit types, hospital localization, and gender)[18]. They found that the geriatric nursing practice environment has a positive relationship with aging-sensitive care delivery (independent contribution of all three dimensions - resource availability, institutional values, and capacity of collaboration). However, they did not examine the influence of factors that concerning RN practice in the care of older adults (perceived hospital educational support and perceived work with older adults as burdensome), which could play an important role in understanding the geriatric care environment. Robinson and Mercer (2007) [20] reported that the perception of lack of knowledge about care older adults among emergency departments' nurses was one of the obstacles to quality of care [20]. The lack of specialized knowledge can be an obstacle to nurses' awareness of the need for positive GCE [21-24].

Older adults represent a large percentage of the hospital population in Portugal. Nurses are their main care providers during hospitalization. Consequently, understanding the acute care practice environment (perception of institutional values around care of older adults and staff, interdisciplinary collaboration, and access to geriatric-specific resources) from the perspective of nurses is needed. However, available scales do not exist in Portuguese. Thus, the purpose of this study was to translate and to psychometrically test the Geriatric Care Environment Scale (GCES) in a

population of Portuguese registered nurses (RNs) working in diverse hospitals. A second purpose was to evaluate the influence of hospital type, and select nurses' perceptions (related to organizational support and burden/rewards) on the GCES and subscales.

3.1. METHODS

3.1.1. Data and sample

The data for this study was collected between February 2011 and May 2011 from RNs at five hospitals that are part of the National Health Care System in the northern and central regions of Portugal. The selection of these hospitals take in consideration the level of specialization (with acute services such a trauma center or a burns unit, and they have most of medical and surgical specialty units) and hospital structural characteristics (major healthcare facilities of the northern and central regions with a greater number of beds, inpatients, and nurses per hospital), according the data from the Directorate-General for Health [25]. These characteristics were taken into consideration in order to ensure a diverse sample of responses. The geographical proximity of these hospitals facilitated data collection.

The northern region includes the Greater Oporto metropolitan area and the central region included the cities of Coimbra and Aveiro. Two of the five sites are academic training hospitals for medical and nursing schools (bed number $\geq 1,000$), one in the north and the other in the central region. The other three hospitals are considered hospital centers (between 300 and 600 beds). The hospital centers integrate a group of hospitals with a joint administration; this group mainly consists of medical and surgical units. The hospital centers are located in a geographical area covered by an academic hospital that provides the medical, surgical, and critical care units not available in the hospital centers. Two hospital centers are located in the centralregion and the other one in the northern region. Permission to translate and administer the study instrument was obtained from the NICHE Benchmarking Service of New York University.

This was a non-probabilistic, convenience sample consisting of all registered nurses who worked in medical specialty units (cardiology, internal medicine, nephrology, neurology, oncology, pneumology, and rheumatology), surgical specialty units (general surgery, vascular, maxillofacial and plastic surgery, urology, cardio-

thoracic surgery, orthopedic surgery, neurosurgery, and burn surgery), and critical care units (intensive care [ICU], coronary, gastroenterology, and the emergency department). We excluded nurses who worked on units serving primarily younger adults or children (e.g., pediatrics, maternity, and hepatic transplants) and nurses' managers and supervisors.

The researcher (JT), in partnership with the managers of nurses at the units (distributing the surveys), conducted the data collection. The survey was delivered in paper form with envelopes; an online survey was also created for those RNs preferring to answer this way. During the data collection, the researcher was present in all the hospitals and respective units to explain the aim of the study, answer questions, and encourage study participation. Staff placed completed surveys in drop boxes in the units that were collected by the researcher. This project was submitted and approved by the ethics committees of each of the five hospitals: all participants were assured of anonymity and confidentiality. In total, 2,271 surveys were distributed across the five hospitals, and 1,173 were returned, corresponding to an overall response rate of 51.7%, slightly higher than the response rate (40%) reported by McKenzie et al. (2011) in five Canadian hospitals. Of the returned surveys, 105 were excluded (more than two-thirds of the items were missing), and a total of 1,068 surveys were analyzed in this study.

3.1.2. The survey

The instrument was the Portuguese version of the GCES of the GIAP, developed by the NICHE program of New York University College of Nursing [7], and entitled "Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional" (APGI) in Portuguese. In this study we used the GCES scale, which has 28 items rated on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 4 and takes approximately 5 to 10 minutes to complete. Also from the GIAP, five individual investigated-developed questions were included in the analysis. They were concerned with nurses' perception of educational support in their hospital, general knowledge of caring for older adults, as well as their views on the extent to which they perceived their work with older adults as burdensome. These questions were rated on a 5-point Likert-type scale ranging from 0 to 4.

Kim and colleagues (2007) [8] conducted an exploratory and confirmatory analysis of the GCES that revealed four factors about nurse perceptions: (1) Aging-

sensitive delivery (no. of items, $k = 10$, $\alpha = .94$), which relates to the institution's facilities and to aging-sensitive and aging-relevant care for older adults and their families; (2) Resource availability ($k = 8$, $\alpha = .90$), which relates to access to human and material resources specific to care for older adults and the management support for communication with patients and families; (3) Institutional values regarding older adults ($k = 7$; $\alpha = .84$), which relates to nurses' perceptions of respect for the rights of older adults, involvement of older adults and families in decision making, and support of nurses' autonomy and personal growth; (4) Capacity for collaboration ($k = 3$, $\alpha = .83$), which relates to nurses' perceptions of other disciplines' knowledge of geriatric care, use of geriatric protocols, and degree of conflict. The total variance explained by the four factors was 54%. The psychometric results of this scale also yielded good internal consistency [10-12, 18].

For translation and cultural adaptations of the GCES, the principles of the Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures Report of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation were used in this study [26]. The nine steps describing how this was implemented in this study are presented in detail in table 4.

Table 4. Steps in translation and Cultural Adaptation

Step	Activities
I – Preparation	Permission obtained from the NICHE Benchmarking Service in July 2010. The NICHE research team was invited and involved in this process and helped to clarify any ambiguities and concepts. The adviser of the University of Aveiro supervised the researcher and assisted in the execution of the nine steps. Three experts in geriatric care from Portugal worked closely during the translation process.
II – Forward-translations	Two English translators did independent translations.
III– Reconciliation	The adviser and one translator analyzed the two translations to define a single forward translation.

Table 4. Steps in translation and Cultural Adaptation (cont.)

IV - Back translation	An English translator translated the Portuguese version into English.
V - Back translation review	The questionnaire was reviewed by the adviser and translated to ensure the conceptual equivalence of the translation. The discrepancies were discussed with NYU faculty from the NICHE Benchmarking Service, the adviser and the expert.
VI – Harmonization	The researchers and the translators shared and defined translation solutions to item discrepancies. The experts reviewed the solutions.
VII - Cognitive debriefing	The Portuguese translation was tested with 30 RNs from Portuguese hospitals that showed no difficulty in understanding the items in the GIAP.
VIII - Review of cognitive debriefing results and finalization	The researcher reviewed the results and respondents suggested a few modifications to some words. The researchers and experts agreed with the changes and the translation was finished.
IX – Proofreading	At the end of the translation, a Portuguese language professor reviewed the Portuguese survey to correct any minor errors in the translation process.

3.1.3. Statistical analysis

In this study, the missing values corresponded to 0.94% of the total sample. An exploratory factor analysis (EFA) was conducted to define the factor structure of the items considered in the GCES Portuguese scale. The sample size had a subject to item ratio of 38:1, thus exceeding the recommendations of others that suggest a subject to item ratio of 10:1 or more to perform an EFA [27-30]. As in Kim et al. (2007), the factor solution was obtained using unweighted least squares extraction and Promax rotation [8]. To determine the sampling adequacy, the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett's test of sphericity were used. Data were considered adequate for factor analysis when the KMO was greater than .5 and the significance of Bartlett's test of sphericity was less than $p < .01$ [27-30]. To calculate the number of factors, the latent root criterion (eigenvalues ≥ 1) and scree plot analyses were used. To identify the

number of items per factor, we evaluated the factor loading with a cutoff equal or greater to .30, percentage of total variance explained equal or greater than 40%, and Cronbach's α equal or greater than .70 [27-30].

For each factor obtained in EFA, a one-way analysis of variance (ANOVA) was conducted to establish statistically significant group mean differences in the GCES scores for selected categorical variables: gender, hospital type, unit type, hospital location (region), perceived hospital educational support, perceived knowledge about caring for older adults, and perceived work with older adults as difficult, rewarding, or burdensome. All these variables are part of the GIAP survey.

Both normality (by visually inspecting Q-Q plots) and homogeneity (Levene's test) conditions were assessed. Post hoc multiple comparison tests (Turkey's HSD test) were used when ANOVA produced statistically significant results. Spearman's rank test was used to identify possible correlations between the GCES Portuguese subscales and the following continuous variables: age, years of working in their hospital unit, years of working in the institution, and years of experience in the profession. All the statistical analyses were performed using Predictive Analytics Software (PASW) Statistics 18 (IBM Corporation, Armonk, NY), and a p-value less than .05 was considered statistically significant.

3.2. RESULTS

3.2.1. Description of the study sample

The overall majority of the nurses in the sample were female (79.7%), with an average of 34.1 (SD = 8.5). Participants reported an average of 11.3 years (SD = 8.4) of work experience including 10 years (SD = 8.1) working in their institution and 7.5 years (SD = 6.5) working in their units. More than three quarters (79,1%) had a college degree in nursing and more than one fifth (20.9%) had a higher level of academic preparation (specialization or a master's/doctoral degree). The majority of the RNs worked at academic hospitals (60.6%), in medical/surgical specialized units (81.2%), as either RNs (88.8%) or specialized nurses (11.2%). Regarding gerontological nursing education, 86.3% of RNs reported not having received any education or training (Table 5).

Table 5. Nurse demographics and professional characteristics

Variable	Study sample (n=1,068)		
	N (%)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Age		34.1	8.5
Gender			
Male	217 (20.3)		
Female	851 (79.7)		
Race/ethnicity			
Caucasian	1050 (98.4)		
Other	18 (1.6)		
Marital status			
Single	485 (45.4)		
Divorced	366 (34.3)		
Married	190 (17.8)		
Other	27 (2.6)		
Nursing College degree			
Registered nurses	845 (79.1)		
RN specialist ¹	151 (14.1)		
Master's/Doctorate	72 (6.8)		
Professional nursing category			
Registered nurses	949 (88.8)		
Specialized registered nurses	119 (11.2)		
Geriatric education or training			
Never	922 (86.3)		
Short duration courses	94 (8.8)		
Masters/Doctorate	52 (4.9)		
Hospital type			
Academic	647 (60.6)		
Hospital Centers	421 (39.4)		
Principal unit worked			
Medical units	536 (50.2)		
Surgical units	331 (31.0)		
Critical Care	201 (18.8)		
Years of experience in the profession		11.3	8.4
Years of work at the institution		10.0	8.1
Years of work in the current unit		7.5	6.5

¹ The RN specialist is certificate by the Portuguese's Nursing Council

3.2.2. The factor structure of the Portuguese GCES

The significance of Bartlett's test of sphericity ($p < .01$) and the value of KMO (.926) indicated that the sample was adequate to perform EFA. Using the latent root criterion (eigenvalues ≥ 1) a 5-factor solution emerged but the scree plot analysis suggested a 4-factor solution. Analyzing the number of items per factor, the item, "it is acceptable to disagree with supervisor regarding care for older adults," was removed because of its low factor loading ($< .30$) and because its correlation with the other 27 items was also low. After its removal, a new EFA rotation and extraction was conducted and the results showed a 4-factor solution for both criteria. The 27 items of the Portuguese version of the GCES accounted for 48.09% of the total of variance and had an overall Cronbach's α of .919 (Table 3). For the factors, Cronbach's α ranged from .895 (for Factor 1) to .738 (for Factor 4).

As indicated in table 6, the first factor, labeled as the "resource availability" subscale, included 11 items with factor loadings ranging from .561 to .730. The second factor labeled as "aging-sensitive care delivery" subscale; included 7 items with factor loadings ranging from .583 to .804. The third factor, labeled as the "institutional values regarding older adults and staff" subscale, included 6 items with factor loadings ranging from .547 to .841. The last factor, labeled as "continuity of care" subscale, included 3 items with factor loadings ranging from .363 to .830. It was labeled as "continuity of care" subscale (see table 6. for specific statistical information).

Table 6. Summary of exploratory factor analysis for the Portuguese Geriatric Care Environment Scale (N=1,068)

	F1	F2	F3	F4	Mean \pm SD
1. The older adults omission from care decision *	.730				1.5 \pm 1.0
2. Economic pressure to limit treatment or length of stay*	.723				1.4 \pm 1.2
3. Communication difficulties with older adults and their families*	.719				1.6 \pm 1.0
4. Uncertainty about who is the appropriate decision maker*	.716				1.6 \pm 1.0
5. Omission of nurses from geriatric care decision*	.710				1.6 \pm 1.2
6. Staff shortages/time constraints*	.645				1.0 \pm 1.0

Table 6. Summary of exploratory factor analysis (cont.)

7. Absence of (or insufficient) written geriatric policies and procedures*	.625				1.7±1.1
8. Little or no knowledge about care of older adults*	.622				2.0±1.1
9. Absence of specialized equipment*	.603				1.4±1.2
10. Absence of specialized services for older adults*	.591				1.4±1.1
11. Differences of opinion regarding among staff (between disciplines) regarding common geriatric problems*	.561				2.1±1.0
12. Staff know how aging affects response to treatment	.804				2.4±1.1
13. Staff address geriatric issues	.799				2.1±1.1
14. Aging is a factor in care hospitalized older adults	.791				2.5±1.1
15. Provide the care that older adults need	.693				2.1±1.1
16. Individualized nursing care	.661				2.4±1.0
17. Provide the information's that older adults need	.635				1.8±1.1
18. Provide the information and support to the families/caregivers	.583				2.1±1.1
19. Engagement of staff in the geriatric care	.841				2.0±1.1
20. The staff protects the rights of older adults	.703				2.3±1.1
21. Personal growth is stimulated	.630				1.9±1.2
22. Respect older adults in caring older adults	.615				2.6±1.2
23. The geriatric policies and guidelines are established based on the inputs of the Staff	.610				1.5±1.1
24. Clinicians and administrators work together to solve older adults' problems	.547				1.3±1.0
25. Continuity of care between hospitals is adequate	.830				1.5±1.1
26. Continuity of care between settings is adequate	.562				2.0±1.8
27. Baseline information is obtain at hospital admission	.363				1.6±1.8
Eigenvalue	8.81	3.25	1.69	1.19	
% variance	30.79	10.12	4.41	2.77	48.09
Cronbach's α	0.894	0.885	0.827	0.738	.919

F1 – Resource availability; F2 – Aging-Sensitive Care; F3 – Institutional Values Regarding Older adults and Staff; F4 – Continuity of care. *Reverse-scored item

3.2.3. Analysis of the Portuguese GCES scale and subscales

In Table 7, we present the results for the total scale and the four subscales. We have categorized the results based on institutional and demographic characteristics as well as on the responses to the five questions. The results for the subscales were significant for all the variables considered ($p < .05$).

Table 7. Portuguese Geriatric Care Environment Scale (GCEs) subscales and total scores (N=1068)

Variable (N)	F1	F2	F3	F4	Total score	
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	F(p)
Gender						
Male (217)	18.2±8.4	15.3±5.8	11.3±5.2	5.2±2.7	50.5±17.1	1.8
Female (851)	16.9±8.3	15.8±5.9	11.6±4.9	5.1±2.7	48.8±16.7	(.184)
Hospital Type						
Academic (647)	16.3±8.2	14.8±6.2	11.0±5.0	4.8±2.7	46.9±17.0	31.1
Centers (421)	18.5±8.4	16.4±5.2	12.3±4.8	5.6±2.5	51.7±15.8	(<.001)
Unit Type						
Critical care (201)	15.3±9.0	12.0±6.8	9.2±4.8	3.9±2.7	40.1±19.2	38.4
Medical (536)	17.4±8.2	16.1±5.3	12.0±4.8	5.4±2.6	50.9±15.6	(<.001)**
Surgery (331)	17.9±8.1	16.3±5.4	12.1±4.9	5.5±2.4	51.8±15.2	
Region						
North (375)	17.5±8.2	16.5±5.5	12.9±4.9	5.5±2.6	52.4±15.9	21.3
Center (693)	17.0±8.4	14.8±6.0	10.7±4.8	4.9±2.7	47.4±17.0	(<.001)
Perception: hospital educational support						
Less (729)	15.9±8.1	14.3±5.8	10.4±4.7	4.7±2.6	45.1±16.1	82.7
Adequate (276)	19.5±8.1	17.6±5.2	13.6±4.6	6.0±2.6	56.5±14.9	(<.001*)
More (63)	21.9±8.5	19.5±4.0	15.6±4.1	7.1±2.1	66.1±13.4	

Table 7. Portuguese Geriatric Care Environment Scale (Cont.)

Variable (N)	F1		F2		F3		F4		Total score	
	M±SD	F (p)	M±SD	F (p)	M±SD	F (p)	M±SD	F (p)	M±SD	F (p)
staff knowledge of older adults care										
Not very (82)	14.8±7.8	13.1	13.0±5.9	17.8	9.5±4.9	21.9	4.7±2.8	10.4	43.1±17.0	26.2
Somewhat (523)	16.1±8.2	(<.001 ^{***})	14.8±5.9	(<.001 [*])	10.9±4.9	(<.001 ^{***})	4.8±2.7	(<.001 ^{***})	46.5±16.6	(<.001 ^{***})
Very (463)	18.6±8.4		16.5±5.6		12.6±4.8		5.5±2.5		53.2±16.1	
difficulty of caring for older adults										
Great (662)	15.9±8.0	41.3	14.6±5.9	33.7	10.9±5.0	23.0	4.9±2.6	15.708	46.3±16.7	53.0
Some or not (406)	19.2±8.6	(<.001)	16.7±5.5	(<.001)	12.4±4.7	(<.001)	5.5±2.6	(<.001)	53.9±15.8	(<.001)
reward of caring for older adults										
Not (744)	16.90±8.0	2.4	15.0±5.7	11.5	11.1±4.7	14.1	5.0±2.6	3.7	48.0±16.2	11.1
Very (324)	17.8±9.0	(.121)	16.3±6.1	(.001)	12.4±5.5	(<.001)	5.4±2.8	(.053)	51.8±18.0	(.001)
of burden of caring older adults										
Very (455)	15.6±7.8	13.8	15.1±5.6	.9	11.4±4.9	0.3	4.9±2.6	2.6	47.7±15.7	6.3
Somewhat (545)	18.2±8.5	(<.001 ^{***})	15.6±5.9	(.386)	11.5±4.9	(.774)	5.3±2.7	(.070)	50.7±17.3	(.002 ^{**})
Not (68)	18.7±9.2		15.4±7.0		11.6±5.4		5.5±2.7		51.3±19.0	

F1 – Resource availability; F2 – Aging-Sensitive Care; F3 – Institutional Values Regarding Older adults and Staff; F4 – Continuity of care

* Each group differed from the other two (Turkey's HDS test, p<.05). ** The first group differed from the second and third groups (Turkey's HDS test, p<.05). *** The third group differed from the first and second groups (Turkey's HDS test, p<.05).

The association between the subscales was significantly ($p < .05$) associated with the variables of hospital type, unit type, and level of agreement with the following: (1) hospital supports education, (2) staff knowledgeable about older adults care, and (3) older adults care is difficult. Differences in region were statistically significant for the three subscales with the exception of the resource availability subscale ($p < .05$). A mixed pattern of responses was found for the variables of gender, older adults care is rewarding, and older adults care is burdensome.

The results for hospital type (see Table 7 for statistical information) reveal that nurses who worked in hospital centers had significantly higher mean scores, indicating that nurses had more positive perceptions of the geriatric care environment. For type of unit, the nurses who worked in critical care units had significantly lower scores than the nurses who worked in the other units, while no statistical differences between those who worked on medical specialty and surgery units were found. Nurses in critical care units had the least positive perceptions of the geriatric care environment.

Those reporting that they had the least educational support from their hospital also had consistently lower scores than the other groups. A statistically significant difference between the groups was found for the factor, “knowledgeable about caring for older adults.” The “very” knowledgeable group had significantly higher values when compared with the other two groups. This is also linked to more positive perceptions about resource availability, aging-sensitive care, institutional values regarding older adults, and the continuity of care for older patients and their families. Nurses who reported more difficulty in caring for older adults also demonstrated significantly lower mean GCES scores when compared to the group with some or no difficulty.

There were regional differences: compared to nurses in the central region, nurses in the northern region had significantly higher mean values for aging-sensitive care, institutional values regarding older adults, and continuity of care, but not for the resource availability subscale.

Nurses who indicated that they felt “very rewarded” in caring for older adults were also more likely to have higher scores in the subscales of aging-sensitive care delivery and institutional values regarding older adults and staff. Similarly, nurses who reported that they felt “very burdened” when caring for older adults had statistically lower mean scores when compared with the other groups for the total GCES score and the subscale of resource

availability. Only the resources availability subscale was statistically different for gender: the mean score for males were higher than females, indicating that males had more positive perceptions of the access to human and material resources.

The Spearman's correlation analysis revealed a low correlation between the Portuguese geriatric care environment and the quantitative variables used in the study, ranging from .075 to .1.

3.3. DISCUSSION

The Portuguese GCES with four factors is a valid and reliable instrument. The internal consistency values are closer to those found in other studies [8, 10-12, 18, 31], being considered good to very good. However, there are differences when the Portuguese GCES version is compared to the original scale validation. In the Portuguese GCES version the item "it is acceptable to disagree with supervisor regarding care for older adults" was eliminated and in the original version, this item showed a low value (.33) [8]. Another difference was the reconfiguration of the factors in the Portuguese version with the extraction of the "continuity of care" factor. Also in Portuguese reconfiguration the original subscale "capacity for collaboration" does not appear in our EFA as a factor. The items of this subscale (lack of knowledge, written geriatric policies and procedures, and the difference of opinions among staff) were included in the resource availability subscale. Portuguese RNs understood these items regarding common geriatric problems in our study as a resource for the care of older patients. On the other hand, the factor "continuity of care" was comprised of items previously contained in the aging-sensitive delivery subscale. In contrast to the US where transitional care is a long-standing policy priority [32], the Portuguese healthcare system has only recently emphasized continuity of care between different units, hospitals, and other health and social institutions [4]. The perceptions of Portuguese nurses regarding the care of older adults may have been influenced by these priorities and account for differences in factor structure of the scale. The differences mentioned are most likely attributable to differences in health policy and professional priorities between the countries.

In the Portuguese version, the factor with the greatest percentage variance is the resource availability subscale. This result could be explained by the fact that Portuguese hospitals lack resources, specialized equipment, and services for older adults. Additionally, geriatric care is not yet a priority for organizations, and this aspect is clearly reflected in low

scores on institutional values and continuity of care. Given the high proportion of older hospitalized patients, organizations are faced with an imperative to support evidence-based care for older adults and create senior-friendly environments [11, 12, 18]. In general, in this study, nurses were dissatisfied with the geriatric care environment (mean GCES score = 1.83 ±1.09, range of satisfaction with their geriatric care environment = 0 – 4) compared to the results of Kim and colleagues (2007) (mean GCES score = 2.11) [8]. The aspects that emerge as barriers to providing an environment of geriatric care for older people in hospitals are related to resources, the continuity across settings, and the cooperation between managers and nurses in working together. This suggests that the adoption of models of acute care for hospitalized older adults, such as NICHE, in Portugal could promote a change in the work environment to support and improve the geriatric care environment and the delivery of a better quality of geriatric care. As in the United States [18] and Canada [12], there is also considerable room for improvement if an optimal care environment and aging-sensitive care is to be provided in Portugal.

Our findings indicate that the nurses' perceptions of the geriatric care environment (total and subscales) varied by type of hospital in which they worked, thus corroborating the findings of a Canadian study by McKenzie et al. (2011) [12], but not those of a study of Boltz et al. (2008) [18] which showed that the nurses' perceptions of the geriatric care environment did not vary by type of hospital. However, it is important to note that the studies in the Portuguese and Canadian hospitals examined the perceptions of the geriatric care environment within a universal healthcare system, which is totally different from the United States. Our findings suggest that academic hospitals need to be particularly targeted for initiatives to foster positive geriatric practice environments and the hospital centers could have a higher organizational support and commitment to geriatric care. Further research is needed to understand the influence of universal healthcare on the perception of the geriatric care environment and exactly what kinds of hospital characteristics (centers and academic) impact the nurse practice environment.

In northern Portugal, over the last decade, geriatric content has been introduced to the undergraduate and graduate programs in nursing and other disciplines. The increased knowledge of clinicians in the northern region may contribute to changes in the work environment and RNs' practice and account for their perceptions of the geriatric care environment. However, the resource availability subscale was not associated with the region.

This finding is not surprising because budget restrictions have affected Portugal's healthcare in recent years [33].

The nurses' perceptions of the geriatric care environment were more negative in the critical units. A possible explanation is that the nurses in these units are educated to deliver fast-paced critical care to patients in life and death situations and these units could have fewer concerns about GCE that respond to the unique and specific needs relating with older adults health care. Further studies are needed to determine what critical care characteristics influence the geriatric care environment, which should include engagement with the views of nurses, other staff, patients, and families.

The five questions from the GIAP survey are statistically significant for the total GCES score and for most of the subscales contributing to the literature that address the geriatric care environment [8, 10-12, 18]. These variables must be addressed in the planning, implementation, and evaluation of initiatives to improve institutional milieu. The findings suggests the importance of hospital managers in supporting the nurses' training and education so that they feel equipped to assess and manage challenging issues of older persons care, such as delirium. Furthermore, the nurses would consider their role more rewarding if they understood how to plan, implement, and deliver a better quality of care for older adults and their families. Their perceptions of difficulty in performing their job influenced the nurses' perception of the geriatric care environment. Organizational support should consider the nurses' difficulty in caring for hospitalized older adults and identify the characteristics of patients, nurses, and organizational practices that could reduce the difficulty in caring for older adults and promote age-sensitive principles. The significant association between the RNs' perception of the burden and the subscale "resource availability" indicates that nurses who work in hospitals with geriatric-specific resources experience less burden. Our findings underscore the importance of hospitals developing a geriatric nurse education program that could help to improve aging-sensitive care [10, 34, 35], the nurses' knowledge and care for older adults, and positively influence the health outcomes for hospitalized older patients [24, 36, 37].

The lack of relationship between the GCES and the variables of age and years of experience (in the institutions and units) are similar to the ones reported by Boltz et al. (2008) [18]. These results indicate that the geriatric care environment can positively influence the

delivery of nursing geriatric care with diverse demographic and professional characteristics in a variety of hospitals.

This study has some limitations. Self-completed surveys can lead to bias in the responses of nurses; for example, nurses who are more dissatisfied may be more likely to respond negatively to the GCES. The convenience sample and the hospitals' locations (northern and central regions) may make the generalization of these results difficult, because the size and number of hospitals, their geographic scope, and the number of inpatients are higher in the southern region compared with the those for the hospital locations in this study. Additionally, this study has not included nurses from hospitals with fewer than 300 beds, which limits the generalizability of the findings. Our results suggest that although the GCES offers a sound approach to evaluating the care environment for older adults, there is a need to examine the scale structures within diverse geographic and cultural populations. Consequently, rather than comparing the GCES subscale findings between countries, the responses are better viewed within the context of the professional and healthcare priorities environments of each country. Future studies should analyze the geriatric care environment in other country regions and types of hospital. It would also be relevant to understand the relationship of the Portuguese geriatric care environment and geriatric specific patient outcomes (e.g., length of stay, adverse events, mortality). The association between nurses' perceptions of the geriatric care environment and their experience of the difficulty, burden, and rewarding aspects of caring for older adults should be further investigated. A confirmatory factor analysis to test the invariance of the 4-factor model presented is ongoing.

In conclusion, the translation and cultural adaptations of the GCES confirmed the adequacy of its adaptation for use with Portuguese RNs. We have demonstrated that its psychometric qualities are a reliable measurement of the geriatric care environment, showing good to very good reliability for all the subscales. The validity of the GCES for the Portuguese population allows hospital managers and researchers to have an instrument to evaluate organizational support for geriatric nursing practice. The results of this study can help hospital leadership to target specific areas that support or hinder care delivery. Finally, the findings have revealed the need for undertaking systematic changes in the geriatric care environment in Portugal. This will improve nursing practice and address the complex and specialized needs of the hospitalized older adults.

REFERENCES

1. Population Referecen Bureau. *2011 World Population Data Sheet*, 2011. [Online] Available from: http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf [Accessed 20 Nov 2011].
2. INE. *Censos 2011 – Resultados Provisórios [Census—Previous results]*. Lisbon: National Statistical Institute, 2012.
3. Portugal. Directorate-General for Health. *Morbilidade Hospitalar-SNS [Morbidity Hospital- NHS]*. Lisbon: Directorate-General for Health, 2012.
4. A.C. Campos, *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almeida, 2008.
5. M. Patterson, M. Nolal, J. Rick, J. Brown, R. Adams and G. Musson, *From metrics to meaning: Culture change and quality of acute hospital care for older people*. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. London: HMSO, 2011.
6. E. Capezuti, M. Boltz, D. Cline et al., “Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment,” *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21 , pp. 3117-3125, 2012.
7. I.I. Abraham, M. M. Bottrell, K. R. Dash et al., “Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly,” *Nursing Clinics of North America*, vol. 34, no. 2, pp. 239-255, 1999.
8. H. Kim, E. Capezuti, M. Boltz, S. Fairchild, T. Fulmer and M. Mezey, “Factor structure of the geriatric care environment scale,” *Nursing Research*, vol. 56, no. 5, pp. 339-347, 2007.
9. M. Boltz, E. Capezuti, H. Kim, S. Fairchild, M. Secic, “Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scale,” *Research in Gerontological Nursing*, vol. 3, no. 2, pp. 126-134, 2010.
10. M. Boltz, E. Capezuti, S. Bowar-Ferres et al., “Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders),” *Geriatric Nursing*, vol. 29, no. 3, pp. 176-185, 2008.
11. H. Kim, E. Capezuti , M. Boltz, S. fairchild et al., “The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals,” *Western Journal of Nursing Research*,” vol. 31, no. 4, pp. 480-495, 2008.

12. J.L. McKenzie, A. A. Blandford, V. H. Mener, M. Boltz and E. Capezuti, "Hospital nurses' perceptions of the Geriatric Care Environment in one Canadian Health Care Region," *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 43, no. 2, pp. 181-187, 2011.
13. M. Boltz, E. Capezuti, and N. Shabbat, "Building a framework for a geriatric acute care model. Leadership in Health Services," vol. 23, no. 4, pp. 334-360, 2010.
14. Nursing Council, *Deontological Code of Nurses*, Lisboa, Portugal, 2005.
15. B. Parke and P. Brand, "An Elder-Friendly Hospital: translating a dream into reality," *Nursing leadership*, vol. 17, no. 1, pp. 62-76, 2004.
16. B. Parke, and N.L. Chappell, "Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis," *Journal of Aging Studies*, vol. 24, no. 2, pp. 115-124, 2010.
17. Portugal, Directorate-General for Health. *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2010*. Lisbon: Directorate-General for Health, 2011.
18. M. Boltz, E. Capezuti, S. Bowar-Ferres et al., "Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment," *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, no. 3, pp. 282-289, 2008.
19. S.H. Kagan, "Revisiting interdisciplinary teamwork in geriatric acute care," *Geriatric Nursing*, vol. 32, no. 2, pp. 133-135, 2010.
20. S. Robinson, and S. Mercer, "Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice," *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 33, no. 7, pp. 40-47, 2007.
21. C.T. Kovner, M. Mezey, and C. Harrington, "Who cares for older adults? Workforce implications of an aging society," *Health Affairs (Millwood)*, vol. 21, no. 5, pp. 78-89, 2002.
22. G. Bednash, C. Fagin, and M. Mezey, "Geriatric content in nursing programs: a wake-up call," *Nursing Outlook*, vol. 51, no. 4, pp. 149-150, 2003.
23. G. Bednash, M. Mezey, and E. Tagliareni, "The Hartford Geriatric Nursing Initiative experience in geriatric nursing education: looking back, looking forward," *Nursing Outlook*, vol. 59, no. 4, pp. 228-235, 2011.

24. L.J. Stierle, M. Mezey, M. J. Schumann et al., "Professional Development: The Nurse Competence in Aging Initiative: Encouraging expertise in the care of older adults," *American Journal of Nursing*, vol. 106, no. 9, pp. 93-96, 2006.
25. Portugal, Directorate-General for Health. *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2010 [Health centers and hospital units: Resources and production of the NHS: Year 2010]*. Lisbon: Directorate-General for Health, 2011.
26. D. Wild, A. Grove, M. Martin, et al., "Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation," *Value Health*, vol. 8, no. 2, pp. 94-104, 2005.
27. A.B. Costello, and J.W. Osborne, "Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis," *Practical Assessment, Research & Evaluation*, vol. 10, no. 7, pp. 1-9, 2005.
28. J. F. Hair, W. C. Black, B. J. Babin, R. E. Anderson and R. L. Tatham, *Multivariate Data Analysis*. 7th edition. New Jersey: Pearson Education, 2009.
29. J. Kahn, "Factor analysis in counseling psychology - Research, training, and practice: Principles, advances and applications," *The Counseling Psychologist*, vol.34, no. 5, pp. 684-718, 2006.
30. R. Worthington, and T. Whittaker, "Scale development research. A content analysis and recommendations for best practices," *The Counseling Psychologist*, vol.34, no. 6, pp. 806-838, 2006.
31. M. Boltz, E. Capezuti, H. Kim, S. Fairchild, and M. Secic, "Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile," *Clinical Nursing Research*, vol. 18, no. 3, pp. 242-252, 2009.
32. M. D. Naylor, D. Broton, R. Campbell, et al., "Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial," *The Journal of the American Medical Association*, vol. 281, no. 7, pp. 613-620, 1999.
33. N. Fahy, "Who is shaping the future of European health systems?" *British Medical Journal*, vol. 344, 2012.

34. T. Fulmer, M. Mezey, M. Bottrell, et al., "Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice," *Geriatric Nursing*, vol. 23, no. 3, pp. 121-127, 2002.
35. J. Pfaff, "The Geriatric Resource Nurse Model: a culture change," *Geriatric Nursing*, vol. 23, no. 3, pp. 140-144, 2002.
36. J. Fitzpatrick, T. K. Salines, L. J. O'Connor, et al., "Nursing care quality initiative for hospitalized elders and their families," *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 19, no. 2, pp. 156-161, 2004.
37. M. Mezey, M. Boltz, J. Esterson, and E. Mitty, "Evolving models of geriatric nursing care," *Geriatric Nursing*, vol. 26, no. 1, pp. 11-15, 2005

4. VALIDATION OF THE PROFESSIONAL ISSUES SCALES WITH PORTUGUESE NURSES¹⁸

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²; Pedro Sá-Couto, PhD, MS³; Marie Boltz, PhD, RN, GNP-BC⁴; and Elizabeth Capezuti, PhD, RN, FAAN⁵

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNSc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

³Center for Research and Development in Mathematics and Applications, Department of Mathematics, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. p.sa.couto@ua.pt

⁴Assistant Professor, College of Nursing, New York University, 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. mb1363@nyu.edu

⁵The Dr. John W. Rowe Professorship in Successful Aging, College of Nursing, New York University 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. ec65@nyu.edu.

ABSTRACT

The Professional Issues (PI) Scales were designed to measure potential barriers that nurses perceive as obstacles to providing quality care to hospitalized older adults. This study involved the validation of the PI Scales among 1,068 Portuguese nurses and evaluated the influence of hospital and nurse characteristics on the perception of PI related to nursing care. A 6-factor solution was obtained (staff/family/patient disagreement, perceived legal vulnerability, burden of upsetting behaviors, staff disagreement, perceived upsetting behaviors and the use of geriatric services), with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.857 to 0.716. These factors were significantly associated with the following variables: gender, hospital type, hospital location, unit type, perceived institutional support for geriatric-specific education, perceived staff knowledge and the burden of caring for older adults.

¹⁸ *Research in Gerontological Nursing*. 2013; 6(4):264-274.

The PI scales are reliable and valid for assessing the geriatric-related PI of nurses working in Portuguese hospitals and are useful for developing, planning and implementing geriatric programs.

Key Words: hospital, geriatric nursing, Geriatric Institutional Assessment Profile, older adults

INTRODUCTION

The latest Portuguese census data have revealed that the number of older adults (≥ 65 years old) has increased by approximately 4% in the last decade and now represents 19% of the resident population (National Statistical Institute [NSI], 2011). This demographic challenge to the Portuguese health care system emphasizes the need to address the care of hospitalized older adults. The latest reports published by the Portuguese Directorate-General for Health (DGH, 2012) indicate that older adults are the most represented group in hospital units; they have longer durations of stay and a higher number of readmissions, and they present an increased number of deaths relative to other hospitalized populations (Campos, 2008).

Most registered nurses (RNs) in Portugal (72%) work in hospital settings (Nursing Council, 2010), and RNs account for the largest proportion of the hospital workforce (DGH, 2011). Furthermore, the RNs are the professionals who spend the most time with patients and their families.

There is considerable research to support the relationship between nurses' work environment and nurse, patient and organizational outcomes (Aiken et al., 2012; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Bacon, Hughes, & Mark, 2009; Baernholdt & Mark, 2009; Djukic, Kovner, Brewer, Fatehi, & Cline, 2011; McHugh et al., 2013; Kovner et al., 2007). These researches were guided by sociological theory (Aiken & Hage, 1968) that recognizes that organizational attributes such as professional issues are operant mechanisms that influence both patient and nurse outcomes (Aiken, Sochalski, & Lake, 1997). In this study, we adopted the same theory of organizational interdependence conceptualized by Aiken and Hage (1968).

In the last decade, several studies have examined the interaction between the institutional milieu and the geriatric nursing practice environment within the hospital setting (Boltz et al., 2008; McKenzie, Balndford, Menec, Boltz, & Capezuti, 2011). The Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) was developed to address the nurse practice environment specific to the care of older adults and is part integrant of the Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE). A literature review suggests that NICHE may be effective at improving at improving outcomes for hospitalized older adults (Stelle, 2010). Additionally, an integrative review of the 15 articles about GIAP showed that instrument was used addressed geriatric nursing care initiatives assessment and geriatric nursing practice

environment assessment (Tavares & Silva, 2013). This study revealed “a high degree of specificity, conformity, appropriateness, and utility in the evaluation of nurses’ perceptions of the geriatric care, and the GIAP was considered to be a crucial tool in the development and improvement of caring for hospitalized older adults” (Tavares & Silva, 2013, p.264)

The Professional Issue Scales of the GIAP cover common professional issues known to influence geriatric nursing practice. The scales reflect factors that have emerged in the literature as salient issues that influence nurses’ experiences and effectiveness when caring for older adults (Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild, & Secic, 2010).

The first factor, i.e., the distress and burden associated with the care of older adults, is associated with behaviors related to patients with cognitive impairment (Conedera & Beckwith, 2006; Finch-Guthrie, Schumacher, & Edinger, 2006; Poole & Mott, 2003; Zimmerman et al., 2005). These patients often manifest communication problems and the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), which makes it difficult for nursing staff to identify and respond to their needs (Edberg et al., 2008) and causes staff distress (Rodney, 2000; Skovdahl, Kihlgren, & Kihlgren, 2003). Another common professional issue that influences geriatric nursing practice is the interdisciplinary team’s capacity to communicate, work together and coordinate their actions (Grumbach, 2004; Temkin-Greener, Gross, Kunitz, & Mukamel, 2004). Disagreements among staff (Higgins et al., 1999) can weaken the delivery of nursing care to older adults. In Portugal, a study that sought to promote nursing care quality for hospitalized older adults emphasized teamwork and collaborative decision making (Carvalhais & Sousa, 2011). Research findings have also highlighted the role of family involvement in decision making and patients’ care preferences (T. C. Li, Lee, Lin, & Amidon, 2004). Conflicts among staff and patients/families seem to undermine the effectiveness of the nursing staff (Williams & Irurita, 2005); however, this miscommunication is most likely associated with a lack of knowledge regarding how to assess and meet the families’ needs (H. Li, Stewart, Imle, Archbold, & Felver, 2000; Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000).

As report by Boltz and colleagues (2010) the PI scales represent potential intrinsic factors (views specific to own practice) that shape the geriatric institutional milieu. The aim addressed by the items of these scales, according the scales authors, appears to emphasize the interpersonal and coordinative aspects of the professional practice, which are salient in current nursing practice (Boltz et al., 2011). These factors can play an important role in professional

practice and ‘represent common professional issues known to influence geriatric nursing practice’ (Boltz et al., 2010, p. 127).

For this reason, the main purpose of this study was to translate, validate and test the psychometric properties of the Professional Issues Scales in a population of Portuguese registered nurses (RNs). A secondary purpose was to evaluate the influence of hospital type and selected nurses’ perceptions (related to organizational support, staff knowledge and burden/rewards) on the nurses’ perceptions of geriatric professional issues.

4.1. METHODS

4.1.1. Sites/Sample

The data from this study were collected between February 2011 and May 2011 from RNs working in 5 hospitals within the northern and central regions of Portugal that are part of the National Health Care System. To ensure a diverse sample, the hospitals were selected based on the number of beds, inpatients and nurses per hospital according to data from DHG (2012). Initially, 13 hospitals (eight in northern and five in central regions) have the criteria mention above, but only five managers/directors of nursing (two northern and three central regions) accepted to participate in the study. The five hospitals included in this study provide acute care services, such as trauma centers, burn units and medical and surgical specialty units, and they are the major health care facilities in the northern and central regions of Portugal (Table 8).

Table 8. Distribution of hospital sites by region and type

Region	Northern	Centre
Type of Hospital*		
Academic training hospitals (bed size \geq 1,000)	1 Greater Oporto metropolitan area	1 City of Coimbra
Hospital centres (bed size = 300–600)	1 Greater Oporto metropolitan area	1 City of Coimbra 1 City of Aveiro

* Hospital centres integrate a group of hospitals with a joint administration. The group of hospitals mainly consists of medical and surgical units. The hospital centres are located in a geographical area covered by an academic hospital that provides the medical, surgical, and critical care units not available at hospital centres.

The project was submitted to and approved by the ethics committees of each of the 5 hospitals; all of the participants were assured of their anonymity and the confidentiality of their information. Permission to translate and administer the study instrument was obtained from the Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE) Benchmarking Service of New York University College of Nursing.

The nonprobabilistic convenience sample consisted of all registered nurses who worked in medical specialty units (e.g., cardiology, internal medicine and neurology), surgical specialty units (e.g., general surgery, orthopedic surgery and neurosurgery), and critical care units (intensive care units [ICUs] and emergency departments). We excluded nurses who worked on units serving primarily younger adults or children and nurses who did not provide direct care (including nurse managers and supervisors).

The researcher (J. P. A. T.), in partnership with the nurse manager of the units, conducted the data collection. The paper survey was provided to potential participants in envelopes; an online survey was also created for those RNs who preferred to respond online. During the data collection, the researcher was present in all of the hospitals and the respective units to explain the aim of the study, answer questions and encourage study participation. After the surveys were completed, staff members placed them in drop boxes in the units (n = 943) to be collected by the researcher. Responses to the web-based survey (n = 230) were entered directly into a database. Among the 2,271 surveys distributed, 1,173 were returned, thus giving a response rate of 52%, which was acceptable; however, 105 surveys had extensive missing information, and missing cases were deleted (Polit & Beck, 2009). Thus, a final sample of 1,068 responses was used for analysis in this study.

4.1.2. Instrument

The instrument evaluated was the Portuguese version of the PI scale of the GIAP, which was developed by the NICHE program of the New York University College of Nursing (Capezuti et al., 2012). This questionnaire is a 152-item self-completed survey that examines unit/hospital and respondent demographic/professional characteristics as well as 8 major scales. In 2010, the NICHE team proposed and validated the Professional Issues (PI) Scales based on 47 items (scored using 5-point Likert scales ranging from 0 to 4 points) that address ‘the interpersonal and coordinative aspects of professional practice that are salient issues in current practice’ (Boltz et al., 2010, p. 128). These scales represent potential obstacles to

providing a ‘good’ quality of care to hospitalized older adults. A higher score indicates fewer barriers to optimal practice.

In the 2010 study, the exploratory factor analysis (EFA) and the confirmatory factor analysis (CFA) indicated a 6-factor model fit based on the following factors: staff/family/patient disagreement, staff disagreement, perceived legal vulnerability, use of geriatric services, perceived upsetting behaviors and the burden of upsetting behaviors. The overall internal consistency reliability (Cronbach’s alpha) was 0.90.

4.1.3. Translation Procedures

For the translation and cultural adaptations of the PI scales, we used the principles and good practice strategies indicated in the Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures from the Report of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation (Wild et al., 2005). The steps applied in this study were as follows: (I) preparation ; (II) forward translation; (III) reconciliation; (IV) back translation; (V) back translation review; (VI) harmonization; (VII) cognitive debriefing; (VIII) review of cognitive debriefing results and finalization; (IX) proofreading. Further details regarding the steps are available from the corresponding author.

4.1.4. Data Analysis

In this study, the missing values corresponded to 0.94% of the total sample. An EFA was conducted to define the factor structure for the items considered for the PI scales. The sample size had a subject-to-item ratio of 38:1, thus exceeding the other researchers’ recommendations of a 10:1 ratio or higher for an EFA (Costello & Osborne, 2005; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009; Kahn, 2006; Worthington & Whittaker, 2006). The factor solution was obtained using principal component extraction and Promax rotation. To determine the sampling adequacy, the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett’s test of sphericity were used. Data were considered adequate for factor analysis when KMO was greater than 0.5 and Bartlett’s test of sphericity indicated $P < 0.01$ (Costello & Osborne, 2005; Hair et al., 2009; Kahn, 2006; Worthington & Whittaker, 2006). To calculate the number of factors, the latent root criterion (eigenvalues ≥ 1) and scree plot analyses were used. To identify the number of items per factor, we evaluated factor loading with a cut-off equal to or greater than 0.30, a percentage of total variance explained equal to or greater than

40% and Cronbach's alpha equal to or greater than 0.70 (Costello & Osborne, 2005; Hair et al., 2009; Kahn, 2006; Worthington & Whittaker, 2006).

For each factor obtained in the EFA, a one-way analysis of variance (ANOVA) was conducted to establish statistically significant group mean differences in the PI scores for the following selected categorical variables: *gender*, *hospital type*, *unit type* and *hospital location (region)*, as well as for *perceived hospital educational support*, *perceived knowledge about caring for older adults* and *perception of working with older adults as difficult, rewarding or burdensome*. All of these variables are part of the GIAP survey. We tested the influence of these variables on nurses' perceptions of professional issues, following the suggestion of Boltz et al. (2010).

Both normality (determined by visually inspecting Q-Q plots) and homogeneity (determined using Levene's test) conditions were assessed. Post-hoc multiple comparison tests (Tukey's HSD test) were used when ANOVA produced statistically significant results. Spearman's rank test was used to identify possible correlations between the Portuguese version of the PI scales and the following continuous variables: age, years of work in the hospital unit, years of work in the institution and years of experience in the profession. All of the statistical analyses were performed using Predictive Analytics Software (PASW) Statistics 18 (IBM Corporation, Armonk, NY), and $P < 0.05$ was considered statistically significant.

4.2. RESULTS

4.2.1. Sites and Sample

Table 9 provides the demographic breakdown of the sample. Most of the nurses were female (79.7%) and Caucasian (98.3%). More than three quarters (79,1%) had a college degree in nursing, and one fifth (20,9%) had a higher level of academic education - either specialization (14.1%) or a graduate degree (6.8%). The majority of the RNs worked in academic hospitals (60.6%) or in medical/surgical specialized units (81.2%) as either staff (88.8%) or specialized (11.2%) nurses. Most of the RNs ($n = 922$; 86.3%) reported not having received any gerontological education or training; 94 (8.8%) had participated in short courses (continuing education) and 52 (4.9%) had received training in an academic program (master's or doctoral degree). The mean age of the nurses in the sample was 34.1 years ($SD = 8.5$). The participants reported an average of 11.3 years ($SD = 8.4$) of work experience, 10 years ($SD = 8.1$) working in their institution and 7.5 years ($SD = 6.5$) working in their units.

Table 9. Nurse demographics and professional characteristics (N =1,068)

Variables	N (%)	Variables	N (%)
Gender		Race/ethnicity	
Male	217 (20.3)	Caucasian	1050 (98.4)
Female	851 (79.7)	Other	18 (1.6)
Marital status		Nursing College degree	
Single	485 (45.4)	Registered nurses	845 (79,1)
Divorced	366 (34.3)	RN specialist ¹	151 (14.1)
Married	190 (17.8)	Master's/Doctorate	72 (6.8)
Other	27 (2.6)		
Professional nursing category		Principal unit worked	
Registered nurses	949 (88.8)	Medical units	536 (50.2)
Specialized registered nurses	119 (11.2)	Surgical units	331 (31.0)
		Critical Care	201 (18.8)
Hospital type		Geriatric education or training:	
Academic	647 (60.6)	Never	922 (86.3)
Hospital Centers	421 (39.4)	Short duration courses	94 (8.8)
		Masters/Doctorate	52 (4.9)
Variables (years)	M±SD	Variables (years)	M±SD
Age	34.1±8.5	Working experience	11.3±8.4
Working at institution	10±8.1	Working on unit	7.5±6.5

¹ The RN specialist is certificate by the Portuguese's Nursing Council.

4.2.2. Exploratory Factor Analyses

Prior to our analyses, we tested the eligibility of the data for the EFA using the KMO measure of sampling adequacy. The Bartlett sphericity test and the KMO test revealed a 0.001 level of significance and a KMO value of 0.874, respectively, which indicates that factor analysis seemed to be highly appropriate for this analysis.

Using the latent root criterion (eigenvalues ≥ 1), a nine-factor solution emerged that accounted for 48% of the total variance. However, the scree plot analyses suggested a 6-factor solution analogous to that of Boltz et al. (2010). Furthermore, the 6-factor results showed a factor model similar to the original version. The exceptions were the items 'regional/national geriatric conferences and workshops' and 'geriatric texts and journals', which were eliminated because they appeared across the loading for 2 factors (use of geriatric services and burden of upsetting behaviors). Consequently, we removed these 2 items and performed a

new extraction. Again, a 6-factor solution was obtained and was shown to be adequate for the Portuguese data from both theoretical and statistical perspectives (Table 10). As table 10 shows, the EFA 6-factor solution is: F1– staff/family/patient disagreements ($\alpha = 0.857$); F2 – perceived legal vulnerability ($\alpha = 0.917$); F3 – burden of upsetting behaviors ($\alpha = 0.882$); F4 – staff disagreements ($\alpha = 0.812$); F5 – perceived upsetting behaviors ($\alpha = 0.728$); and F6 – use of geriatric services ($\alpha = 0.716$). The 6-factor solution explained 42.9% of the total variance. The overall internal consistency of the Portuguese version of the PI scales was 0.862.

Table 10. Summary of Exploratory Factor Analysis for the Professional Issues Scales (N = 1,068)

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	MD (\pm SD)
Adaptive devices	0.818						3.44 \pm 0.85
Pressure mattresses	0.793						3.51 \pm 0.85
Incontinence garments	0.740						3.32 \pm 0.91
Pressure ulcer treatment	0.682						3.31 \pm 0.93
Incontinence pads	0.675						3.41 \pm 0.91
Pain medication	0.658						3.27 \pm 0.92
Tube feeding	0.592						3.06 \pm 0.93
Urinary catheters	0.498						3.1 \pm 1.35
Mechanical restraints	0.425						2.37 \pm 1.05
Sedative medications or chemical restraints	0.378						2.85 \pm 1.5
Injuries from restraints		0.880					2.31 \pm 1.17
Charges of unlawful restraint		0.828					2.38 \pm 1.22
Falls		0.801					2.46 \pm 1.08
Nosocomial infection due to catheter use		0.795					2.05 \pm 1.16
Development of pressure ulcer		0.779					2.33 \pm 1.14
Injuries resulting from use of sedatives Medications		0.753					2.66 \pm 1.11
Patient demanding			0.784				1.14 \pm 0.72
Patient seeking reassurance			0.769				1.1 \pm 0.69
Patient argumentative			0.750				1.13 \pm 0.71
Patient uncooperative			0.713				.72 \pm 0.65
Patient walking during the night			0.706				1 \pm 0.7
Patient walking during the day			0.661				1.18 \pm 0.71

Table 10. Summary of Exploratory Factor Analysis (cont.)

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	MD (\pm SD)
Patient confused or agitated			0.647				0.61 \pm 0.63
Sedative medications or chemical restraints				0.689			2.17 \pm 1.13
Mechanical restraints				0.639			2.08 \pm 1.10
Urinary catheters				0.584			2.78 \pm 1.04
Tube feeding				0.570			3.21 \pm 1.19
Pain medication				0.530			3.14 \pm 0.94
Pressure mattresses				0.477			3.48 \pm 0.91
Adaptive device				0.475			3.48 \pm 0.86
Incontinence garments				0.426			3.39 \pm 1.10
Pressure ulcer treatment				0.410			3.21 \pm 0.98
Incontinence pads				0.391			3.30 \pm 1.46
Patient seeking reassurance					0.561		0.7 \pm 0.55
Patient uncooperative					0.555		0.64 \pm 0.55
Patient walking during the night					0.551		0.55 \pm 0.54
Patient demanding					0.531		0.82 \pm 0.52
Patient confused or agitated					0.523		0.57 \pm 0.52
Patient argumentative					0.510		1 \pm 0.5
Patient walking during the day					0.443		1 \pm 0.52
Geriatric nurse specialist						0.717	1.15 \pm 0.57
Geriatrician						0.713	0.27 \pm 0.82
Geriatric psychologist/psychiatrist						0.633	0.34 \pm 0.73
Geriatric social worker						0.512	0.46 \pm 1.1

Table 10. Summary of Exploratory Factor Analysis (cont.)

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	MD (\pm SD)
Geriatric rounds and inservices						0.450	0.66+0.75
Eigenvalue	7.498	4.568	3.967	2.644	2.089	1.804	Total
% variance	15.440	9.04	7.988	4.442	3.300	2.668	42.877
Cronbach's α	0.857	0.917	0.882	0.812	0.728	0.716	0.862

F1 – Disagreements between staff and family over the treatment use; F2 – Perceived legal vulnerability; F3 – Burden of upsetting behaviours in older patients; F4 – Disagreements among staff over the treatment use; F5 – Perceived upsetting behaviours in older patients; F6 – Use of geriatric services.

4.2.3. Analysis of the Portuguese PI Subscales Results

The results of the one-way analysis of variance (ANOVA) for each factor are presented in table 11. Only the variable ‘difficulty caring for older adults’ was significant for all 6 factors of the PI scales. Nurses who had some or no *difficulty caring for older adults* showed significantly higher mean scores than the group that reported great difficulty. These results indicate that RNs who perceived that caring for older adults is difficult also expressed more barriers to quality practice.

The variables *hospital* and *unit type*, *region* and *staff perception of caring for older adults as either rewarding or burdensome* were statistically significant for 3 (different) PI scale factors. The results for *type of hospital* revealed that nurses who worked in center hospitals had significantly higher mean scores for the following factors: perceived legal vulnerability ($F = 4.579, P = 0.033$), burden of upsetting behaviors ($F = 31.432, P < 0.001$) and perceived upsetting behaviors ($F = 15.742, P < 0.001$). The results showed significant differences between *type of unit* and the following factors: disagreements between staff and family over treatments ($F = 3.445, P = 0.032$), perceived upsetting behaviors ($F = 8.753, P < 0.001$) and use of geriatric services ($F = 4.151, P = 0.016$). The nurses who worked in the ICU/ER had lower means scores than the nurses in the other groups for factors related to disagreements between staff and family and use of geriatric services, whereas RNs who worked in medical units had lower means scores related to perceived upsetting behaviors.

Table 11. Results of the Variance Analysis between the Portuguese Professional Issues Scales and the Selected Variables (N = 1,068)

Variable	F1		F2		F3		F4		F5		F6	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Gender												
Male (217)	3.1	± 0.8	2.5	± 0.9	1.0	± 0.6	3.1	± 0.7*	0.8	± 0.4*	0.4	± 0.6
Female (851)	3.2	± 0.8	2.3	± 1.0	1.0	± 0.5	3.2	± 0.6*	0.7	± 0.3*	0.4	± 0.5
Hospital type												
Academic (647)	3.1	± 0.7	2.3	± 1.0*	0.9	± 0.5*	3.1	± 0.6	0.7	± 0.3*	0.4	± 0.6
Center (421)	3.2	± 0.7	2.4	± 0.9*	1.1	± 0.5*	3.2	± 0.7	0.8	± 0.4*	0.4	± 0.5
Unit type												
Critical care (201)	3.1	± 0.7**	2.2	± 1.0	0.5	± 0.0	3.1	± 0.7	0.8	± 0.4****	0.3	± 0.4**
Medical (536)	3.2	± 0.7**	2.4	± 1.0	1.0	± 0.5	3.2	± 0.6	0.7	± 0.5****	0.4	± 0.6**
Surgery (331)	3.2	± 0.7**	2.4	± 1.0	1.0	± 0.5	3.2	± 0.7	0.8	± 0.3****	0.4	± 0.6**
Region												
North (375)	3.1	± 0.7	2.5	± 0.9*	0.8	± 0.6*	3.2	± 0.6*	0.7	± 0.4	0.3	± 0.6
Central (693)	3.2	± 0.7	2.3	± 1.0*	1.1	± 0.5*	3.1	± 0.7*	0.8	± 0.3	0.4	± 0.5
Staff perception												
Hospital educational support												
Low (729)	3.2	± 0.7	2.3	± 1.0****	1.0	± 0.5	3.1	± 0.6	0.7	± 0.3**	0.4	± 0.5
Adequate (276)	3.2	± 0.7	2.5	± 1.0****	1.0	± 0.6	3.2	± 0.6	0.8	± 0.5**	0.4	± 0.6
High (63)	3.3	± 0.7	2.7	± 0.9****	1.0	± 0.5	3.3	± 0.8	0.9	± 0.4**	0.4	± 0.6

Table 11. Results of the Variance Analysis (cont.)

Variable	F1 M ± SD	F2 M ± SD	F3 M ± SD	F4 M ± SD	F5 M ± SD	F6 M ± SD
Staff knowledge of elder care						
Little (82)	3.1 ± 0.8	2.1 ± 0.9 ^{****}	1.0 ± 0.5	3.1 ± 0.7 ^{****}	0.7 ± 0.3	0.4 ± 0.6
Some (523)	3.1 ± 0.7	2.2 ± 1.0 ^{****}	1.0 ± 0.5	3.1 ± 0.7 ^{****}	0.8 ± 0.3	0.4 ± 0.5
A great deal (463)	3.2 ± 0.7	2.6 ± 0.9 ^{****}	1.0 ± 0.5	3.2 ± 0.6 ^{****}	0.7 ± 0.3	0.4 ± 0.6
Difficulty in caring for older adults						
Great (662)	3.1 ± 0.7 [*]	2.2 ± 0.9 [*]	0.9 ± 0.5 [*]	3.1 ± 0.7 [*]	0.7 ± 0.3 [*]	0.4 ± 0.4 [*]
Some or none (406)	3.3 ± 0.7 [*]	2.7 ± 0.9 [*]	1.1 ± 0.6 [*]	3.2 ± 0.7 [*]	0.8 ± 0.4 [*]	0.4 ± 0.6 [*]
Rewards of caring for older adults						
None (744)	3.1 ± 0.7	2.3 ± 0.9	0.9 ± 0.5 [*]	3.1 ± 0.6 [*]	0.7 ± 0.3 [*]	0.4 ± 0.6
Many (324)	3.2 ± 0.7	2.4 ± 1.1	1.1 ± 0.5 [*]	3.2 ± 0.7 [*]	0.8 ± 0.4 [*]	0.4 ± 0.5
Burden of caring for older adults						
High (455)	3.1 ± 0.7 ^{****}	2.2 ± 1.0 ^{**}	0.9 ± 0.5	3.1 ± 0.6	0.7 ± 0.3 ^{**}	0.4 ± 0.5
Moderate (545)	3.2 ± 0.7 ^{****}	2.5 ± 0.9 ^{**}	1.0 ± 0.5	3.2 ± 0.7	0.8 ± 0.4 ^{**}	0.4 ± 0.5
None (68)	3.4 ± 0.7 ^{****}	2.4 ± 1.1 ^{**}	1.3 ± 0.5	3.3 ± 0.7	0.8 ± 0.4 ^{**}	0.4 ± 0.7

F1 – Staff/patient/family disagreement; F2 – Perceived legal vulnerability; F3 – Burden of upsetting behaviours; F4 – Staff disagreement; F5 – Perceived upsetting behaviours; F6 – Use of geriatric services. ^{*} The first group differed from the second (p < 0.05). ^{**} The first group differed from the second and third groups (p < 0.05) ^{***} The third group differed from the first and second groups (p < 0.05). ^{****} The second group differed from the first and third groups (p < 0.05).

Regarding hospital region, significant differences were found between regions and the following factors: perceived legal vulnerability ($F = 6.553, P = 0.011$), burden of upsetting behaviors in older patients ($F = 110.476, P < 0.001$) and disagreements among staff over treatment use ($F = 6.492, P = 0.011$). In this situation, the mean scores revealed a mixed pattern of responses. The nurses from the central region had significantly higher mean scores for perceived legal vulnerability and burden of upsetting behaviors, whereas those from the northern region experienced fewer disagreements among staff over treatment use.

Nurses who felt more *rewarded caring for older adults* also felt less burdened by upsetting behaviors in older patients ($F = 19.183, P < 0.001$), experienced fewer disagreements between staff ($F = 5.219, P = 0.023$) and perceived fewer upsetting behaviors in older patients ($F = 21.053, P < 0.001$).

Experiencing less burden when caring for older patients was significantly associated with fewer disagreements between staff and family over the use of treatments ($F = 9.660, P < 0.001$) less perceived legal vulnerability ($F = 6.363, P = 0.002$) and fewer perceived upsetting behaviors in older patients ($F = 37.967, P = 0.002$). The 'not burdensome' group also had statistically higher mean scores related to disagreements between staff and family over treatment use than the other groups. The variable *hospital educational support* was significantly associated with the following factors: legal vulnerability ($F = 9.307, P < 0.001$) and upsetting behaviors ($F = 8.091, P < 0.001$). The nurses who had higher means scores for *hospital educational support* also had consistently better scores related to perceived legal vulnerability than the other groups. The nurses who reported less hospital educational support were more likely to report more perceived upsetting behaviors in older adults than nurses who reported adequate or increased educational support.

Statistical differences were found between males and females for the following factors: disagreements among staff ($F = 5.828, P = 0.016$) and perceived upsetting behaviors ($F = 14.202, P < 0.001$). Males were less likely to perceive upsetting behaviors among older patients, but they reported experiencing more disagreements among staff than the female nurses.

Finally, statistical differences were also found between the perception of being *knowledgeable about caring for older adults* and the following factors: perceived legal

vulnerability ($F = 23.346, P < 0.001$) and disagreements among staff ($F = 5.718, P = 0.003$). Nurses with higher *knowledge* scores perceived significantly less legal vulnerability and fewer disagreements among staff.

The Spearman's correlation analysis demonstrated no statistically significant correlations between the quantitative variables (age, work experience and time at the institution and on the unit) and the 6 scales used. Low correlations (ranging from 0.064 to 0.086) were observed between the scales and the quantitative variables.

4.3. DISCUSSION

The Portuguese version of the PI scales demonstrated theoretical congruence in terms of parsimony (mutually exclusive assignment of item to scales) as well as validity and reliability. The internal consistency was good for most factors, with the exception of 'perceived upsetting behaviors in older patients' and 'use of geriatric services', which indicates acceptable reliability. The 45 items were retained across the 6 factors. However, the items 'geriatric texts and journals' and 'regional/national geriatric conferences and workshops' were removed. A possible explanation is the lack of support from the hospital for the promotion of continuous education. For the most part, Portuguese RNs are expected to use their vacation days to attend professional conferences. In addition, nurse shortages (5.6 nurses per 1,000 population versus OECD average (8.4) and most of European and North America countries, such as the United States (10.5); OECD, 2011) have resulted in high staff-to-patient ratios that may contribute to the nurses' perception of burden.

The factor with the highest percentage of explained variance was 'disagreement between staff and family over treatment use' (36%); this result was similar to that reported by Boltz et al. (2010; 41.3%). However, the Portuguese RNs' responses were more positive than the responses reported in a study of American RNs (Boltz et al., 2010). The Portuguese RNs placed considerable emphasis on family involvement, and families are considered part of the care unit (Carvalhais & Sousa, 2011). More positive responses were also found for the factors 'perceived legal vulnerability' and 'disagreement among staff'. A lack of protocols and guidelines specific to geriatric care in Portugal (Costa, 2006), compounded by a medically dominated health care system (Büscher, Sivertsen, & White, 2010) with unequal and hierarchical relationships

between physicians (superiors) and nurses (subordinates) (Johnson, 2009), are potential barriers to the interdisciplinary discussion of patients' needs.

Most of the negative responses in the original version (Boltz et al., 2010) were related to 'perceived legal vulnerability'. Portuguese nurses, however, operate in a nationalized health system, and they reported less vulnerability to legal issues. Professional regulation and the deontological code have only recently been implemented in Portugal (1999). This code clearly describes nurses' responsibility to 'protect and defend the human practices that contravene the law, ethics, or the common good, especially when deprived of essential professional skills' (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005, p. 25). However, in this study, the nurses did not consider themselves to be legally implicated in the development of pressure ulcers and falls. Perceived vulnerability to legal action in relation to elder care should be further explored in future investigations.

The factors that represented barriers to nurses' ability to provide quality care to older patients were 'burden of upsetting behaviors', 'perceived upsetting behaviors' and 'the use of geriatric services'. Poole & Mott (2003) noted that nurses who have chosen to pursue their careers in acute care hospital settings might have little or no educational preparation for this new role of gerontological specialist, as many studies report that nurses feel poorly prepared for meeting the special needs of older adults. Portuguese RNs' lack of knowledge could influence their perception of these obstacles (86.3% do not have education or training in geriatric care) and their feelings of stress (Poole & Mott, 2003; Skovdahl et al., 2003), particularly with cognitively impaired patients who exhibit behavioral symptoms. Portuguese hospitals should provide continuing education as well as incorporate evidence-based protocols specific to restraints and falls, especially in clinical areas with a high proportion of older patients (Poole & Mott, 2003).

Significant differences in some factors of the PI Scales were related to the variables gender, hospital type, unit type and hospital location (region). The gender difference may reflect awareness of the older adults' behaviors during hospitalization. The similar views of female nurses (who represent the majority of the nursing staff) regarding geriatric care might promote agreement among staff in the treatment of common geriatric syndromes. The lower number of upsetting behaviors reported by

male nurses could be related to their skills in identifying and responding to the needs of older adults or to different responses that they may use to alleviate stress compared to their female counterparts. Finally, the cultural conceptions that older adults have regarding the nursing profession, gender differences and the role of men in Portuguese society may have reduced the frequency of these upsetting behaviors in the presence of male nurses.

The RNs that worked in hospital centers reported less legal vulnerability, fewer upsetting behaviors and less burden associated with patient behaviors. A possible explanation for this finding may be that older adults who require specialized care are transferred to academic hospitals. Regarding unit type, nurses who worked in critical care units reported more disagreements between staff and family. This finding may be explained by the fact that communication with patients' family members in this type of environment is challenging and fraught with dissatisfaction (Jacobowski, Girard, Mulder, & Ely, 2010). Additionally, the hospitalization of a loved one in a critical care unit is stressful for family members (Pochard et al., 2005), especially because families' opportunities to stay in the unit and receive information and answers to questions are limited. These factors could present obstacles to promoting proactive communication between nursing staff and family members regarding the treatment of older adults. Nurses working in medical units were more likely to perceive upsetting behaviors. This finding may be related to their overall increased contact with frail older adults, who typically experience longer stays and suffer from delirium more than patients in other units (Faria, Paiva, & Marques, 2012). The finding that the greater burden related to upsetting patient behaviors was associated with less job satisfaction when working with older adults warrants further inquiry.

There were also differences related to region that could be attributed to regional differences in culture and organizational environments. Progress in gerontology and geriatrics training in the northern region of Portugal in the last 2 decades may have enabled the health care team to work better together to achieve quality care for older adults. The 5 questions from GIAP (related to nurses' perception of educational support in their hospital, general knowledge of caring for older adults and their perception of their work with older adults as burdensome or not burdensome) revealed significant differences within the professional issues scales. Reported difficulty in caring for older

adults was statistically significant for all factors. These results indicate that the RNs felt that there were more obstacles in providing quality care to hospitalized older adults relative to other hospitalized patients. Caring for older people is a complex process, especially when there are cognitive changes (Edberg et al., 2008) that may create an additional burden for nurses. In addition, the lack of geriatric resources and equipment and the nursing shortage can all contribute to a stressful work environment, which increases the perceived level of difficulty.

Our findings showed that RNs with more hospital educational support and those who were ‘very knowledgeable about caring for older adults’ perceived fewer barriers concerning legal vulnerability. One possible explanation is the fact that education and knowledge regarding geriatric care are shaped by contemporary legal and ethical approaches (Kapp, 2012).

Similar to the findings reported by Boltz et al. (2008), this study found that the nurses’ age and years of experience (in the institutions and units) were not related to the institutional milieu. These results indicate that geriatric professional issues could be promoted among RNs with diverse demographic and professional characteristics.

4.3.1. Limitations

A limitation of this study is that all the data were collected by self-report and could be subject to respondent bias. Furthermore, the RNs’ responses relied on subjective judgments regarding several key study variables. These results could be influenced by the specific and unique characteristics of the units and their standards of quality, which could affect the RNs’ perception of important factors that influence care delivery to hospitalized older adults. The self-selection bias and the use of a convenience sample may limit this study’s generalizability to the southern region of Portugal. The southern region contains more varied hospital types, and the hospitals there are generally larger than those in the northern and central regions. The inclusion of hospitals smaller than 300 beds would have increased the diversity of the sample and generalizability of the findings.

In our opinion, it is pertinent to analyze other health care professionals’ perceptions regarding the professional issues concerning the care of hospitalized older adults. Finally, the standard of care, professional scope of practice and familiarity with

legal issues and geriatric resources could vary widely among respondents from Portugal compared with respondents from the United States. Thus, the nurses' perceptions regarding the care of older adults may have been influenced by these differences, which may account for differences in the factor structure of the Portuguese version of the PI scales.

To ensure the validity of the PI scales, further examination of the EFA is necessary. The next step will be a confirmatory factor analysis. In addition, further studies are needed to identify the relationships between the PI scales and nurse characteristics (i.e., burden and turnover) and patient outcomes (i.e., length of stay, adverse events and satisfaction).

CONCLUSION

This study has demonstrated the validity and reliability of the PI scales in hospitals from 2 regions in Portugal. The study's results will be useful in the future for developing, planning and implementing geriatric programs in Portugal. The 6-factor structure of the PI scales provides a profile of the key domains in nursing practice. The results adequately support that the 45 items evaluated in this study yield 6 distinct factors associated with geriatric professional issues and are thus valid. The topic addressed by the PI scales has the potential to shape the social environment of the workplace in a way that could facilitate professional nursing practice, enhance the quality of patient care and influence the care of hospitalized older adults. Our findings highlight many variables that are important for nursing practice, management, education and research and address important aspects that influence care delivery to hospitalized older adults.

REFERENCES

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35, NS6–NS18.
- Aiken, M., & Hage, J. (1968). Organizational interdependence and intra-organizational structure. *American Sociological Review*, 33, 912–930.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Heede, K. V. d., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344. doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Bacon, C. T., Hughes, L. C., & Mark, B. A. (2009). Organizational influences on patient perceptions of symptom management. *Research in Nursing & Health*, 32, 321-334.
- Baernholdt, M., & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, 17, 994-1001.
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., . . . Fulmer, T. (2008). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 282-289.
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2010). Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. *Research in Gerontological Nursing*, 3, 126-134.
- Büscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2010). *Nurses and midwives: A force for health*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor* [Health reform: Guiding principles]. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., . . . Nigolian, C. (2012). Nurses improving care for healthsystem elders - A model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3117-3125.

- Carvalhais, M., & Sousa, L. (2011). Promoting nursing care quality for hospitalized older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 75-84.
- Conedera, F., & Beckwith, J. (2006). Changing dementia care in a hospital system: The providence Milwaukie experience. In N. M. Silverstein & K. Maslow (Eds.), *Improving hospital care for persons with dementia* (pp. 119-138). New York, NY: Springer.
- Costa, A. (2006). *Cuidar idosos* [Older adults care]. Coimbra, Portugal: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10, 1-9.
- Directorate-General for Health (DGH). (2011). *Centros de saúde e unidades hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2010* [Health centers and hospital units: Resources and production of the NHS: Year 2010]. Lisbon, Portugal: Directorate-General for Health.
- Directorate-General for Health (DGH) (2012). *Morbilidade hospitalar—SNS 2011* [Morbidity hospital— NHS 2011]. Lisbon, Portugal: Directorate-General for Health.
- Djukic, M., Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F. K., & Cline, D. D. (2013). Work environment factors other than staffing associated with nurses' ratings of patient care quality. *Health Care Management Review*, 38, 105-114.
- Edberg, A. K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12, 236-243.
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). Physical restriction of mobility – A study of the various aspects of its use for therapeutic purposes. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, 7-16.
- Finch-Guthrie, P., Schumacher, S., & Edinger, G. (2006). A NICHE delirium prevention project for hospitalized elders. In N. Silverstein & K. Maslow (Eds.), *Improving hospital care for persons with dementia* (pp. 139-166). New York, NY: Springer.

- Grumbach K, B. T. (2004). Can health care teams improve primary care practice? *The Journal of the American Medical Association*, 291, 1246-1251.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* [Multivariate data analysis] (6th ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Higgins, I., Fiveash, B., Parker, V., Lay, J., Rutter, S., & Wamsley, R. (1999). The experiences of elderly people during acute hospitalization. *Geriatrics*, 15, 13-19.
- Jacobowski, N. L., Girard, T. D., Mulder, J. A., & Ely, E. W. (2010). Communication in critical care: Family rounds in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 19, 421-430.
- Johnson, C. (2009). Bad blood: Doctor-nurse behavior problems impact patient care. *Physician Executive Journal*, 35, 6-11.
- Kahn, J. (2006). Factor analysis in counseling psychology. Research, training, and practice: Principles, advances and applications. *The Counseling Psychologist*, 34, 684-718.
- Kapp, M. B. (2012). Legal and ethical approaches to older lives: Reconciling rules and relationships. *The Gerontologist*, 52, 287-289.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fairchild, S., Poornima, S., Kim, H., & Djukic, M. (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *American Journal of Nursing*, 107, 58-70.
- Li, H., Stewart, B. J., Imle, M. A., Archbold, P. G., & Felver, L. (2000). Families and hospitalized elders: A typology of family care actions. *Research in Nursing & Health*, 23, 3-16.
- Li, T. C., Lee, Y. D., Lin, C. C., & Amidon, R. L. (2004). Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of well-being and functioning using the SF-36 health questionnaire. *Quality of Life Research*, 13, 1081-1088.
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51, 382-388.

- McKenzie, J. L., Balndford, A. A., Menec, V. H., Boltz, M., & Capezuti, E. (2011). Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment in one Canadian health care region. *Journal of Nursing Scholarship, 43*, 181-187.
- National Statistical Institute. (2011). *Censos 2011—Resultados provisórios* [Census—Previous results]. Lisbon, Portugal: Author.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos* [Code of ethics for nurses: From the comments on the review of cases]. Lisbon, Portugal: Ordem dos Enfermeiros/Nursing Council.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). (2011). *Health at a glance 2011*. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- Nursing Council. (2010). *Dados estatísticos* [Statistical data]. Lisbon, Portugal: Author.
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P. E., Cheval, C., Coloigner, M., . . . Azoulay, E. (2005). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of Critical Care, 20*, 90-96.
- Polit, D., & Beck, T. (2009). *Nursing research: Principles and methods* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poole, J., & Mott, S. (2003). Agitated older patients: Nurses' perceptions and reality. *International Journal of Nursing Practice, 9*, 306-312.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: Its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 172-180.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health, 23*, 191-203.
- Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia-Narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health, 7*, 277-286.
- Steele, J. S. (2010). Current evidence regarding models of acute care for hospitalized geriatric patients. *Geriatric Nursing, 31*, 331-347.

- Tavares, J. P., & Silva, A. L. (2013). Use of the Geriatric Institutional Assessment Profile: An Integrative Review. *Research in Gerontological Nursing, 11*, 264-274.
- Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S. J., & Mukamel, D. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Medical Care, 42*, 472-481.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health, 8*, 94-104.
- Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research, 18*, 22-28.
- Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale development research. A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist, 34*, 806-838.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist, 45*, 96-105.

5. PORTUGUESE NURSES' KNOWLEDGE OF AND ATTITUDES TOWARD HOSPITALIZED OLDER ADULTS¹⁹

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²; Pedro Sá-Couto, PhD, MS³; Marie Boltz, PhD, RN, GNP-BC⁴; and Elizabeth Capezuti, PhD, RN, FAAN⁵

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNSc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

³Center for Research and Development in Mathematics and Applications, Department of Mathematics, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. p.sa.couto@ua.pt

⁴ Assistant Professor, College of Nursing, New York University, 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. mb1363@nyu.edu

⁵ The Dr. John W. Rowe Professorship in Successful Aging, College of Nursing, New York University 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. ec65@nyu.edu.

ABSTRACT

Portugal is impacted by the rapid growth of the aging population, which has significant implications for its health care system. However, nurses have received little education focusing on the unique and complex care needs of older adults. This gap in the nurses' education has an enormous impact in their knowledge and attitudes and affects the quality of nursing care provided to older adults. A cross-sectional study was conducted among 1,068 Portuguese nurses in 5 hospitals (northern and central region) with the following purposes: *i*) explore the knowledge and attitudes of nurses about four common geriatric syndromes (pressure ulcer, incontinence, restraint use and sleep disturbance) in Portuguese hospitals; and *ii*) evaluate the influence of demographic,

¹⁹ *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014; DOI: 10.1111/scs.12124.

professional and nurses' perception about hospital educational support, geriatric knowledge, and burden of caring for older adults upon geriatric nursing knowledge and attitudes. The mean knowledge and attitudes scores were 0.41 ± 0.15 and 0.40 ± 0.21 , respectively (the maximum score was 1). Knowledge of nurses in Portuguese hospitals about the four geriatric syndromes (pressure ulcers, sleep disturbance, urinary incontinence and restraint use) was found inadequate. The nurses' attitudes towards caring for hospitalized older adults were generally negative. Nurses who work in academic hospitals demonstrated significantly more knowledge than nurses in hospital centers. The attitudes of nurses were significantly associated with the hospital and unit type, region, hospital educational support, staff knowledge, and perceived burden of caring for older adults. The study findings support the need for improving nurses' knowledge and attitudes towards hospitalized older adults and implementing evidence-based guidelines in their practice.

Key Words: nurses' attitudes, nursing knowledge, older adults, acute care, geriatric syndromes

INTRODUCTION

Although the degree of demographic changes varies across different parts of the world, population ageing is a global phenomenon. Portugal is no exception, ranking sixth among the oldest countries in the world (1). In 2010, older adults comprised 19% of the total population (2) and represented 41% of adult hospital discharges (3).

The higher proportion of older adults utilizing health care services is due to the improvements in the health status of older adults (4, 5). For this reason, the older adult population represents the core consumers of health care across practice settings (6). It is expected that most registered nurses (RNs) care or will care for older adults at some point in their career (7). Portuguese RNs comprise the largest proportion of the hospital workforce (8) and yet most have not received any education or training in gerontological nursing (9). In Portugal, the gap between the demographic changes and the undergraduate/graduate education of nurses with regards to gerontological care is a major concern and may hinder the quality of nursing care provided to older adults.

The geriatric education and training in nursing curricula is reported as a key component to provide effective care to hospitalized older adults and decrease the risk for adverse events during the hospitalization (10, 11). Several studies indicate that these events are associated with increased morbidity and unfavorable outcomes (12, 13). The lack of RN knowledge about these syndromes may act as barriers to using evidence-based geriatric nursing protocols for best practice in clinical practice which could contribute to the older adult's risk for adverse events (14-18). This can significantly influence RNs practice related to geriatric syndromes, such as the use of restraints (19-21), the management of pressure ulcers (22, 23), urinary incontinence - UI (24-28), and sleep disturbances (29).

Likewise, nursing attitudes concerning the care of older adults have been reported in a number of studies (15, 30-33) and are considered to be one of the major factors affecting quality of care (34, 35). Those studies have used different scales to measure attitudes towards older adults (32). However, many studies have addressed RNs attitudes towards care provided in specific aspects of nursing practice, particularly related to restraint use, pressure ulcer prevention and incontinence care. Findings from studies examining RNs attitudes towards restraint use have reported contradictory results (36); some nurses had a slightly positive view of the use of restraints (37), whilst

others held negative attitudes (19, 38). Hamers and colleagues (37) also demonstrated these differing attitudes in three European countries with most RNs considering usage as appropriate. In Portugal, one study found that only 20% of RNs considered trying alternative nursing measures before using restraints (39).

The knowledge and attitudes of RNs could affect the quality of care provided in acute care settings and play a critical role to prevent adverse events in hospitalized older adults. In other areas of clinical care nurse attitudes are consistently more positive. Specifically, RNs attitudes to both pressure ulcer care (22, 23) and urinary incontinence management (40) have been directly associated with self-reported practice in these areas. For this reason, the aim of this study was: 1) explore the knowledge and attitudes of nurses about four common geriatric syndromes (pressure ulcer, incontinence, restraint use and sleep disturbance) in Portuguese hospitals; 2) evaluate the influence of demographic, professional and nurses' perception about hospital educational support, geriatric knowledge, and burden of caring for older adults, upon the RN's knowledge and attitudes.

5.1. METHODS

5.1.1. Sites and participants

This cross-sectional, descriptive study was carried out in five acute-care hospitals in the northern and central regions of Portugal that are part of the National Health Care System. To ensure a diverse sample, the hospitals were selected based on the bed size and number of nurses per hospital according to data from a national study (8). Two of the hospitals were located in the northern region, in the "Greater Oporto" metropolitan area; those in the central region included a hospital in the city of Aveiro and two hospitals in the city of Coimbra. The geographic proximity, bed size and the number of inpatients and nurses per hospital were carefully considered to ensure the diversity of the sample and optimize the data collection. Among the hospitals, two (one in each region) are academic centers for medical and nursing education and both have more than 1,000 beds. The other three hospitals are considered "hospital centers" and consist of medical and surgical units; their bed size ranges from 300 to 600 beds.

The convenience sample consisted of RNs in a direct care position, who worked on units primarily serving older adults: medical specialty units (cardiology, general

medicine), surgical specialty units (general surgery, vascular, maxillofacial and plastic surgery), and critical care units (CCU) (intensive care, coronary, gastroenterology, and emergency department). We excluded nurses who worked on units serving primarily younger adults or children and nurses who did not provide direct care (including nurse managers and supervisors).

5.1.2. Instrument

The survey used for data collection was the Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes (GNKA) subscale of the Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP). An integrative review about the GIAP demonstrated that this instrument revealed a high degree of specificity, conformity, appropriateness and utility in the evaluation of RN's perception of geriatric care. The GIAP was considered to be a crucial tool in the development and improvement of caring for hospitalized older adults (41). The GNKA subscale measures the knowledge and attitude of RN in the following areas: pressure ulcer prevention, incontinence care, restraint use and management of sleep disturbance. The GNKA subscale consists of 32 statements using a five-point Likert scale (0 = "strongly agree" or "strongly disagree," 4= "strongly disagree" or "strongly agree"). Several studies demonstrated an overall Cronbach's Alpha coefficient ranging between 0.60 and 0.65 (42-45). The GNKA subscale has been used in several published studies (16, 46-48).

The translation and cultural adaptation of the GNKA was based on the Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures Report of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (49). The steps applied in this study were as follows: (I) preparation; (II) forward translation; (III) reconciliation; (IV) back translation; (V) back translation review; (VI) harmonization; (VII) cognitive debriefing; (VIII) review of cognitive debriefing results and finalization; and (IX) proofreading. Further details regarding the steps are available from the corresponding author. The overall scale showed a moderate level of reliability (Cronbach's alpha of 0.657) that was consistent with other studies (42-44).

In this study, we also included three items of the GIAP that are relevant to nurses' knowledge and attitudes related to the perception of *staff knowledge* about

caring for older adults, *the hospital's educational support*, and *work with older adults as burdensome*. These questions also use a five-point Likert scale ranging from 0 to 4.

5.1.3. Data collection

The researcher (JT), in partnership with the nurse manager of the units, conducted the data collection. The paper survey was provided to potential participants in envelopes; an online survey was also created for those RNs who preferred to respond online. During the data collection, the researcher was present in all of the hospitals and the respective units to explain the aim of the study answer questions and encourage study participation. While completing the instrument, the nursing staff was asked not to confer with each other, or consult literature on the specific topic. After the surveys were completed, staff members placed them in drop boxes on the units (n = 943), which were then collected by the researcher. Responses to the web-based survey (n = 230) were entered directly into a database. Data collection was carried out between February and May of 2011. The study was submitted and approved by the ethics committees of each of the five hospitals. Participation was entirely voluntary and respondent anonymity was guaranteed. A total of 2,271 questionnaires were distributed across the five hospitals and 1,173 (51.7%) were returned. This return rate was approximately the same rate (50.5%) as reported by Abraham et al. (42). Among the returned surveys, 105 were not completed and were thus excluded. The final sample included 1,068 participants.

5.1.4. Data analysis

Responses to the knowledge and attitude items were dichotomized: 0 (incorrect/negative) and 1 (correct/positive). The sum of correctly answered responses was calculated to obtain the total scores on the GNKA scale. The total knowledge (Cronbach's alpha of 0.674) and total attitude (Cronbach's alpha of 0.601) were considered for each geriatric syndrome. A cut-point of 0.5 was established and values above were considered positive or sufficient. This cut-point value was chosen because of its ability to interpret relative frequencies (number of correct answers divided by the total number of answers tested).

Statistical tests used the one-way ANOVA to establish statistically significant groups, mean differences in the knowledge and attitude subscales scores for the selected

categorical variables: gender, hospital type, unit type, hospital location (region), perceived hospital educational support, perceived knowledge about caring for older adults, and perception of work with older adults as burdensome. Turkey's HSD tests were used as post-hoc multiple comparison tests (when a statistically significant result in ANOVA was found). The normality of the residuals (Kolmogorov-Smirnov test or by inspection of the Quantile-Quantile plot) and homogeneity of variance (Levene test) assumptions were verified in all conditions. When comparing two independent groups, it can be proved that the ANOVA p-value results are exactly the same as the t-Student test p-values. Spearman's rank test was used to identify possible correlations between the Portuguese version of the GNKA scales and the following continuous variables: age, years of work in the hospital unit, years of work in the institution, and years of experience in the profession. All of the statistical analyses were performed using Predictive Analytics Software (PASW) Statistics 18 (IBM Corporation, Armonk, NY), and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

5.2. RESULTS

5.2.1. Sample description

Most of the RNs were female (79.7%) and Caucasian (98.3%). More than three-quarters (83.3%) had a college degree in nursing, and approximately one-sixth (16.7%) had a higher level of academic education, i.e., either specialization (14.1%) or a graduate degree (2.6%). The majority of the RNs worked in academic hospitals (60.6%) or in medical/surgical specialized units (81.2%), as either staff (88.8%) or specialized (11.2%) nurses. Most of the RNs ($n = 922$; 86.3%) reported not having received any gerontological education or training; 94 (8.8%) had participated in short courses (continuing education) and 52 (4.9%) had received training in an academic program (master's or doctoral degree). The mean age of the RNs in the sample was 34.1 years ($SD = 8.5$). The participants reported an average of 11.3 years ($SD = 8.4$) of work experience, 10 years ($SD = 8.1$) working in their institution and 7.5 years ($SD = 6.5$) working in their units.

5.2.2. Knowledge and attitudes of nurses toward pressure ulcers, incontinence, restraint use and sleep disturbance

5.2.2.1. Knowledge

The mean knowledge score was 0.41 ± 0.15 (all scores range from 0 to 1, where score 1 represents that all the answers are correct). Only 21.2 % (226/1068) of the RNs had a mean score > 0.5 , which indicated low knowledge among Portuguese RNs. The mean of the nurses' knowledge in the four common geriatric syndromes had values below the cut- point. The knowledge scores for the four common geriatric syndromes are presented in table 12. Regarding management of pressure ulcers (0.47 ± 0.26) more than a half of the participants 51.5% (550/1068) had a mean score of > 0.5 . However, a large proportion of differences in the correct answers can be observed. For example, in the management of pressure ulcers, the vast majority was able to respond correctly to the statements about the prevention of most pressure ulcers 80.8%, but this was not the case for questions addressing nutrition to prevent skin breakdown in older adults (the proportion of correct answers was only 3.2%). The mean score for sleep knowledge was $0.47 (\pm 0.26)$ and only 26.4% (282/1068) had more than two correct answers. Approximately 25% of the nurses answered correctly on the following two statements: sedatives prevent hallucinations and agitation in older adults with sleep disorders and most of sleep problems in hospitalized older adults require the use of sedatives. The lowest scores were obtained in the assessment and management of urinary incontinence (0.35 ± 0.19) and restraint use (0.35 ± 0.26). In these two geriatric syndromes, only 22.3% (238/1068) and 14.2% (152/1068) of the nurses had a mean score of > 0.5 , respectively.

Table 12. Descriptive statistics of the correct responses in the knowledge and attitudes subscales score (N=1068)

Geriatric syndrome	Knowledge	N(%)	Attitude	N(%)
Pressure Ulcers (PU)	Most PU are preventable	863(80.8)	Time spend preventing PU is valued	443(41.5)
	PU occur in about 1/2 hospitalized older adults	518(48.5)	Do not have time to perform daily skin assessment	768(71.9)
	It is almost always possible to prevent PU	654(61.2)		

	Heels are most susceptible to skin breakdown in bedridden older adults	778(72.8)		
	PU can lead to osteomyelitis	591(55.3)		
	Adequate nutrition is the most essential element in preventing skin breakdown	34(3.2)		
	Regular massage over bony prominences reduces skin breakdown	214(20%)		
Sleep	Sleep problems contribute to poor hospital outcomes	714(66.9)	We do a good job identifying and preventing sleep disorders	436(40.8)
	Sedatives prevent agitation and hallucinations	285(26.7)	Time spending preventing problems is valued	138(12.9)
	Most sleeping problems require use of sedatives	253(23.7)	Use sedatives as first option to treat sleep problems	483(45.2)
	Sleep disturbances should always be aggressively treat	746(69.9)		
Urinary Incontinence (UI)	Prevalence of UI is about 20%	345(32.3)	Time spending managing UI without the use of catheters or diapers is valued	163(15.3)
	Problems with incontinence are normal part of aging	159(14.9)	Use of diapers at night for most of the UI	165(15.4)
	Kegels exercises are good for all types of incontinence	249(23.3)	Reducing the use of indwelling catheters creates significant demands on staff time	314(29.4)
	Constipation can lead to UI	265(24.8)		
	Try to avoid using indwelling catheters even if this means they are occasionally wet	645(60.4)		
	Catheters are appropriate in the management of UI, if discontinued after 10 days	598(26)		

	Catheters are leading cause of septicemia	340(31.8)		
Restrains	Confused older adult are safer when restrained in bed or in a chair	256(24)	Check on restrained patients at least every hour	630(59)
	Nerve injuries can result from restraint use	336(31.5)	All reasonable alternative are tried before restraining older adult patients	478(44.8)
	Using restraints often contributes to patient confusion	516(48.3)		
	Reducing mechanical restraints increase chemical restraints	377(35.3)		

5.2.2.2. Association between demographic and professional data and knowledge

In table 13, the results demonstrate no significant differences for the total score and the relevant demographic and professional characteristics considered, with the exception of hospital type. Nurses working in an academic hospital demonstrated significantly more knowledge than nurses in hospitals centers.

Regarding pressure ulcer knowledge, male nurses demonstrated significantly more knowledge than the female nurses. The RNs who worked in the central region or on medical/surgical units had significantly more knowledge about this geriatric syndrome than those working in the northern region or on critical care units.

Similarly, nurses who did not perceive caring for older adults as burdensome demonstrated a higher knowledge for the assessment and management of sleep disorders than those groups that perceived older adult care as burdensome. In terms of urinary incontinence, statistical differences were found for gender, hospital type and region. Nurses who had significantly better scores were from academic hospitals in the northern region. For restraint use, female nurses' demonstrated significantly higher knowledge compared to male nurses.

The Spearman's correlation analysis revealed low correlation between the nurses' knowledge and their age as well as their professional characteristics (years of experience, years working at institution and on unit), ranging from 0.095 to 0.1.

Table 13. Effects of the selected variables on the nurses' knowledge of the four geriatric syndromes: pressure ulcers (PU), sleep disturbance (SD), urinary incontinence (UI) and restraint use (RU). All scores are normalized, ranging from 0 (all answers are wrong) to 1 (all answers are correct).

Syndromes:	PU	SD	UI	RU	Total
Variables:	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Gender					
Male	0.52±0.19*	0.47±0.27	0.31±0.20*	0.34±0.25*	0.42±0.15
Female	0.48±0.19*	0.47±0.25	0.36±0.19*	0.39±0.25*	0.41±0.14
Hospital Type					
Academic	0.50±0.18	0.47±0.26	0.36±0.19*	0.36±0.26	0.42±0.14*
Centers	0.48±0.20	0.46±0.26	0.33±0.19*	0.33±0.25	0.40±0.14*
Unit Type					
Critical care	0.46±0.19**	0.46±0.27	0.33±0.19	0.34±0.25	0.40±0.14
Medical	0.49±0.18**	0.46±0.25	0.36±0.20	0.34±0.25	0.42±0.14
Surgery	0.51±0.19**	0.48±0.26	0.33±0.19	0.37±0.27	0.42±0.14
Region					
North	0.47±0.19*	0.45±0.25	0.38±0.20*	0.32±0.25	0.41±0.14
Center	0.50±0.18*	0.48±0.26	0.33±0.19*	0.36±0.26	0.42±0.14
Staff perception:					
Hospital educational support					
Low	0.50±0.19	0.47±0.26	0.36±0.19	0.35±0.26	0.42±0.14
Adequate	0.48±0.19	0.46±0.26	0.32±0.20	0.34±0.26	0.40±0.14
High	0.43±0.21	0.48±0.26	0.35±0.19	0.28±0.26	0.39±0.13
Staff knowledge of elder care					
Little	0.51±0.19	0.44±0.25	0.36±0.20	0.39±0.28	0.43±0.15
Some	0.48±0.19	0.46±0.26	0.33±0.19	0.36±0.25	0.41±0.14
A great deal	0.50±0.19	0.48±0.26	0.36±0.19	0.33±0.26	0.42±0.13
Burden of caring for older adults					
High	0.49±0.19	0.47±0.25***	0.35±0.19	0.34±0.26	0.42±0.14
Moderate	0.49±0.19	0.45±0.26***	0.34±0.20	0.35±0.25	0.41±0.14
None	0.50±0.19	0.55±0.30***	0.36±0.18	0.40±0.28	0.45±0.15
Total	0.49±0.19	0.47±0.26	0.35±0.19	0.35±0.26	0.42±0.14

* Each group differed from the other ($p < 0.05$). ** The first group differed from the second and third groups (Turkey's HDS test, $p < 0.05$). *** The third group differed from the first and second groups (Turkey's HDS test, $p < 0.05$).

5.2.2.3. Attitudes

The mean attitude score was 0.40 ± 0.21 . An overview of attitudes scores is provided in table 1. Only 18.8% (201/1068) of the nurses obtained a mean attitude score of > 0.5 , indicating negative attitudes among Portuguese RNs toward assessment and management of the four geriatric syndromes. For the attitudes subscale, the results were positive for the management of pressure ulcers (0.57 ± 0.37) and for restraint use (0.52 ± 0.38), meaning that RNs feel that the hospital values pressure ulcer prevention, including the performance of daily skin assessment and supports avoidance of restraint use. However, approximately one-third of the nurses for pressure ulcer and for restraint use obtained a mean attitude score considered positive for either pressure ulcers or restraint use. The lowest scores were obtained in the areas of sleep disturbance (0.33 ± 0.30) and incontinence (0.20 ± 0.24).

Regarding sleep disturbance, only 27.1% (291/1068) of the nurses had a mean score of > 0.5 . The RNs attitudes in this area of clinical practice showed that identifying and preventing sleep disturbance is perceived to not be valued in the Portuguese hospital, and that the use of sedatives is often considered the first option in the treatment of sleep disorders. The lowest scores for attitudes were found among nurse toward urinary incontinence with only 10.6% (113/1068) of the nurses had a mean score of > 0.5 . This means that Portuguese RNs often use containment strategies, such as diapers and indwelling catheters to manage incontinence. Additionally the RNs felt that the hospital does not value the management of urinary incontinence without the use of catheters or diapers.

5.2.2.4. Association between demographic and professional data and attitude

In table 14, it can be seen that the total score of nurse's attitudes regarding the management of geriatric syndromes was significantly associated with the variables hospital type, unit and location (region), perceived hospital educational support and knowledge about caring for older adults, and perceived work with older adults as burdensome.

Nurses working in hospitals centers, medical or surgical units and the northern region showed more positive attitudes than the group of RNs working in academic hospitals, critical care units (CCU) and the central region. More positive attitudes

regarding the management of geriatric syndromes was associated with more perceived hospital educational support and less perceived burden in caring for older adults.

Pressure ulcer attitudes varied by hospital location, type and unit, as well as the amount of hospital educational support and perceptions of burden in caring for older adults. Nurses working in hospital centers, the northern region and CCU showed more positive attitudes to addressing and managing pressure ulcer than nurses working in academic hospitals, medical or surgical units and the central region. Participants that reported more hospital educational support and less burden had more positive pressure ulcer attitudes than those who reported less hospital education support and more perceived burden in caring for older adults. Similar differences were found in relationship to sleep disturbance. Nurses working in hospital centers, the northern region and CCU showed more positive attitudes to addressing and managing sleep disorders than nurses working in academic hospitals, medical or surgical units and those from the central region. More positive attitudes related to sleep disorders were linked to those reporting more hospital educational support and less perceived burden in caring for older adults. There was a significant association between urinary incontinence attitudes and hospital type and unit. The nurses' attitudes about addressing and managing urinary incontinence were more positive in hospital centers and medical or surgical units than among those working in academic hospitals and CCU.

Significant relationships were found between restraint use knowledge and attitudes with unit type, hospital location, hospital educational support and overall knowledge of older adult care. Attitudes toward restraint use were most positive (i.e., more likely to avoid usage) among nurses working in the northern region and those working on medical or surgical units. More perceived hospital educational support and those demonstrating more knowledge about overall older adult care were significantly linked to more positive attitudes toward restraint use.

The Spearman's correlation analysis revealed low correlation between the nurses' attitudes and the quantitative variables, ranging from 0.12 to 0.11. The age and clinical experience do not explain the nurses' attitudes about care provided in the four geriatric syndromes.

Table 14. Effects of the variables on the nurses' attitudes about care provided related to the four geriatric syndromes: pressure ulcers (PU), sleep disturbance (SD), urinary incontinence (UI) and restraint use (RU). All scores are normalized, ranging from 0 (all answers are wrong) to 1 (all answers are correct)

Syndromes	PU	SD	UI	RU	Total
Variables	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Gender					
Male	0.56±0.37	0.34±0.30	0.20±0.24	0.50±0.39	0.38±0.20
Female	0.57±0.37	0.33±0.30	0.20±0.24	0.52±0.38	0.38±0.20
Unit Type					
Critical care	0.43±0.37**	0.25±0.27**	0.16±0.23**	0.38±0.37**	0.29±0.20**
Medical	0.62±0.36**	0.35±0.31**	0.20±0.23**	0.54±0.38**	0.40±0.20**
Surgery	0.56±0.37**	0.34±0.30**	0.22±0.25**	0.57±0.37**	0.40±0.20**
Region					
North	0.61±0.37*	0.35±0.31	0.20±0.24	0.62±0.36*	0.41±0.20*
Center	0.55±0.37*	0.32±0.30	0.20±0.24	0.47±0.38*	0.36±0.20*
Staff perception:					
Hospital educational support					
Less	0.52±0.37**	0.29±0.28*****	0.19±0.23	0.50±0.38**	0.35±0.19*****
Adequate	0.66±0.35**	0.38±0.31*****	0.22±0.25	0.56±0.39**	0.42±0.19*****
More	0.69±0.38**	0.53±0.36*****	0.19±0.25	0.60±0.37**	0.48±0.22*****
Staff knowledge of elder care					
Little	0.53±0.37	0.30±0.3	0.21±0.25	0.40±0.40*****	0.34±0.20*****
Some	0.56±0.36	0.31±0.29	0.21±0.25	0.49±0.38*****	0.37±0.20*****
A great deal	0.59±0.38	0.35±0.30	0.19±0.23	0.58±0.37*****	0.40±0.20*****
Burden of caring for older adults					
High	0.53±0.37**	0.30±0.28**	0.19±0.23	0.49±0.38	0.35±0.18**
Moderate	0.59±0.37**	0.36±0.31**	0.21±0.24	0.54±0.38	0.40±0.20**
None	0.61±0.32**	0.34±0.31**	0.23±0.27	0.52±0.38	0.40±0.20**
Total	0.57±0.37	0.33±0.30	0.20±0.24	0.52±0.38	0.38±0.20

* Each group differed from the other (p< 0.05). ** The first group differed from the second and third groups (Turkey's HDS test, p<0.05). *** The third group differed from the first and second groups (Turkey's HDS test, p<0.05). **** All groups differed from each other (Turkey's HDS test, p<0.05). ***** The externs differ (Turkey's HDS test, p<0.05).

5.3. DISCUSSION

This study aimed to explore the knowledge and attitudes of Portuguese RNs concerning four common geriatric syndromes. We also evaluated the influence of demographic and professional characteristics upon nursing geriatric knowledge and attitudes. The results demonstrated a low level of knowledge regarding the geriatric syndromes (pressure ulcers, incontinence, restraint use and sleep disturbance). Moreover, the nurse respondents reported negative attitudes toward these geriatric syndromes. These findings are consistent with other studies (30-32). Therefore, the results presented here were not completely unexpected, given the lack of geriatric content in nursing curricula in Portugal as well as the few continuing education offerings or available specialization in geriatric care. Currently in Portugal there are no geriatric care models that promote geriatric staff education, such as NICHE, which has been associated with an increase of nursing knowledge following implementation (50-53).

The knowledge scores for each the four syndromes were unsatisfactory. Similarly, the RNs attitudes toward management of urinary incontinence and sleep disorders were also negative. In less than a quarter of the RNs, a desirable level of knowledge and attitudes was observed. In Portugal, geriatric education in clinical setting is necessary to improve knowledge and promote more positive attitudes. Although staff education is the most frequently cited strategy to improve attitudes, (45-47, 50, 51, 53) this approach has not always been found successful. Others have found that educational initiatives should include interactive components and constructive feedback to improve the professional healthcare attitudes (54). Furthermore, the findings of a systematic review about nurses' attitudes towards older adults advocate that education in gerontological nursing together with positive clinical learning experiences can improve attitudes and increase the number of nurses expressing a preference to work with these patients (55). Multicomponent interventions are suggested that includes education that is supplemented by consultation (usually a nurse expert or an interdisciplinary team), availability of resources (e.g., physical equipment) and support from leadership to implement evidence-based geriatric protocols (56)

A systematic approach to improving the gerontologic competence of the health care workforce is needed to meet the demands of the growing proportion of older adults

in Portuguese hospitals. Currently there are no certified geriatric nurses in Portugal. RNs with this specialized knowledge and skills could coordinate quality improvement activities and oversee the implementation of effective education methods, structures and ways of presenting information and implementing geriatric evidence-based in clinical practice. The study findings of Boltz et al. (57) suggest that RN certification may be a positive influence on outcomes in hospitalized older adults. Additionally, nurse educators, researchers and hospital managers should promote continued specialized educational preparation regarding geriatrics. Educational preparation is associated with increased competency, and older adults cared for by RNs with specialized geriatric care training have better outcomes (50-53).

There were no significant differences in the total knowledge (i.e., of all 4 syndromes) based on demographic and professional characteristics, with the exception of hospital type. Nurses working in the academic hospital demonstrated a higher level of knowledge compared to RNs from hospital centers. Academic hospitals are the primary sites for medical and nursing education and thus this would likely contribute to these findings. Further, these RNs have a greater access to continuing education and training. Although total knowledge was not associated with gender, significant differences were found for pressure ulcer prevention, urinary incontinence and restraint use. Further research is warranted to explore the role of gender when addressing and managing these three syndromes.

Nurse attitudes differed significantly based on hospital type, unit and location (region), perceived hospital educational support, knowledge about caring for older adults, and perceived burden in working with older adults. Changing attitudes about care may require different educational strategies considering each of these characteristics. Special attention to type of hospital and unit must be considered to develop geriatric nurse education and training programs that could facilitate positive attitudes towards older patients who are admitted to these hospitals and units.

Nurses working in CCUs displayed lower levels of knowledge and more negative attitudes for each of the four geriatric syndromes. Considering that the number of older adults admitted to these units has almost doubled over the past 10 years (58), RNs working in critical care units should be knowledgeable about geriatric care. The onset of new geriatric syndromes in these units, especially pressure ulcers (59, 60) can

be often be prevented with appropriate and timely nursing interventions. This warrants attention to continuing education needs and the further evaluation of care processes.

We also found regional differences in nurses' knowledge and attitudes that probably indicated local institutional barriers (for example, resources, processes) in applying knowledge evidence-based care delivery. The nurses with more positive attitudes and lower knowledge levels may work in the hospital and region with a more positive geriatric institutional milieu. The perception of a positive geriatric institutional milieu may lead to positive nurse staff attitudes (31), but may not have a role in the level of staff knowledge. Additionally, the lack of knowledge may not affect attitudes toward older adults (15).

Despite the overall negative results (below 0.50), the knowledge and attitudes concerning pressure ulcers management was the most positive, which is consistent with the findings of other studies (22, 23). One possible explanation for this result could be the focus in nursing schools about the prevention and treatment pressure ulcers. Also, there are hospital initiatives to address pressure ulcer prevention that include improving staff knowledge and practice; there are many lectures, education programs and articles addressing this topic available in Portugal, which may likely contribute to the significantly better results in the respondent's knowledge of pressure ulcer care (22).

An unexpected finding was the results of respondents' attitudes toward restraint use. Findings suggest that the RNs try alternative interventions before employing restraints with older adults and are aware of the risks associated with restraint use. However, their knowledge regarding restraints was low. Previous studies have shown that nursing staff had slightly negative attitudes toward the use of restraints (19, 38). Other Portuguese studies have reported that nurses' consider use of restraints as appropriate and 80% of RN's did not try any alternative measures before restraining older adult patients (39). Although RNs in this study reported that they were less likely to use restraints, the knowledge in this clinical area is poor, which could mean they could still benefit from education based on evidenced-based guidelines.

The care provided in the management of urinary incontinence demonstrated that RNs had negative attitudes (RNs often use containment strategies) and less knowledge in this area. However, an important barrier in the implementation of effective incontinence treatments is the level of knowledge of the nurses concerning the

assessment and treatment of urinary incontinence (25, 27). Our findings suggest the nurses believe adult diapers and indwelling catheters are primary interventions to manage incontinence when this is contrary to current evidence-based practice standards (24, 27). This may reflect Portuguese RNs' high workload and the perception that those strategies are easier and require less clinical management. It is troublesome to consider that nurses are not promoting continence in older people (24).

In terms of gender, age and years of experience (in the profession, service and current unit), the study findings did not detect any significant association with knowledge or attitudes. These variables do not explain the nurses' knowledge and attitudes about care provided in the four geriatric syndromes. The lack of continuing education and training in geriatric nursing in Portugal and the only very recent implementation of geriatric content in the nursing curricula indicates that most nurses currently working in the hospital have not received any academic preparation regarding caring for older adults. For this reason, years of experience (in the institutions and units) would unlikely influence the RN's knowledge and attitudes.

5.3.1. Limitations and further research

The study has limitations. The data were collected by self-report and could be subject to respondent bias. This potential bias and the use of a convenience sample may limit this study's generalizability to the southern region of Portugal. The southern region contains more variation in hospital types and these hospitals are generally larger than those in the northern and central regions. The inclusion of hospitals smaller than 300 beds would have increased the diversity of the sample and generalizability of the findings. Also, our study only included RNs. Previous studies have found that RNs and other healthcare professional (physicians, social workers and licensed practical nurses) often display different results in knowledge and attitudes tests (33). We recommend further studies to include all healthcare professionals who work with older adults.

Further research is also need to examine the relationship between knowledge and attitudes that considers extrinsic (e.g., institutional values, access to geriatric resources), intrinsic (e.g., views specific to one's own practice), and infrastructures factors to improve the geriatric care practice. Finally, further research is needed to evaluate

geriatric knowledge and attitudes with patient outcomes (incidence pressure ulcer, delirium, indwelling catheter, hospitalization hazards).

Conclusion

The overall results of this study showed low levels of geriatric knowledge and negative attitudes scores toward care of older adults among RNs in Portuguese hospitals. Apart from that, less than a quarter of the RNs had an adequate level of knowledge and attitudes in assessment and management of four geriatric syndromes. Demographic and professional variables have a significant influence upon RNs attitudes but not knowledge, with the exception of hospital type. The age, gender and years of clinical experience were not significantly associated with overall knowledge or attitudes.

Results support the need for greater emphasis in academic nursing curricula and hospital orientation/training programs on improving nursing knowledge and RNs attitudes toward hospitalized older adults. Strengthening partnerships between clinical and academic nurses will support these initiatives. Improving the gerontological competence of the bedside nurse is critical to increasing the quality of nursing care provided to older adults through evidence-based nursing interventions. Educators, nurses' managers and researchers have an important role in developing methods to improve both knowledge and attitudes in nursing assessment and management of these geriatric syndromes.

REFERENCES

1. Population Reference Bureau 2011 world population data sheet. 2011, http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf (last accessed 1 April 2012).
2. National Statistical Institute. *Censos 2011 – Resultados Provisórios (Census 2011—Previous results)*. 2012, National Statistical Institute, Lisbon, Portugal.
3. Directorate-General for Health. *Morbilidade Hospitalar-SNS.Morbidity Hospital- NHS)*. 2012, Directorate-General for Health, Lisbon, Portugal.
4. Wendt A. Mapping geriatric nursing competencies to the 2001 NCLEX-RN test plan. *Nurs Outlook* 2003; 51: 152-7.
5. Hertz JE, Koren ME, Rossetti J, Munroe DJ, Berent G, Plonczynski DJ. Collaboration to promote best practices in care of older adults. *Medsurg Nurs*. 2005; 14:311-5.
6. Capezuti E, Boltz M, Cline D, Dickson VV, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *J Clin Nurs* 2012; 21:3117-25.
7. Mezey M, Capezuti E, Fulmer T. Care of older adults: *Nurs Clin North Am* 2004; 39:xiii-xx.
8. Directorate-General for Health. *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2010. [Health centers and hospital units: Resources and production of the NHS: Year 2010]*. 2011, Directorate-General for Health, Lisbon, Portugal.
9. Tavares J, Silva AL. Cuidado de Enfermagem Geriátrica: Um Projecto Emergente [Geriatric nursing care: an emergent project]. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia* 2011; 4:5-17.
10. Gilje F, Lacey L, Moore C. Gerontology and geriatric issues and trends in U.S. nursing programs: a national survey. *J Prof Nurs* 2007; 23:21-9.
11. Ironside PM, Tagliareni ME, McLaughlin B, King E, Mengel A. Fostering geriatrics in associate degree nursing education: an assessment of current curricula and clinical experiences. *J Nurs Educ* 2010; 49:246-52.

12. Corsinovi L, Bo M, Ricauda Aimonino N, Marinello R, Gariglio F, Marchetto C, et al. Predictors of falls and hospitalization outcomes in elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49:142-5.
13. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:780-91.
14. Josefsson K, Sonde L, Winblad B, Robins Wahlin TB. Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44:71-82.
15. Mellor P, Chew D, Greenhill J. Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a mult-purpose health service (MPHS). *Aust J Adv Nurs* 2007; 24:37-41.
16. Robinson S, Mercer S. Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *J Gerontol Nurs* 2007; 33:40-7.
17. Deschodt M, de Casterle BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *J Adv Nurs* 2010; 66:139-48.
18. Roethler C, Adelman T, Parsons V. Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care. *J Emerg Nurs* 2011; 37:132-7..
19. Chien WT, Lee IY. Psychiatric nurses' knowledge and attitudes toward the use of physical restraint on older patients in psychiatric wards. *International Journal of Multiple Research Approaches* 2007; 1:52-71.
20. Huang HT, Chuang YH, Chiang KF. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *J Nurs Res* 2009; 17:241
21. McCabe DE, Alvarez CD, McNulty SR, Fitzpatrick JJ. Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospital. *Geriatr Nurs* 2011; 32:39-45.
22. Kallman U, Suserud BO. Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment--a survey in a Swedish healthcare setting. *Scand J Caring Sci* 2009; 23:334-41

23. Beeckman D, Defloor T, Schoonhoven L, Vanderwee K. Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011; 8:166-76.
24. Dingwall L, McLafferty E. Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: An exploratory study. *J Clin Nurs* 2006; 15:1276-86.
25. Saxer S, de Bie RA, Dassen T, Halfens RJ. Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Educ Today* 2008; 28:926-34.
26. Yuan H, Williams BA. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health Soc Care Community* 2010; 18:82-90.
27. Terzoni S, Montanari E, Mora C, Destrebecq A. Urinary incontinence in adults: nurses' beliefs, education and role in continence promotion. A narrative review. *Arch Ital Urol Androl* 2011; 83:213-6.
28. Ehlman K, Wilson A, Dugger R, Eggleston B, Coudret N, Mathis S. Nursing home staff members' attitudes and knowledge about urinary incontinence: the impact of technology and training. *Urol Nurs* 2012; 32:205-13.
29. Smyth CA. Evaluating sleep quality in older adults: the Pittsburgh Sleep Quality Index can be used to detect sleep disturbances or deficits. *Am J Nurs* 2008; 108:42-50.
30. Hweidi IM, Al-Hassan MA. Jordanian nurses' attitudes toward older patients in acute care settings. *Int Nurs Rev* 2005; 52:225-32.
31. Higgins I, Van Der Riet P, Slater L, Peek C. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemp Nurse* 2007; 26:225-37.
32. McLafferty E. Developing a questionnaire to measure nurses' attitudes towards hospitalized older people. *Int J Older People Nurs* 2007; 2:83-92.
33. Doherty M, Mitchell EA, O'Neill S. Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using the Kogan Scale. *Nurs Res Pract* 2011; 352627:14.

34. Wells Y, Foreman P, Gething L, Petralia W. Nurses' attitudes toward aging and older adults--examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *J Gerontol Nurs* 2004; 30:5-13
35. Hickman L, Newton P, Halcomb EJ, Chang E, Davidson P. Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. *J Adv Nurs* 2007; 60:113-26.
36. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs* 2007; 16:486-94.
37. Hamers JP, Meyer G, Kopke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46:248-55.
38. Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs* 2006; 55:20-8.
39. Faria H, Paiva A, Marques P. Physical restriction of mobility – a study of the various aspects of its use for therapeutic purposes. *Revista de Enfermagem Referência* 2012; 6:7-16.
40. Saxer S, de Bie RA, Dassen T, Halfens RJ. Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36:539-44.
41. Tavares JP, da Silva AL. Use of the Geriatric Institutional Assessment Profile: an integrative review. *Res Gerontol Nurs* 2013; 6:209-20.
42. Abraham IL, Bottrell MM, Dash KR, Fulmer TT, Mezey MD, O'Donnell L, et al. Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: the Geriatric Institutional Assessment Profile. *Nurs Clin North Am* 1999; 34:237-55.
43. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40:282-9.
44. Boltz M, Capezuti E, Kim H, Fairchild S, Secic M. Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile. *Clin Nurs Res* 2009; 18:242-52.

45. Capezuti E, Boltz MP, Shuluk J, Denysyk L, Brouwer JP, Roberts MC, et al. Utilization of a benchmarking database to inform NICHE implementation. *Res Gerontol Nurs* 2013; 6:198-208.
46. Fitzpatrick JJ, Salinas TK, O'Connor LJ, Stier L, Callahan B, Smith T, et al. Nursing care quality initiative for care of hospitalized elders and their families. *J Nurs Care Qual.* 2004; 19:156-61.
47. Wendel VI, Durso SC, Cayea D, Arbaje AI, Tanner E. Implementing staff nurse geriatric education in the acute hospital setting. *Medsurg Nurs* 2010; 19:274-80.
48. Wallace M, Greiner P, Grossman S, Lange J, Lippman DT. Development, implementation, and evaluation of a geriatric nurse education program. *J Contin Educ Nurs* 2006; 37:214-7.
49. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8:94-104.
50. Fulmer T, Mezey M, Bottrell M, Abraham I, Sazant J, Grossman S, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatr Nurs* 2002; 23:121-7..
51. Pfaff J. The Geriatric Resource Nurse Model: a culture change. *Geriatr Nurs* 2002; 23:140-4.
52. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatr Nurs* 2008; 29:176-85.
53. Guthrie PF, Edinger G, Schumacher S. TWICE: A NICHE program at North Memorial Health Care. *Geriatr Nurs* 2002; 23:133-8.
54. Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol* 2002; 20:765-9.
55. Liu YE, Norman IJ, While AE. Nurses' attitudes towards older people: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013; 50:1271-82.
56. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JP. Reduction of belt restraint use: long-term effects of the EXBELT intervention. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61:107-12.

57. Boltz M, Capezuti E, Wagner L, Rosenberg MC, Secic M. Patient safety in medical-surgical units: can nurse certification make a difference? *Medsurg Nurs* 2013; 22:26-32.
58. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med*. 2006; 34:S176-82.
59. Kaitani T, Tokunaga K, Matsui N, Sanada H. Risk factors related to the development of pressure ulcers in the critical care setting. *J Clin Nurs* 2010; 19:414-21.
60. He J, Staggs VS, Bergquist-Beringer S, Dunton N. Unit-level time trends and seasonality in the rate of hospital-acquired pressure ulcers in US acute care hospitals. *Res Nurs Health* 2013; 36:171-80.

CAPÍTULO III

CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: BARREIRAS E COMPARAÇÃO ENTRE REGIÕES (NORTE E CENTRO)

6. OBSTÁCULOS NO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: PERCEÇÕES DE ENFERMEIROS²⁰

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNSc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quanti-qualitativa, que objetivou: conhecer as percepções de enfermeiros acerca do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e dos obstáculos enfrentados para desenvolver um cuidado de boa qualidade. Foi administrado um questionário a 1.068 enfermeiros, com a inclusão de uma pergunta aberta. Os principais resultados sugerem que o cuidado às pessoas idosas é experienciado negativamente. Os principais obstáculos reportados foram: a falta de apoio familiar, a descontinuidade do cuidado e a escassez de tempo para o cuidado.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, pessoa idosa, obstáculos, hospital

OBSTACLES IN CARING FOR HOSPITALIZED OLDER ADULTS: NURSES' PERCEPTIONS

ABSTRACT

This is an exploratory-descriptive study based on a quantitative and qualitative approach, which aimed to understand the nurses' perceptions about the caring for the hospitalized older adults and the obstacles faced by them to develop a good quality of caring. A questionnaire was administered to 1,068 nurses, including an open question. The main results suggest that caring for the elderly was a negative experience. The main obstacles reported were lack of family support, discontinuity of caring and lack of time to caring for older adults.

Key Words: nursing care, older adults, obstacles, hospital

²⁰ *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16(3):21-39.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico em Portugal tem e terá um reflexo muito significativo na utilização dos serviços de saúde. Esta transição demográfica, em muitos casos, é acompanhada por uma transição epidemiológica, especialmente associada ao aumento de pessoas idosas com comorbilidades. Deste modo, as pessoas idosas irão necessitar de mais cuidados de saúde e espera-se que o número de hospitalizações nesta faixa etária aumente. Atualmente, existe um crescente reconhecimento internacional de que as pessoas idosas representam a maioria das pessoas hospitalizadas (Buie, Owings, DeFrances & Golosinskiy, 2010) e que a hospitalização acarreta frequentemente uma mudança na qualidade de vida. Os dados disponíveis em Portugal revelam que 42% das pessoas hospitalizadas tem 65 ou mais anos e que mais da metade fica internada por períodos superiores a 20 dias (53%), com taxas de reinternamento hospitalar frequentes (5 em cada 10 reinternamentos) (Campos, 2008). Contudo, a hospitalização das pessoas idosas, frequentemente, implica declínio funcional e cognitivo, períodos de internamento prolongados, maior número de reação adversas e a utilização de mais recursos (Covinsky et al., 2003; DeFrances, Hall & Podgornik, 2005; Graf, 2006).

Em Portugal, grande parte dos recursos humanos estão concentrados no meio hospitalar, sendo que a enfermagem representa aproximadamente 56% do total de trabalhadores(as) (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Considerando o envelhecimento demográfico e a elevada taxa de internação das pessoas idosas, o cuidado de enfermagem neste contexto será maioritariamente dedicado a este grupo etário. Contudo, o declínio funcional e a fragilidade deste grupo etário são fatores que condicionam a qualidade do cuidado de enfermagem (Mezey, Capezuti & Fulmer, 2004).

Os estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas têm revelado que a experiência de cuidado a estas pessoas nem sempre é percebida como gratificante, estando associado a níveis elevados de estresse e sobrecarga, sobretudo quando elas apresentam alterações cognitivas (Conedera & Beckwith, 2006; Cowdell, 2010; Finch-Guthrie, Schumacher & Edinger, 2006; Poole & Mott, 2003; Zimmerman et al., 2005). As pessoas idosas podem também apresentar frequentemente alterações do comportamento e incapacidade comunicacional, dificultando a identificação das suas necessidades por parte dos enfermeiros (Cocco, Gatti, de Mendonca Lima & Camus,

2003; Morgan, Semchuk, Stewart & D'Arcy, 2002). Estes aspetos surgem associados a maiores níveis de estresse nas equipas (Edberg et al., 2008) e a um cuidado menos efetivo, devido à falta de tempo para avaliar com mais profundidade as necessidades das pessoas idosas (Rodney, 2000; Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren, 2003).

Além disso, as pessoas idosas internadas, por norma, necessitam de mais tempo para o cuidado (em comparação às pessoas mais novas), porque tendem a estar mais doentes, apresentar pluripatologia e ser dependentes e/ou lentas na realização das atividades de vida (Kovner, Mezey & Harrington, 2002). Estes fatores contribuem para agravar a perceção dos enfermeiros sobre as pessoas idosas hospitalizadas podendo estas, por vezes, serem consideradas mais *incômodas* num contexto em que enfermeiros (e outros elementos da equipa) têm muito trabalho e recebem diversas solicitações (Carvalhais & Sousa, 2011).

Atendendo à complexidade do cuidado a este grupo etário, diferentes estudos têm procurado identificar quais os obstáculos sentidos por enfermeiros durante a internação das pessoas idosas. Barba, Hu e Efird (2012) reportam que a maioria (90%) dos enfermeiros identificou a falta de recursos humanos e as limitações de tempo como os obstáculos mais significativos. Outros obstáculos foram igualmente considerados: pressões financeiras para limitar o tratamento e reduzir o período de internação (84%), a não inclusão das pessoas idosas na tomada de decisão (82%) e a falta de conhecimento sobre o cuidado às pessoas idosas (81,4%) (Barba, Hu & Efird, 2012). Resultados similares foram reportados por Robinson e Mercer (2007) em contexto de urgência. Em Portugal, os estudos sobre esta temática vão ao encontro dos resultados internacionais, destacando-se: escassez de tempo, falta de recursos e frágil envolvimento das famílias das pessoas idosas (Carvalhais & Sousa, 2011).

No que concerne à escassez de tempo, este obstáculo foi referido por enfermeiros como a principal razão para não proporcionar um cuidado de qualidade (Buerhaus, Donelan, Ulrich, Norman, Williams & Dittus, 2005). O estudo de Teng, Hsiao e Chou (2010) reforça esta ideia, tendo estes autores identificado as limitações de tempo como um aspeto crítico na assistência de enfermagem. Para além disso, a escassez de tempo surgiu associada a uma avaliação que não considera a especificidade das pessoas idosas (Thompson et al., 2008), à exaustão emocional e estresse

(Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000) ou sobrecarga (Ilhan, Durukan, Taner, Maral & Bumin, 2008).

A escassez de tempo advém, muitas vezes, da falta de recursos humanos, em especial, de enfermeiros nas unidades de internamento. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2011) apontam a existência de 5,5 enfermeiros por mil habitantes, em Portugal; número inferior à taxa média proposta por esta organização (8.4 por mil habitantes).

Outro obstáculo relatado na literatura é referente ao frágil envolvimento das famílias dos doentes idosos. Este obstáculo é particularmente relevante, tendo em vista que, em Portugal, a principal responsabilidade pelo cuidado das pessoas idosas é atribuída à família. Contudo, as mudanças estruturais da sociedade e da família têm sido evidentes nas últimas duas décadas, com destaque para o aumento das famílias com menores dimensões (2,8 em 2001 para 2,6 em 2011), o maior número de famílias unipessoais (Instituto Nacional de Estatística, 2012), a crescente participação da mulher no mercado de trabalho e a maternidade em idade mais avançadas. Estas mudanças associadas ao envelhecimento demográfico têm repercussões importantes na capacidade das famílias para acolher a pessoa idosa com algum nível de dependência após a alta hospitalar. Limitações financeiras ou habitacionais, o emprego e a falta de capacitação para cuidar podem dificultar ainda mais a sua disponibilidade para cuidar do seu ente querido. Uma revisão integrativa na literatura identificou que, no contexto hospitalar, as pessoas idosas e as famílias são pouco envolvidas no processo de cuidado (Nosbusch, Weiss & Bobay, 2011). Estes aspetos sublinham a importância da família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar. Martins, Fernandes e Gonçalves (2012) referem que é necessário avançar e aprofundar conhecimentos sobre a família das pessoas idosas hospitalizadas. Contudo, alguns fatores podem dificultar o envolvimento e parceria com a família: a maior parte dos enfermeiros não foi exposta a ensinamentos de cuidados de família, centrando o seu cuidado num paradigma de enfoque individual, sendo a família vista na melhor das hipóteses como contexto e não como cliente (Martins, Fernandes & Silva, 2012), e os mitos dos profissionais de que a família não quer cuidar das pessoas idosas e que a maioria é abandonada (Almeida, 1999; Carvalhais & Sousa, 2011). Apenas se exige às famílias que após a alta hospitalar

leve o familiar para casa e cuide dele, mas não se atende às suas necessidades (Carvalhais & Sousa, 2011).

A questão em torno dos obstáculos experienciados por enfermeiros durante a internação das pessoas idosas é crucial e determinante na promoção da maior qualidade do cuidado de enfermagem. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo: conhecer as percepções de enfermeiros acerca do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e dos obstáculos enfrentados para desenvolver um cuidado de boa qualidade.

6.1. METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com base numa abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Foi realizado em cinco hospitais portugueses. Dois destes hospitais localizam-se na região norte (Grande Porto) e três no centro do país (Coimbra e Aveiro). Na escolha destes hospitais procurou-se assegurar uma amostra diversificada. A proximidade geográfica destes hospitais também facilitou a recolha de dados.

A amostra foi não-probabilística regida por critérios de conveniência, tendo como critérios de inclusão os enfermeiros que trabalhavam em unidades médicas (medicina interna, cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia e oncologia médica), cirúrgicas (cirurgia geral, vascular, maxilofacial e plástica, urologia, cirurgia cardiotorácica, ortopedia, neurocirurgia e queimados) e unidades de cuidados intensivos/urgência (UCI/U). Foram excluídos da amostra os enfermeiros que trabalhavam nos serviços de pediatria, ginecologia e maternidade, pois a sua população alvo maioritariamente não é idosa, e aqueles/as que não cuidavam diretamente de pessoas idosas.

6.1.1. Recolha de dados

O investigador (JT) em parceria com os enfermeiros chefes das unidades realizou a recolha de dados, no período de fevereiro a maio de 2011. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário, em suporte de papel ou na versão *online*. Um questionário em suporte de papel e envelope foi entregue a cada enfermeiro(a), bem como o *site* para o preenchimento do questionário *on-line*. Depois de preenchido e selado, o questionário foi entregue aos enfermeiros chefes, sendo recolhidos posteriormente pelo investigador. Na versão *on-line*, ao término do seu

preenchimento, os questionários foram arquivados diretamente em uma base de dados. Do total de 2.271 questionários, resultaram 1.173 respostas, 943 em suporte papel e 230 *on-line*, o que representou uma taxa de resposta de 51,7%; valor considerado aceitável (Polit & Beck, 2009). Contudo, 105 foram excluídos, pela ausência de respostas em alguns campos, o que comprometia o adequado tratamento de dados. No final, 1.068 participantes constituíram a amostra deste estudo.

6.1.1.1. Instrumentos de recolha de dados quantitativos

O instrumento utilizado foi a Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional (APGI) da autoria do Programa *Nurse Improving Care for Healthsystem Elders* (NICHE) (John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University College of Nursing). Este instrumento, entre outros aspetos, permite: obter informações sobre as perceções de enfermeiros sobre o cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e os obstáculos enfrentados para desenvolver um cuidado de qualidade. Atendendo aos objetivos deste estudo, foram utilizadas seis questões deste instrumento. Estas questões são relativas: ao apoio do hospital na formação, ao nível de conhecimento que os enfermeiros consideram ter e às suas perceções sobre a dificuldade, sobrecarga e gratificação no cuidado a pessoas idosas. Incluía ainda uma pergunta de escolha múltipla sobre os obstáculos que os enfermeiros enfrentam para desenvolver um cuidado de boa qualidade para as pessoas idosas hospitalizadas.

A tradução destas questões tiveram por base as recomendações da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (Wild et al., 2005).

6.1.1.2. Instrumentos de recolha de dados qualitativos

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os obstáculos percebidos pelos enfermeiros, uma questão aberta foi incluída pelos autores “Além dos obstáculos listados no instrumento (questão de escolha múltipla) que outros obstáculos identificam na sua prática?”

6.1.2. Análise dos dados quantitativos

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizou-se técnicas da *estatística descritiva*, nomeadamente: frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico *Predictive Analysis Soft Ware Statistics 18* (PASWS).

6.1.3. Análise dos dados qualitativos

A resposta à pergunta semiestruturada do questionário baseou-se na técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009). Esta análise compreende três fases: a pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na primeira fase o conteúdo de respostas foi transcrito e uma leitura horizontal e transversal das respostas foi realizado. Na segunda fase, os dados foram codificados e agrupados em categorias *a posteriori*. Nesta fase, adotamos o tema como unidade de registo, que teve como critério o valor semântico. Na terceira fase, foi realizada a análise final dos dados, a fim de compreender o conteúdo do discurso dos participantes, organizados na forma de uma tabela de frequência. Os participantes foram designados por EnfM (masculino e número correspondente do relato escrito) e EnfF (feminino e número correspondente do relato escrito).

6.1.4. Triangulação dos dados

Os resultados quantitativos e qualitativos foram avaliados em relação à convergência (acordo), complementaridade (nova informação) e dissonância (discordância entre os resultados) (Farmer, Robinson, Elliott, & Eyles, 2006).

6.1.5. Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética das Instituições (referências: 020800/2011; 03977/2011; DE – 56/2011; 1676/2011 SEC; 811/2010) e de acordo com as normas previstas no Decreto-lei nº 97/1995, em Portugal. Todo o processo de pesquisa obedeceu criteriosamente aos preceitos éticos, sendo mantido o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6.2. RESULTADOS

Os resultados deste estudo compreendem a caracterização da amostra, os dados quantitativos, qualitativos e triangulação dos mesmos.

6.2.1. Caracterização da amostra

A amostra (n=1.068) foi, na sua maioria, constituída pelo sexo feminino (79,7%) e estado civil solteiro (45,4%) ou divorciado (34,5%). A média de idade foi de 34,1 anos (Desvio-padrão, DP=8,5). O tempo de exercício profissional foi de 11,3 anos (DP=8,4), 10 anos na instituição e 7,5 anos (DP=6,5) no serviço em que exerciam funções. A categoria profissional maioritária foram enfermeiros²¹ (88,8%), seguida pelo grau de especialista²² (11,2%). Relativamente à formação específica na área da enfermagem gerontogeriatrica, a maioria (86,3%) não teve nenhuma formação ou treino nesta área, 8,8% frequentaram cursos de curta duração e 4,9% cursos de mestrado ou doutoramento.

6.2.2. Resultados quantitativos

6.2.2.1. *Perceções dos enfermeiros sobre o cuidado à pessoa idosa em contexto hospitalar*

Os enfermeiros relataram que cuidavam maioritariamente de pessoas idosas (≥ 65 anos) (77,7%) e que mais de metade do seu turno era passada no cuidado a estes utentes (73,7%). A maioria destes profissionais avaliou de forma insuficiente (68,2%) a formação que os hospitais têm proporcionado em relação ao cuidado de enfermagem gerontogeriatrico. No cuidado à pessoa idosa, três perceções foram avaliadas: dificuldade, sobrecarga e gratificação. Neste sentido, mais de metade dos enfermeiros (62%) referiu sentir grande dificuldade no cuidado às pessoas idosas; 93,6% relatou sobrecarga no cuidado a este grupo etário; e mais da metade considerou que cuidar de pessoas idosas não é gratificante (69,7%).

²¹ Detenção do Curso de Licenciatura em Enfermagem - 240 créditos / 4 anos.

²² Título profissional conferido pela Ordem dos Enfermeiros.

6.2.2.2. Obstáculos no cuidado à pessoa idosa

Os principais obstáculos no cuidado às pessoas idosas foram: a falta de apoio familiar (72,2%), o planejamento da alta hospitalar/acompanhamento do cuidado na comunidade (53,9%), a escassez de tempo (35,5%), a falta de profissionais na equipa (30,8%) e as dificuldades financeiras/seguros (19,5%). Somente treze enfermeiros (1,2%) não referiram qualquer dificuldade. No global, os obstáculos reportados variaram entre 0 a 5, tendo a maioria dos participantes identificado um, dois ou três obstáculos, respetivamente, 304 (28,5%), 418 (39,1%) e 241 (22,6%).

6.2.3. Resultados dos dados qualitativos

Na análise de conteúdo, outros obstáculos emergiram na análise das respostas à questão aberta. Do total de vinte e três enfermeiros que responderam, 17 eram do sexo feminino, 15 trabalhavam na região centro e mais de metade (n=12) exercia funções em especialidades médicas. Da análise emergiram 26 temas, os quais foram agrupados nas seguintes categorias: falta de produtos e tecnologias de apoio, dificuldade em lidar com sintomas psicológicos e comportamentais na demência (SPCD) e/ou *delírium*, descontinuidade do cuidado, falta de formação dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa, negligência e maus tratos das pessoas idosas por parte da família, estrutura física inadequada do hospital e falta de capacitação do cuidador informal (Tabela 15). Considerando o serviço em que exercem funções, os enfermeiros que trabalhavam nas especialidades médicas foram os que reportaram o maior número de obstáculos (n=13). Também foram os únicos que apontaram a falta de formação como dificuldade no cuidado à pessoa idosa. Relataram maioritariamente a descontinuidade de cuidado, a negligência e dificuldade em lidar com SPCD e/ou *delirium*. Nas especialidades cirúrgicas, nove obstáculos foram reportados, sendo os mais expressivos associados à falta de produtos e tecnologias de apoio e estrutura física inadequada. Os enfermeiros dos serviços de urgência e UCI/U foram os que referiram menos obstáculos (n=5), destacando-se o lidar com SPCD e/ou *delirium* (n=2), negligência e maus tratos (n=1), falta de produtos e tecnologias de apoio (n=1) e estrutura física inadequada (n=1).

Tabela 15. Obstáculos percebidos por enfermeiros no cuidado à pessoa idosa

Categoria (N)	Afirmação
Falta de produtos e tecnologias de apoio (n=7)	<i>“Falta de equipamentos adequados para o cuidado da pessoa idosa” (EnfF2).</i>
Dificuldade em lidar com sintomas psicológicos e comportamentais na demências e/ou <i>delírium</i> (n=4)	<i>“Comportamentos de fuga em doente com quadro demencial” (EnfF8).</i>
Descontinuidade do cuidado (n=4)	<i>“O maior obstáculo na minha prática deve-se à falta de articulação e continuidade dos cuidados no domicílio” (EnfF13).</i>
Falta de formação dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa (n=3)	<i>“Sinto uma enorme falta de formação na área da geriatria” (EnfM3).</i>
Negligência e maus tratos das pessoas idosas (n= 3)	<i>“Negligência e exploração financeira por parte de familiares” (EnfF16).</i>
Estrutura física inadequada do hospital (n= 3)	<i>“A estrutura física da unidade desadequada aos idosos dificulta a prestação de cuidados” (EnfF5).</i>
Falta de capacitação da família/cuidador informal (n= 2)	<i>“A maioria das famílias/cuidadores tem falta de conhecimento para cuidado dos seus familiares” (EnfM6).</i>

6.2.4. Triangulação

Os resultados deste estudo revelaram uma convergência entre as respostas das escolhas múltiplas relativas ao apoio familiar e (des)continuidade de cuidado e algumas das categorias (descontinuidade do cuidado e falta de capacitação da família/cuidador informal). Dos dados qualitativos, outros obstáculos emergiram (a falta de produtos e tecnologias de apoio, dificuldade em lidar com SPCD e/ou *delírium*, falta de formação, negligência e maus tratos das pessoas idosas e estrutura física inadequada do hospital),

complementando os resultados quantitativos. Aparentemente não há áreas de discordância nos resultados.

6.3. DISCUSSÃO

O perfil demográfico da sociedade portuguesa, caracterizado por um crescente envelhecimento populacional e as características epidemiológicas (pessoas idosas com patologias crônicas que tendem para a incapacidade, para a evolução prolongada e a dependência) têm justificado o aumento das internações hospitalares das pessoas idosas. Embora este grupo etário seja um dos mais representativos e aos quais os enfermeiros dedicam grande parte do desenvolvimento do seu cuidado, as percepções destes profissionais foi na sua maioria negativa (sobrecarga, dificuldade, não gratificante). Estas percepções podem ser decorrentes de um conjunto de crenças em relação às pessoas idosas, como a dependência, a perda de capacidade e rejeição por parte da família (Almeida, 1999). Por outro lado, a falta de preparação de enfermeiros portugueses acerca do cuidado geriátrico pode igualmente contribuir para estas percepções. Mezey, Capezuti e Fulmer (2004) referem que profissionais de saúde com conhecimento e treino geriátrico demonstram atitudes mais positivas e sentem-se mais satisfeitos no cuidado às pessoas idosas. Os obstáculos reportados por enfermeiros neste estudo podem igualmente contribuir ou agravar os sentimentos negativos que a maioria dos profissionais referiu.

Os principais obstáculos apontados pelos enfermeiros foram: falta de apoio familiar, planeamento da alta hospitalar/acompanhamento do cuidado na comunidade, restrição de tempo e falta de profissionais na equipa. Resultados similares foram reportados por Carvalhais e Sousa (2011), Barba, Hu e Efirid (2012) e Robinson e Mercer (2007). Contudo, nos últimos dois estudos, os obstáculos relativos à falta de recursos humanos, restrições de tempo e pressões financeiras foram os mais prevalentes. Estas diferenças podem estar relacionadas com as diversidades socioculturais, a prática dos enfermeiros e o sistema de financiamento do serviço de saúde. Os recentes cortes no financiamento do Sistema Nacional Saúde pode vir a ter um reflexo importante na percepção dos enfermeiros acerca dos obstáculos que condicionam a sua prática, tais como, na redução da contratação de profissionais, na pressão para reduzir o período de internamento e na aquisição de produtos de apoio no cuidado. Futuras investigações

devem considerar estes obstáculos e suas implicações no estabelecimento de uma parceria de cuidados com as famílias e na disponibilidade de recursos para o cuidado.

A maioria das dificuldades reportadas é externa à prática profissional dos enfermeiros (Costa, 2000). Contudo, nos relatos escritos, três aspectos apontaram para dificuldades com foco interno, tais como, a dificuldade em lidar com SPCD, a falta de formação e as situações de conflito que resultam do contato quotidiano com questões éticas (Lunardi, Lunardi Filho, Silveira, Soares & Lipinski, 2004). Os problemas éticos, como, a violação dos direitos das pessoas idosas (Almeida & Aguiar, 2011), as dificuldades em lidar com SPCD e /ou *delirium* (Cowdell, 2010; Poole & Mott, 2003; Zimmerman et al., 2005) e a falta de formação (Aveyard, 2001; Conedera & Beckwith, 2006) têm emergido na literatura como um dos obstáculos frequentemente reportados por enfermeiros. Estes aspetos demonstram a crescente importância dos valores éticos no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e uma visão crítica na análise da sua realidade prática. A pouca preparação para cuidar de pessoas com demência e o fato dos enfermeiros se sentirem mais confiantes com as necessidades físicas, em detrimento das necessidades psicossocial e emocionais, pode contribuir para a perceção deste obstáculo na prática de enfermagem (Cowdell, 2010). Esta situação é agravada pela falta de profissionais, recursos e/ou estruturas adaptadas; aspetos destacados neste estudo. Estas questões éticas devem ser repensadas, não apenas com a equipa de enfermagem, mas com toda a equipa interdisciplinar “adotando metodologia que problematize a realidade e vá além das teorias, objetivando a prática dos valores éticos” (Almeida & Aguiar, 2011: 48). Estes aspetos podem refletir situações dilemáticas, que resultam das particularidades e especificidades inerentes ao cuidado das pessoas idosas e das competências intrínsecas necessárias para desenvolver um cuidado geriátrico que procure atender ao cuidado integral.

Os obstáculos referentes ao frágil envolvimento das famílias e à descontinuidade do cuidado não são de todo surpreendentes, considerando as mudanças demográficas, epidemiológicas e familiares da sociedade portuguesa, bem como as expectativas dos enfermeiros em relação à família. Estas expectativas estão envoltas num conjunto de *mitos*, nomeadamente, o abandono e a resistência em levar a pessoa idosa para casa após a alta (Almeida, 1999; Carvalhais & Sousa, 2011). As respostas sociais e de saúde, na maioria das vezes, são insuficientes para responder as necessidades das pessoas idosas,

em especial, ao aumento do número de pessoas idosas dependentes. Estes aspetos para além de condicionar a continuidade de cuidado, deixam as famílias “desprotegidas” e sem suporte para conseguirem cuidar dos seus familiares. Além disso, as alterações estruturais e funcionais na família implicam uma combinação crescente do cuidado informal com o formal (Caldas, 2003). Deste modo, os enfermeiros estão numa posição única para estabelecer uma relação de parceria com a família, tendo como primeiro passo, avaliar as preferências da família na participação do cuidado ao seu familiar (Li, Stewart, Imle, Archbold, & Felver, 2000). Concomitantes a esta avaliação, outros fatores devem ser avaliados: o conhecimento sobre as necessidades das pessoas idosas e o seu nível de estresse.

A falta de tempo e de profissionais nas equipas é uma realidade (re)conhecida em Portugal (OCDE, 2011). O número insuficiente de enfermeiros para responder às necessidades das pessoas idosas, em especial, com um declínio funcional e cognitivo, implica um maior número de horas de cuidado (aspetos evidenciados pelos dados no estudo). Esta escassez de recursos humanos e matérias deve ser considerada pelos enfermeiros chefes e administradores(as) das instituições. Estudos têm revelado que a falta de profissionais nas equipas e a elevada dependência e severidade das doenças das pessoas idosas combinados com o controle de custos são uma das principais razões para enfermeiros deixarem de atender às necessidades de doentes com problemas complexos, como é o caso deste grupo etário (Rodney, 2000; Skovdahl et al., 2003). Boltz, Capezuti, Shabbat, and Hall (2010) referem que estes aspetos podem estar na base da “cascata de dependência” associada à hospitalização e aumento do risco de eventos adversos, tais como, *delírium*, quedas, úlceras de pressão e má nutrição. Embora os enfermeiros procurem empenhar-se no desenvolvimento de um cuidado de qualidade, sentem-se muitas vezes constringidos por obstáculos organizacionais e do ambiente de trabalho, que condicionam o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa (Boltz et al., 2008).

Os resultados deste estudo também enfatizam alguns dos obstáculos organizacionais e do ambiente de trabalho, tais como, a falta de produtos de apoio e o ambiente hospitalar inadaptado às necessidades das pessoas idosas. Estes resultados revelam uma consciência de que o ambiente hospitalar, no qual os enfermeiros desenvolvem o seu cuidado, não é, muitas vezes, o ideal e não está estruturado de

acordo com as necessidades das pessoas idosas. A emergência destes obstáculos insere-se numa perspetiva crescente associada aos “ambientes hospitalares amigos das pessoas idosas” (Huang, Larente, & Morais, 2011; Parke & Stevenson, 1999), que tem por base o modelo “Health Promoting Hospitals and Health Services” proposto pela Organização Mundial de Saúde. Considerando as projeções demográficas portuguesas prevê-se que um número crescente de pessoas idosas poderá utilizar os serviços de saúde. Por este fato, produtos e tecnologias de apoio e um ambiente hospitalar amigo das pessoas idosas devem encontrar sinergias com o cuidado desenvolvido pelos enfermeiros, bem como pelos restantes profissionais de saúde.

6.3.1. Limitações

O estudo apresenta algumas limitações. Primeiro, a amostras de conveniência, a localização dos hospitais (norte e centro de país), a exclusão de hospitais com menos de 300 camas limitam a generalização dos resultados para outras regiões do país e para outros tipos de hospital com dimensões mais pequenas. Deste modo, estudos que incluam diferentes regiões irão ampliar a compreensão dos obstáculos sentidos pelos enfermeiros em âmbito nacional.

Segundo, o autopreenchimento dos questionários pode levar a um viés nas respostas dos enfermeiros, como por exemplo, os mais insatisfeitos podem ser mais propensos a responder negativamente. Para além disso, os resultados podem ser influenciados pelas características específicas e únicas dos serviços e clima organizacional, o que poderia afetar a perceção dos profissionais.

Finalmente, a dimensão relativamente reduzida da amostra qualitativa e a técnica de recolha dos dados utilizada pode ter limitado a exploração e compreensão dos obstáculos reportados. Futuros estudos com outras técnicas de recolha de dados qualitativos devem ser desenvolvidos para aprofundar conhecimentos sobre a perceção de enfermeiros acerca do cuidado à pessoa idosa e dos obstáculos sentidos na sua prática profissional. A inclusão de pessoas idosas, seus familiares e outros profissionais seria igualmente relevante, permitindo ampliar o conhecimento sobre estes tópicos.

CONCLUSÃO

As pessoas idosas representam um grupo etário cada vez mais prevalente nos serviços de saúde, especialmente nas unidades de internamento hospitalar. Caberá aos(as) enfermeiros garantir e salvaguardar a qualidade do cuidado às pessoas idosas neste contexto. Contudo, a vivência do cuidado geriátrico foi relatada pela maioria dos profissionais deste estudo como sendo negativa (difícil, desgastante e não gratificante). Estes resultados tendem a indicar que o conhecimento e atitudes dos enfermeiros sobre o envelhecimento podem dificultar a sua prática e a vivência do cuidado. Para além disso, os resultados sugerem que estes(as) profissionais se deparam com um conjunto de obstáculos que podem dificultar a experiência de trabalho com pessoas idosas hospitalizadas.

Estes obstáculos sublinham importantes área do cuidado gerontogeriatrico que devem ser repensadas pelos administradores hospitalares, educadores e investigadores, com o objetivo de melhorar a prática de enfermagem neste contexto. Desta forma, este estudo reforça alguns tópicos que devem ser incorporados no cuidado de enfermagem às pessoas idosas: 1) a formação dos enfermeiros acerca do cuidado gerontogeriatrico deve ser fortalecida e alargada ao contexto hospitalar, em especial, o cuidado às pessoas idosas com demência e/ou *delírium* e vítimas de negligência e maus-tratos; 2) o desenvolvimento de programas educativos para enfermeiros sobre a atenção à família em meio hospitalar e o estabelecimento de parceria de cuidado; 3) a gestão dos recursos humanos e materiais deve considerar as necessidades específicas e a complexidade do cuidado geriátrico (internamento mais prolongado, maiores níveis de dependência e incapacidade aumentam as necessidades de cuidados de enfermagem); 4) uma maior articulação e cooperação entre as unidades hospitalares e os serviços de saúde e sociais comunitários, bem como a preparação para a alta hospitalar, adotando um modelo de transição do cuidado (Care Transitions Model); e 5) o desenvolvimento de iniciativas que procurem tornar o ambiente hospitalar mais amigo das pessoas idosas. O cuidado de enfermagem às pessoas idosas deve ser entendido pela própria sociedade, decisores políticos e administradores hospitalares como uma prioridade nas organizações de saúde, devendo estas desenvolver iniciativas que facilitem e promovam a qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Almeida, A. & Aguiar, M. (2011). A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 13(1): 42-49.
- Almeida, M. (1999). Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano. *Revista Enfermagem Referência*, 3:7-14.
- Aveyard, B. (2001). Education and person-centred approaches to dementia care. *Nursing Older People*, 12(10): 17-19.
- Barba, B. E.; Hu, J. & Eford, J. (2012). Quality geriatric care as perceived by nurses in long-term and acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6): 833-840.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Buie, V. C.; Owings M. F.; DeFrances, C. J. & Golosinskiy A. (2010). *National Hospital Discharge Survey: 2006 summary*. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 13(168). Recuperado em 01 maio, 2012, de: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_13/sr13_168.pdf
- Boltz, M.; Capezuti, E.; Bowar-Ferres, S.; Norman, R.; Secic, M., Kim, H.; . . . Fulmer, T. (2008). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal Nursing Scholarship*, 40(3): 282-289.
- Boltz, M.; Capezuti, E.; Shabbat, N. & Hall, K. (2010). Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization. *Internacional Journal of Nursing Practice*, 16(4): 381-388.
- Buerhaus, P. I.; Donelan, K.; Ulrich, B. T.; Norman, L.; Williams, M. & Dittus, R. (2005). Hospital RNs' and CNOs' perceptions of the impact of the nursing shortage on the quality of care. *Nursing Economics*, 23(5): 214-221.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 733-781.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Carvalhais, M. & Sousa, L. (2011). Promoting nursing care quality for hospitalized older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3): 75-84.
- Costa, Maria Arminda S. Mendes (2000) – *Formação e práticas geriátricas dos enfermeiros: estudo etnográfico numa unidade de medicina*. Lisboa: Faculdade

de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
Dissertação de mestrado.

- Cocco, E.; Gatti, M.; de Mendonca Lima, C. A., & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1): 78-85.
- Conedera, F., & Beckwith, J. (2006). Changing dementia care in a hospital system: The providence Milwaukie experience. In: Silverstein, N. & Maslow, K. (Eds.), *Improving hospital care for persons with dementia*: 119-138). New York: Springer.
- Covinsky, K. E.; Palmer, R. M.; Fortinsky, R. H.; Counsell, S. R.; Stewart, A. L.; Kresevic, D.; . . . CS., L. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51: 451-458.
- Cowdell, F. (2010). The care of older people with dementia in acute hospitals. *Internacional Journal of Older People Nursing*, 5(2): 83-92.
- DeFrances, C. J., Hall, M. J., & Podgornik, M. N. (2005). *Advance data from vital and health statistics; no 359*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Recuperado em 12 junho, 2011, de: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad359.pdf>
- Demerouti, E.; Bakker, A. B.; Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advance Nursing*, 32(2): 454-464.
- Edberg, A. K.; Bird, M.; Richards, D. A.; Woods, R.; Keeley, P. & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12(2): 236-243.
- Farmer, T.;Robinson, K.; Elliott, S. J. & Eyles, J. (2006). Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. *Qualitative Health Research*, 16(3): 377-394.
- Finch-Guthrie, P.; Schumacher, S. & Edinger, G. (2006). A NICHE delirium prevention project for hospitalized elders. In Silverstein N. & Maslow K. (Eds.),

- Improving hospital care for persons with dementia*: 139-166. New York: Springer.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older patients: it's often a consequence of hospitalisation, but it doesn't have to be. *American Journal Nursing Clinical North America*, 106(1), 58-67.
- Huang, A. R.; Larente, N., & Morais, J. A. (2011). Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly. *Canadian Geriatric Journal*, 14(4), 100-103.
- Ilhan, M. N.; Durukan, E.; Taner, E.; Maral, I. & Bumin, M. A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1): 100-106.
- Instituto Nacional de (2012). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kovner, C. T.; Mezey, M. & Harrington, C. (2002). Who cares for older adults? Workforce implications of an aging society. *Health Aff (Millwood)*, 21(5): 78-89.
- Li, H.; Stewart, B. J.; Imle, M. A.; Archbold, P. G. & Felver, L. (2000). Families and hospitalized elders: A typology of family care actions. *Research in Nursing & Health*, 23(1): 3-16.
- Lunardi, V. L.; Lunardi Filho, W. D.; Silveira, R. S.; Soares, N. V. & Lipinski, J. M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12: 933-939.
- Martins, M. M.; Fernandes, C. S. & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65: 685-690.
- Mezey, M.; Capezuti, E. & Fulmer, T. (2004). Care of older adults. *Nursing Clinics of North America*, 39(3): xiii-xx.
- Morgan, D. G.; Semchuk, K. M.; Stewart, N. J. & D'Arcy, C. (2002). Job strain among staff of rural nursing homes. A comparison of nurses, aides, and activity workers. *Journal of Nursing Administration*, 32(3): 152-161.

- Nosbusch, J. M.; Weiss, M. E. & Bobay, K. L. (2011). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6): 754-774.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2011). *Health at a Glance 2011*. Recuperado em 02 setembro, 2012, de: <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Dados Estatísticos 2000-2012. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado em 03 fevereiro, 2013, de: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/files/assets/basic-html/page1.html
- Parke, B., & Stevenson, L. (1999). Creating an elder-friendly hospital. *Healthcare Manage Forum*, 12(3): 45-48.
- Polit, D. & Beck, T. (2009). *Nursing Research: Principles and Methods* (9 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poole, J. & Mott, S. (2003). Agitated older patients: Nurses' perceptions and reality. *International Journal of Nursing Practice*, 9(5): 306-312.
- Portugal. Decreto-lei n. 97 de 10 de maio de 1995. Dispõe sobre as normas que regulam as comissões de ética para a saúde. Diário da República. Lisboa, 10 de maio de 1995. Série I, p.3.
- Robinson, S. & Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7): 40-47.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1): 172-180.
- Skovdahl, K.; Kihlgren, A. L. & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia--narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, 7(4): 277-286.
- Teng, C. I.; Hsiao, F. J. & Chou, T. A. (2010). Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(3): 275-284.

- Thompson, C., Dalglish, L., Bucknall, T., Estabrooks, C., Hutchinson, A. M., Fraser, K., . . . Saunders, J. (2008). The effects of time pressure and experience on nurses' risk assessment decisions: a signal detection analysis. *Nursing Research, 57*(5): 302-311.
- Wild, D.; Grove, A.; Martin, M.; Eremenco, S.; McElroy, S.; Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health, 8*(2): 94-104.
- Zimmerman, S.; Williams, C. S.; Reed, P. S.; Boustani, M.; Preisser, J. S.; Heck, E. & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist 1*(1): 96-105.

7. CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A REGIÃO NORTE E CENTRO DE PORTUGAL²³

João Paulo de Almeida Tavares, RN, MSc¹; Alcione Leite da Silva, PhD, RN²; Pedro Sá-Couto, PhD, MS³; Marie Boltz, PhD, RN, GNP-BC⁴; and Elizabeth Capezuti, PhD, RN, FAAN⁵

¹PhD (student). Emergency Room, Coimbra University Hospital, Avenida Bissaya Barreto e Praceta Prof. Mota Pinto, 3000-075 Coimbra, Portugal. enf.joaotavares@hotmail.com

²RN, MNsc, Ph. D. Department of Health, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. alsilva@ua.pt

³Center for Research and Development in Mathematics and Applications, Department of Mathematics, University of Aveiro, Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal. p.sa.couto@ua.pt

⁴ Assistant Professor, College of Nursing, New York University, 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. mb1363@nyu.edu

⁵ The Dr. John W. Rowe Professorship in Successful Aging, College of Nursing, New York University 726 Broadway, New York, NY 10003, USA. ec65@nyu.edu.

RESUMO

Objetivou-se comparar o perfil do cuidado geriátrico em hospitais da região norte e centro de Portugal. Utilizou-se uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, transversal, prospetivo e correlacional. A amostra foi constituída por 1.068 enfermeiros, tendo sido utilizado o teste t para amostras independentes e/ou o teste de U de Mann-Whitney. Os resultados, em sua quase totalidade, demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as regiões analisadas. Deste modo, o perfil de cuidado geriátrico entre as duas regiões apresenta um padrão relativamente homogéneo, com exceção de algumas escalas do ambiente geriátrico de trabalho dos enfermeiros (valores institucionais, sobrecarga associada a comportamentos estranhos, utilização de recursos geriátricos e desacordo entre a equipa/família/pessoas idosas).

²³ Manuscrito elaborado para submissão à revista Texto & Contexto Enfermagem

Estes resultados sugerem a necessidade de maior investimento dos líderes hospitalares no sentido de promoverem um ambiente de melhor qualidade do cuidado de enfermagem geriátrica e que vá ao encontro das necessidades e especificidades das pessoas idosas hospitalizadas.

Descritores: Pessoas idosas. Hospitalização. Cuidado de enfermagem geriátrica. Perfil do cuidado geriátrico.

NURSING CARE FOR HOSPITALIZED OLDER ADULTS: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN THE NORTH AND CENTER OF PORTUGAL.

ABSTRACT

This study aimed to compare nurse perceptions of geriatric care in hospitals in the northern versus the central regions of Portugal. This was a descriptive, exploratory, cross-sectional, prospective and correlational study consisting of 1,068 nurses. Using independent t-tests and/or Mann-Whitney U tests, most of the results have shown no statistically significant differences between the regions analyzed. Thus, the profile of geriatric care between the two regions showed a pattern relatively homogeneous, except for a few scales measuring institutional values, burden of upsetting behaviors, use of geriatric services and staff/family/patients disagreement about care. These results suggest the need for increased investment by hospital leaders to promote a geriatric nursing practice environment that support a high quality of care that meets the specific needs of the hospitalized older adults.

DESCRIPTORS: Older adults. Hospitalization. Geriatric nursing care. Geriatric institutional profile

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA ANCIANOS HOSPITALIZADOS: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL NORTE Y CENTRO DE PORTUGAL.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo: comparar el perfil de la atención geriátrica en los hospitales en el norte y centro de Portugal. Se utilizó un abordaje cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal, prospectivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 1.068 enfermeros (as), después de haber utilizado el test t para muestras

independientes y/o la prueba de Mann-Whitney. La mayoría de los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las regiones analizadas. Por lo tanto, el perfil de lo cuidado geriátrico entre las dos regiones muestrearan un patrón relativamente homogéneo, a excepción de unas pocas escalas del entorno de lo trabajo geriátrico de los enfermeros (valores institucionales, sobrecarga asociada con un comportamiento extraño, utilización de los recursos geriátricos y desacuerdo entre equipo/familia/personas de edad avanzada). Estos resultados sugieren la necesidad de una mayor inversión por dirigentes del hospital con el fin de promover un entorno de mejor calidad del cuidado de enfermería geriátrica y que satisfaga las necesidades y especificidades de los ancianos hospitalizados.

DESCRIPTORES: Ancianos. Hospitalización. Cuidados de enfermería geriátrica. El perfil de la atención geriátrica

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional em Portugal é uma realidade incontornável, pelo que, as pessoas idosas (PIs) (≥ 65 anos) representam atualmente 19% da população¹. Este grupo etário é o principal utilizador de recursos de saúde²⁻⁶, tem as mais elevadas taxas de hospitalização⁷ e permanece mais tempo internado, comparativamente com outros grupos^{8,9}. Os dados disponíveis em Portugal revelam que as PIs constituem 41% das pessoas hospitalizadas¹⁰ e apresentam períodos de internamento superiores a 20 dias (53%), a 30 dias (49,3%), com taxas de reinternamento hospitalar frequentes (5 em cada 10 reinternamentos)¹¹. Deste modo, o cuidado às PIs representará cada vez mais uma parcela significativa dos cuidados de saúde¹².

Estes aspetos têm e terão enormes implicações para a prática de enfermagem, especialmente para o cuidado de enfermagem geriátrico em âmbito hospitalar (onde trabalham a maioria de enfermeiros)¹³. Deste modo, as competências dos enfermeiros nesta área contribuirão para melhorar a experiência de hospitalização das PIs^{12,13}.

Considerando as projeções populacionais e a elevada taxa de internamento das PIs, o cuidado de enfermagem hospitalar será maioritariamente dedicado a este grupo etário. Contudo, os défices de capacitação e as necessidades que advêm da idade e da fragilidade das PIs¹⁴⁻¹⁶ reforçam a necessidade de promover a competência dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa¹⁷. No entanto, ainda não existem estudos em hospitais portugueses que nos permitam caracterizar o perfil do cuidado de enfermagem geriátrico. Deste modo, este estudo tem como objetivo comparar o perfil de cuidado de enfermagem geriátrico em hospitais da região norte e centro do país, considerando o Ambiente de Trabalho Geriátrico de Enfermeiros (ATGE) e o conhecimento e atitudes destes profissionais acerca do cuidado às PIs.

7.1. QUADRO TEÓRICO

O Ambiente de trabalho dos enfermeiros (ATE) é essencial para a satisfação deste grupo profissional e subsequentemente para a sensibilidade destes(as) em relação aos resultados de saúde das pessoas internadas¹². O ATE em unidades de internamento especializado (ex: oncologia, cuidados intensivos) demonstrou ter uma influência na perceção dos enfermeiros sobre a sua prática e a sua relação com os resultados de saúde das pessoas internadas.¹⁸⁻²⁰ Deste modo, a avaliação do ATE deve considerar as

dimensões específicas do contexto que pretende avaliar¹⁹⁻²¹. Kim, et al.²¹ demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas na avaliação do ATE quando se utiliza um instrumento geral ou outro com especificidade geriátrica, pelo que, esta avaliação deve focar estruturas e processos do ATE específicos do cuidado de enfermagem geriátrica.

Considerando esta especificidade, o programa *Nurse Improving Care for Healthsystem Elders* (NICHE) desenvolveu um instrumento para avaliar a perceção de enfermeiros sobre o cuidado às pessoas idosas hospitalizadas - *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) ou “Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional” (APGI), na versão Portuguesa. O NICHE é um projeto desenvolvido para melhorar o cuidado de enfermagem geriátrica às pessoas idosas internadas em serviços hospitalares²², sendo a avaliação do perfil geriátrico institucional uma parte integrante deste programa. A literatura publicada com base nos hospitais que utilizaram a APGI evidência o papel fundamental que enfermeiros desempenham ao influenciarem as trajetórias de saúde das pessoas idosas^{17, 23-27}. Revela, ainda, um aumento do conhecimento e perceção sobre o cuidado geriátrico de enfermeiros²⁸ e uma maior satisfação das pessoas idosa e enfermeiro(as)^{23, 26, 27}. Uma revisão integrativa demonstrou que o APGI apresenta um elevado grau de especificidade, conformidade, adequabilidade e utilidade na avaliação da perceção de enfermeiros, consistindo em uma ferramenta crucial para o desenvolvimento e melhoria do cuidado a pessoas idosas hospitalizadas²⁹.

Um número crescente de estudos com base no APGI tem procurado analisar dois aspetos centrais do cuidado de enfermagem geriátrica: o ATGE e o conhecimento e atitudes de enfermeiros^{14, 21, 28, 30-33}. A avaliação do ATGE assenta em dois fatores: extrínsecos (ex: valores institucionais, disponibilidade de recursos geriátricos, desenvolvimento de cuidados sensíveis à idade) e intrínsecos (ex: pontos de vista relativos à sua prática – perceção de comportamentos inadequados das pessoas idosas, sobrecarga de trabalho e utilização de recursos). Estes fatores moldam o ambiente geriátrico institucional³⁴. Estudos realizados em contexto português procuraram analisar o ATGE considerando estes dois fatores^{35, 36}. Os fatores externos revelaram que existe uma insatisfação em relação ao ambiente e suporte organizacional relativamente ao cuidado de enfermagem às pessoas idosas³⁵. Entre os fatores intrínsecos, a perceção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) das pessoas idosas, a

perceção da sobrecarga de trabalho e a falta de serviços ou recursos geriátricos foram as dimensões que mais influenciaram a eficácia e o desenvolvimento do cuidado³⁶.

Relativamente à avaliação do conhecimento e atitudes de enfermeiros em Portugal, um estudo Tavares, et al.³⁷ demonstrou que existem lacunas de conhecimento e atitudes negativas relativamente a quatro síndromes geriátricas (úlceras de pressão, incontinência, restrição física e distúrbios do sono). Considerando o imperativo demográfico de Portugal e a pouca capacitação de enfermeiros (graduado e pós-graduado) na área da Enfermagem Geriátrica, torna-se imperioso investir no desenvolvimento de conhecimento e competências destes profissionais(as) nesta área³⁵⁻³⁷. Este aspeto é considerado essencial para a qualidade do cuidado geriátrico^{13, 28}.

7.2. METODOLOGIA

Este estudo teve por base uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, transversal, prospetivo e correlacional. Orientou-se no sentido de responder aos seguintes objetivos específicos: 1) analisar a relação entre a perceção de enfermeiros sobre o AGTE (fatores intrínsecos e extrínsecos) em função da região e unidades de internamento; 2) analisar a relação entre o conhecimento e atitudes geriátricas de enfermeiros em função da região e unidade de internamento.

7.2.1. Contexto e amostra

Este estudo foi realizado em cinco hospitais da região norte e centro do país. Dois localizados na região norte (Grande Porto) e três no centro do país (Coimbra e Aveiro). Destes hospitais, três são centros hospitalares e dois são considerados hospitais com ensino universitário.³⁸

A seleção destes hospitais teve por base a análise dos relatórios da Direção-Geral da Saúde acerca do nível de diferenciação, das taxas de internamento e da dotação de enfermeiros. Estas características foram tidas em consideração, com o objetivo de assegurar a diversidade da amostra. A proximidade geográfica destes hospitais foi equacionada para facilitar a recolha dos dados.

A amostra foi não-probabilística e por conveniência, tendo como critérios de inclusão os participantes que trabalhavam em serviços de especialidades médicas

(medicina interna, cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia e oncologia médica), cirúrgicas (cirurgia geral, vascular, maxilofacial e plástica, urologia, cirurgia cardiotorácica, ortopedia, neurocirurgia e queimados) e unidades cuidados intensivos/urgência (UCI/U). Foram excluídos da amostra enfermeiros que trabalhavam nos serviços de pediatria, ginecologia e maternidade, pois a sua população alvo maioritariamente não era idosa, e também aqueles(as) que não desenvolviam cuidados diretos às pessoas idosas.

A realização deste estudo foi aprovado pela Comissão de Ética das Instituições (referências: 020800/2011; 03977/2011; DE – 56/2011; 1676/2011 SEC; 811/2010). Todo o processo de pesquisa obedeceu criteriosamente aos preceitos éticos, sendo mantido o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O investigador (JT) em parceria com os enfermeiros chefes das unidades realizou a recolha de dados, no período de fevereiro a maio de 2011. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário, em suporte de papel ou na versão *on-line*. Um questionário em suporte de papel e envelope foi entregue a cada enfermeiro(a), bem como o *site* para o preenchimento do questionário *on-line*. Depois de preenchido e selado, o questionário foi entregue para os enfermeiros chefes, sendo recolhidos posteriormente pelo investigador. Na versão *on-line*, no final do seu preenchimento, os questionários foram arquivados diretamente em uma base de dados. Do total de 2.271 questionários, resultaram 1.173 respostas, 943 em suporte papel e 230 *on-line*, o que representou uma taxa de resposta de 51,7%, valor que é considerado aceitável³⁹. Contudo, 105 foram excluídos, pela ausência de respostas em alguns campos, o que comprometia o adequado tratamento de dados. No final, 1.068 participantes constituíram a amostra deste estudo.

7.2.2. Instrumentos de recolha de dados

O APGI é da autoria do Programa *Nurse Improving Care for Healthsystem Elders* (NICHE) (John A. Hartford Institute for Geriatric Nursing at New York University College of Nursing). Este questionário é constituído por 152 itens de autopreenchimento distribuídos por variáveis sociodemográficas (sexo, idade e etnia), profissionais (nível de formação, tempo de experiência profissional, tempo na

instituição e no serviço e tipo de serviço) e oito escalas principais. Estas escalas são do tipo Likert, variando de 0 a 4, sendo que quanto mais elevados forem os scores mais positivo é o ATGE e o conhecimento e atitudes de enfermeiros. Uma revisão integrativa deste instrumento analisou os pontos fortes e fracos da APGI e as suas principais implicações para o cuidado de enfermagem geriátrica²⁹.

A tradução e validação das escalas do APGI para a população portuguesa foram desenvolvidas Tavares, et al.³⁵, tendo por base as normas da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (Tabela 16)⁴⁰. O coeficiente alpha de Cronbach obtidos variam entre 0.601 e 0.919, o que revelou uma boa consistência interna, similares a outros estudos^{14, 28, 30, 31, 34, 41}.

Tabela 16. Escalas e subescalas da APGI: consistência interna

Escalas	Conteúdo	N.º itens	Alfa
Conhecimento e atitudes geriátricos (composto por duas subescalas)	Avaliação do conhecimento e atitudes de enfermeiros em relação a quatro síndromes geriátricas: úlceras de pressão, incontinência, restrição física e distúrbios do sono	32	.657
1. Conhecimento	Conhecimento de enfermeiros em relação às síndromes geriátricas	22	.674
2. Atitudes	Atitudes de enfermeiros em relação às síndromes geriátricas	11	.601
Ambiente de cuidado geriátrico (composta por 4 subescalas)	Características organizacionais que facilitam ou constroem o AGE	27	.919
1. Disponibilidade de recursos	Perceção sobre o acesso a recursos humanos e materiais específicos para cuidarem de PI e apoio à gestão da comunicação com pacientes e família.	11	.895
2. Desenvolvimento de cuidado sensível à idade	Perceção sobre a utilização de princípios da prática baseada em evidência, cuidado individualizado e cuidado com a especificidade geriátrica.	7	.885

Tabela 16. Escalas e subescalas da APGI: consistência interna (cont.)

Escalas	Conteúdo	N.º itens	Alfa
3. Valores institucionais relativos às pessoas idosas e equipa	Perceção sobre o respeito pelos direitos das pessoas idosas, envolvimento das pessoas idosas e famílias na tomada de decisão e apoio no crescimento pessoal e autonomia dos enfermeiros.	6	.827
4. Continuidade de cuidado	Perceção de enfermeiros sobre a continuidade de cuidados entre os diferentes serviços e instituições.	3	.738
Questões profissionais, (compreendendo seis escalas)	Aspetos interpessoais e coordenativos da prática profissional.	45	.862
1. Desacordo entre equipa/família/pessoa idosa	Discordância entre os membros do equipa/família/pessoa idosa em relação ao cuidado de síndromes geriátricas comuns.	10	.857
2. Vulnerabilidade legal percebida	Vulnerabilidade legal percebida, relacionada com úlceras de pressão, quedas, restrição física, infeção nosocomial	6	.917
3. Sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados)	Perceção do nível de sobrecarga associado a comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) das pessoas idosas.	7	.882
4. Discordância entre os membros da equipa	Discordância entre os membros do equipa acerca do tratamento de síndromes geriátricas comuns.	10	.812
5. Perceção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados)	Frequência percebida de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) das pessoas idosas.	7	.728
6. Utilização de serviços/recursos geriátricos	Perceção da utilização apropriada dos serviços de profissionais com especialidade em geriatria e dos recursos geriátricos (conferências, revistas, cursos)	5	.717

7.2.3. Análise dos dados

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizou-se técnicas da *estatística descritiva e inferencial*, nomeadamente: frequências, medidas de tendência central e variabilidade. O teste t para amostras independentes foi utilizado para comparar as diferentes escalas apresentadas na tabela 17, comparando os resultados

nas regiões Norte e Centro nas seguintes especialidades: UCI/U, especialidades médicas e cirúrgicas. A normalidade (análise do gráfico quantil-quantil plot) e homogeneidade (Teste de Levene) foram avaliadas. Quando os pressupostos da normalidade não se verificaram, utilizou-se o teste de U de Mann-Whitney. No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico Predictive Analysis Soft Ware Statistics 18 (PASWS). O nível de significância considerado foi de 5%.

7.3. RESULTADOS

A amostra (n=1068) foi, na sua maioria, constituída pelo sexo feminino (n=79,7%) e estado civil solteiro (n=45,4%) ou divorciado (34,3%). A média de idade foi de 34,1 anos (Desvio-padrão, DP=8,5). O tempo de exercício profissional foi de 11,3 anos (Desvio-padrão DP=8,4), 10 anos na instituição e 7,5 anos (DP=6,5) no serviço em que exerciam funções. A maioria foi constituída por enfermeiros licenciados (88,8%), seguido por enfermeiros especialistas (11,2%). Em termos de formação acadêmica pós-graduada, 14,1% possuíam cursos de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem e 6,8% mestrado/doutorado. Relativamente à formação específica na área da Enfermagem Gerontogeriatrica, a maioria (86,3%) reportou que não teve nenhuma formação ou treino nesta área, 8,8% frequentaram cursos de curta duração e 4,9% cursos de mestrado ou doutoramento. Na tabela 17. é apresentado os resultados descritivos (Média±DP) das diferentes escalas analisadas.

Tabela 17. Características demográficas e profissionais dos enfermeiros (N =1,068)

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Sexo		Raça/etnia	
Masculino	217 (20.3)	Caucasiana	1050 (98.4)
Feminino	851 (79.7)	Outro	18 (1.6)
Estado civil		Nursing College degree	
Solteiro	485 (45.4)	Enfermeiro(a)	845 (79,1)
Divorciado	366 (34.3)	Enfermeiro(a) especialista ¹	151 (14.1)
Casado	190 (17.8)	Mestrado/doutorado	72 (6.8)
Outro	27 (2.6)		

Tabela 17. Características demográficas e profissionais dos enfermeiros (cont.)

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Categoria profissional		Principais serviços/unidades	
Enfermeiro(a)	949 (88.8)	Medicina	536 (50.2)
Enfermeiro(a) especialista ¹	119 (11.2)	Cirurgia	331 (31.0)
		Cuidados intensivos/urgência	201 (18.8)
Tipo de Hospital		Capacitação e treino em geriatria:	
Acadêmico	647 (60.6)	Nunca	922 (86.3)
Centro hospitalar	421 (39.4)	Curso de curta duração	94 (8.8)
		Mestrado/doutorado	52 (4.9)
Variáveis (anos)	M±SD	Variáveis (anos)	M±SD
Idade	34.1±8.5	Experiência profissional	11.3±8.4
Trabalho na instituição	10±8.1	Trabalho no serviço	7.5±6.5

1 Enfermeiro(a) em que a especialidade faz parte da carreira enfermagem

2 Título atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, com ou sem progressão na carreira

7.3.1. Análise das escalas sobre conhecimento e atitudes geriátricos

Na escala global de conhecimento e atitudes geriátricos (Tabela 18), os resultados mostraram não haver diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) entre as regiões. Os resultados das subescalas demonstraram, igualmente, que para as especialidades consideradas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

7.3.2. Análise das escalas sobre ambiente de cuidados geriátricos

Os resultados relativos ao *score* global da escala AGTE – fatores extrínsecos (Tabela 18), demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre regiões apenas para enfermeiros que trabalhavam nas UCI/U, tendo os enfermeiros da região norte apresentado percepções mais positiva relativamente aos(às) da região centro ($t(199) = 2,96$, $p < 0,01$). Nas outras especialidades, o *score* global não apresentou diferenças estatísticas ($p > 0.05$).

Para a especialidade ICU/U, foram encontradas diferenças estatísticas significativas em todas as subescalas, com percepções mais positivas na região norte (Disponibilidade recursos: $t(199) = 2,85$, $p < 0,01$ Cuidado sensível à idade: $t(199) = 2,46$, $p = 0,02$. Valores institucionais: $t(199) = 2,12$, $p < 0,04$. Continuidade do cuidado $t(199) = 2,56$, $p = 0,01$).

Nas outras especialidades, apenas a subescala valores institucionais apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as duas regiões. Os enfermeiros do norte, nas especialidades médicas ($t(534)= 3,718, p<0,01$) e cirúrgicas ($t(328)= 3,84, p< 0,01$) reportaram percepções mais positivas em relação ao suporte organizacional que favorece o seu desenvolvimento profissional, autonomia e respeito pela pessoa idosa.

7.3.3. Análise das escalas sobre questões profissionais

Os resultados em relação ao *score* global do AGTE – fatores intrínsecos (escalas das questões profissionais) (Tabela 18) demonstraram apenas diferenças estatisticamente significativas ($t(516)= -2,01, p=0,04$) para as especialidades médicas entre enfermeiros que trabalhavam no norte e no centro. Os enfermeiros que trabalhavam na região centro reportaram menos problemas profissionais. Nas outras especialidades, o *score* global não apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Para a escala “sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados)” verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre regiões em todas as especialidades (ICU: $t(534)= 3,718, p<0,01$; Médicas: $t(534)= 3,718, p<0,01$; Cirúrgicas: $t(534)= 3,718, p<0,01$). Os enfermeiros que trabalhavam no centro do país reportaram que estes comportamentos são menos percebidos como barreira na promoção de cuidado de enfermagem de qualidade.

Para as especialidades médicas, algumas escalas foram estatisticamente significativas, diferenciando as regiões norte e centro (Desacordo entre equipa/família/pessoa idosa: $t(534)=-2,61, p < 0,01$; utilização dos recursos geriátricos: $t(534)= 3,718, p<0,01$). Na escala “desacordo entre equipa/família/pessoa idosa”, os enfermeiros que trabalhavam no centro, relataram menos barreiras resultante de desacordos do que os do norte. Na escala “utilização dos recursos geriátricos”, os enfermeiros no norte reportaram mais barreiras associadas ao uso apropriado de especialistas em geriatria e dos recursos geriátricos (conferências, revistas, cursos).

Para a especialidade UCI/U, a escala “percepção de desacordo entre profissionais da equipa” mostrou diferenças estatisticamente significativas ($t(199)=2,09, p =0,04$), com os enfermeiros da região norte a referirem menos barreiras associadas ao desacordo entre profissionais do que os profissionais da região centro.

Tabela 18. Comparação dos resultados médios de enfermeiros no norte e centro de Portugal

	Especialidade de cuidados Intensivos/urgência (N= 201)		Especialidades médicas (N= 536)		Especialidades cirúrgicas (N= 331)	
	Norte (15) (M±dp)	Centro (186) (M±dp)	Norte (231) (M±dp)	Centro (305) (M±dp)	Norte (129) (M±dp)	Centro (202) (M±dp)
Conhecimentos e atitudes:						
Conhecimentos	0,37±0,11	0,4±0,14	0,41±0,14	0,43±0,13	0,42±0,14	0,41±0,14
Atitudes	0,38±0,23	0,28±0,19	0,41±0,2	0,39±0,19	0,42±0,2	0,38±0,17
Score total	0,38±0,11	0,36±0,12	0,41±0,12	0,41±0,12	0,43±0,13	0,41±0,12
Ambiente de cuidado geriátrico (AGTE):						
Disponibilidade de recursos	21,5±9,0*	14,8±8,8*	17,0±8,0	17,7±8,3	17,8±8,4	18,0±7,9
Cuidado sensível à idade	16,1±6,4*	11,6±6,8*	16,6±5,2	15,8±5,3	16,4±5,9	16,3±5,0
Valores institucionais	11,7±3,5*	9,1±4,9*	12,8±4,8*	11,5±4,7*	13,4±5,3*	11,3±4,4*
Continuidade do cuidado	5,6±2,8*	3,7±2,7*	5,7±2,5	5,2±2,6	5,4±2,6	5,6±2,3
Score total	54,4±20,3*	39,0±18,7*	52±15,5	50,2±15,7	52,9±16,3	51,1±14,5

Tabela 18. Comparação dos resultados médios de enfermeiros no norte e centro de Portugal (cont.)

	Especialidade de cuidados Intensivos/urgência (N= 201)		Especialidades médicas (N= 536)		Especialidades cirúrgicas (N= 331)	
	Norte (15)	Centro (186)	Norte (231)	Centro (305)	Norte (129)	Centro (202)
	(M±dp)	(M±dp)	(M±dp)	(M±dp)	(M±dp)	(M±dp)
Questões profissionais (QP):						
Desacordo entre equipa/família/pessoa idosa	3,4±0,6	3,1±0,7	3,1±0,7*	3,2±0,7*	3,3±0,7	3,2±0,6
Vulnerabilidade legal percebida	2,6±1,1	2,2±1,0	2,5±0,9	2,4±1,0	2,5±0,9	2,3±0,9
Sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados)	0,7±0,5*	1,0±0,5*	0,7±0,6*	1,1±0,4*	0,8±0,6*	1,1±0,5*
Desacordo entre a equipa	3,5±0,6*	3,1±0,7*	3,2±0,6	3,1±0,7	3,2±0,7	3,2±0,7
Perceção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados)	0,8±0,4	0,8±0,4	0,7±0,3	0,7±0,3	0,8±0,4	0,8±0,3
Utilização de serviços/recursos geriátricos	0,1±0,3 [†]	0,3±0,4 [†]	0,3±0,6 [†]	0,5±0,6 [†]	0,4±0,7 [†]	0,4±0,5 [†]
Score Total	95,3±18,8	89,4±16,8	89,5±15,5*	92,2±15*	92,5±17,0	93,7±14,6

* Valores calculados utilizando o teste t de amostras independentes (p<0.05)

[†] Valores calculados utilizando o teste U de Mann-Whitney (p<0.05)

7.4. DISCUSSÃO

Estudos do ambiente geriátrico de trabalho de enfermeiros têm emergido na literatura na última década, impulsionados pela pesquisa realizada na América do Norte. Em Portugal, os estudos identificaram que o AGTE é considerado insatisfatório^{35, 36}. Na análise das diferenças entre a região norte e centro, verificou-se que os enfermeiros que trabalham nas UCI/U no norte apresentaram percepções mais positivas em relação ao ambiente de cuidado geriátrico. Deste modo, nas unidades desta região parece existir um maior comprometimento com o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, o que se pode refletir no AGTE – fatores extrínsecos. Aspetos, como a ênfase no trabalho em equipa que promove uma comunicação mais eficaz entre profissionais⁴², podem contribuir para estes resultados. Para além disso, as equipas das especialidades médicas nos serviços de urgência do norte são fixas (permanentes), o que pode possibilitar uma maior colaboração, partilha de conhecimento e autonomia dos enfermeiros. Futuros estudos deveriam explorar quais os atributos do clima organizacional relacionado com as questões geriátricas nestes serviços que contribuem para estas percepções mais positivas dos AGTE – fatores extrínsecos.

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os serviços médicos e cirúrgicos e a escala e três das subescalas do AGTE – fatores extrínsecos nas duas regiões. Resultados similares foram evidenciados por outro estudo Tavares, et al.³⁵. Deste modo, verifica-se um padrão relativamente homogêneo nestes serviços, apontando para a importância do desenvolvimento de normas profissionais para orientar o AGTE e da estrutura da organização de enfermagem refletir as necessidades únicas e complexas das PIs hospitalizadas, bem como o claro comprometimento com as melhores práticas no cuidado a este grupo etário^{28, 30}. Este perfil geriátrico institucional nas especialidades médicas e cirúrgicas sublinha, ainda, a importância dos decisores e líderes hospitalares incorporarem na sua gestão um conjunto de medidas, tais como: a) fomento da colaboração entre as disciplinas envolvida no cuidado à pessoa idosa (interdisciplinaridade, uso de protocolos geriátricos, gestão de conflitos em torno do cuidado às pessoas idosas); b) promoção do acesso a recursos humanos especializados em gerontogeriatría e equipamentos e recursos adaptados às PIs; c) foco no cuidado centrado na pessoa idosa/família; d) promoção de práticas geriátricas baseadas em evidências científicas; e) definição de

políticas institucionais com base nas necessidades de cuidado das PIs; f) estabelecimento de parcerias com outras unidades de saúde e/ou sociais que possam tornar mais eficaz, eficiente e segura a continuidade do cuidado. Boltz, et al.³⁰ alertam para a necessidade de um envolvimento e suporte organizacional que procure combinar estes aspetos, em detrimento de uma abordagem centrada em cada uma das dimensões do AGTE.

Contudo, cabe destacar que na região norte, em todas as especialidades, os enfermeiros têm perceções mais positivas em relação à subescala “valores institucionais”. Estes resultados sugerem que nestas instituições podem existir um maior comprometimento das organizações no sentido de promover a autonomia dos enfermeiros, bem como com o seu desenvolvimento profissional. Deste modo, “quando as organizações incentivam a aprendizagem ao longo da vida através do apoio ao desenvolvimento profissional e à partilha mútua de conhecimento, tornam-se organizações de aprendizagem”^{43:35}. Os resultados deste estudo parecem indicar que na região norte pode existir um maior clima de aprendizagem e autonomia dos enfermeiros comparativamente às organizações da região centro.

No que concerne aos fatores intrínsecos do AGTE, os resultados são consistentes com outro estudo Tavares, et al.³⁶. Deste modo, a perceção das barreiras para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade às pessoas idosas não está associado à localização geográfica nas UCI/U e especialidades cirúrgicas. Por outro lado, nas especialidades médicas, existem relações estatisticamente significativas entre as duas regiões. O elevado número de pessoas idosas internadas nestes serviços pode contribuir para os enfermeiros estarem mais conscientes ou experienciarem mais barreiras que podem comprometer a qualidade do cuidado às PIs.

São os enfermeiros nas especialidades médicas do norte que percecionam mais barreiras no desenvolvimento do cuidado. Deste modo, torna-se relevante desenvolver programas ou projetos que possam colmatar algumas destas barreiras, especialmente associadas à perceção de sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns, comunicação ineficaz entre os elementos da equipa, familiares e PIs, e escassez de recursos geriátricos. Este estudo sugere ainda que, independentemente das especialidades, também é no norte que a perceção da sobrecarga associada aos comportamentos dos doentes e a falta de recursos geriátrico constituem potenciais

barreiras para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem geriátrico de qualidade. Estes aspetos parecem demonstrar que estes enfermeiros podem estar mais conscientes destas potenciais barreiras e dos seus reflexos na sua prática de cuidado. Outros estudos serão necessários para compreender as diferenças entre as duas regiões, em especial, devido às diferenças culturais, organizacionais e da resposta formativa (graduada e pós-graduada) existente.

O desacordo entre elementos da equipa nas UCI/U é percebido de forma mais positiva entre os enfermeiros da região norte. Uma possível explicação pode dever-se a uma melhor relação interpessoal, entendimento mútuo e cooperação entre as equipas de urgência, por serem mais permanentes. Estes elementos são considerados essenciais para assegurar um cuidado com segurança e qualidade nestas unidades⁴². O fato dos enfermeiros percecionarem menos desacordos com outros profissionais de saúde parece constituir um fator determinante para reduzir as barreias no cuidado de enfermagem às PIs hospitalizadas nestas unidades.

Das escalas que compõem as questões profissionais, a vulnerabilidade legal e perceção dos comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados), independentemente das especialidades, não apresentam associações significativas com as regiões estudadas. A perceção dos comportamentos estranhos, contrariamente à sobrecarga associada a estes comportamentos, não apresenta diferenças estatisticamente significativas. Deste modo, estes resultados sugerem que a barreira para desenvolver um cuidado de qualidade pode ser decorrente da forma como os enfermeiros lidam com estes comportamentos e não com o seu reconhecimento, indo ao encontro de outros estudos que analisaram o desenvolvimento do cuidado a pessoas agitadas ou com demência⁴⁴⁻⁴⁸. Deste modo, a capacitação dos enfermeiros no cuidado às PIs hospitalizadas com demência deve ser considerando uma prioridade, pois a redução da sobrecarga destes profissionais pode contribuir para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem.

Relativamente à escala vulnerabilidade legal, os resultados demonstraram que os enfermeiros deste estudo não estão familiarizados com as questões legais em Portugal. Para os enfermeiros portugueses, os aspetos legais parecem não ser considerados como uma das principais barreias para desenvolver um cuidado de qualidade.³⁶ Em um estudo, realizado nos EEUU, as respostas a esta escala foram as mais negativas, constituindo-se

umas das principais barreiras para enfermeiros³⁴. As diferenças socioculturais na regulação profissional e no regime jurídico podem ter contribuído para as diferentes perceção dos enfermeiros nestes dois países.

O conhecimento e atitudes dos enfermeiros no cuidado geriátrico, independentemente das especialidades, não estão significativamente associados com a região do país. Considerando que a capacitação dos enfermeiros em Portugal não tem acompanhado as alterações demográficas e epidemiológicas das últimas décadas, estes resultados não são surpreendentes. Deste modo, o conhecimento e atitudes dos enfermeiros pode ter uma dimensão que vai para além da região, sendo especialmente preocupante devido ao baixo nível de conhecimento e atitudes negativas dos enfermeiros em relação às pessoas idosas hospitalizadas^{37, 49}. Estes aspetos podem refletir o pouco investimento no cuidado de enfermagem geriátrica por parte da escolas de enfermagem, organizações profissionais de enfermagem, administrações hospitalares e políticas governamentais. Para além disso, os próprios profissionais reconhecem as poucas oportunidades formativas oferecidas pelos hospitais e estão conscientes que a sua falta de formação geriátrica pode constituir-se em obstáculo no desenvolvimento do seu cuidado às pessoas idosas^{47, 48, 50}. Em ambas as regiões, a formação dos enfermeiros deve procurar refletir as atuais e futuras necessidades de cuidado a uma população cada vez mais envelhecida.⁵⁰⁻⁵²

O presente estudo apresenta algumas limitações. O tamanho da amostra nas UCI/U é significativamente superior na região centro, embora os testes estatísticos (paramétricos e não paramétricos) apresentem resultados similares. Futuros estudos devem procurar incluir amostras mais homogéneas em relação ao tamanho. A amostra de conveniência, a localização dos hospitais (norte e centro de país), a exclusão de hospitais com menos de 300 camas limitam a generalização dos resultados para outras regiões do país e para outros tipos de hospital com menores dimensões. Por este fato, estudos que incluam diferentes regiões e hospitais são imprescindíveis para uma visão mais ampla em relação ao AGTE e conhecimento e atitudes de enfermeiros no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

Outra limitação está relacionada ao autopreenchimento dos questionários que pode levar a um viés nas respostas dos enfermeiros, por exemplo, os mais insatisfeito(as) podem ser mais propensos a responder negativamente. Para além disso,

os resultados podem ser influenciados pelas características específicas e únicas dos serviços e clima organizacional, o que poderia afetar a percepção dos profissionais. Deste modo, uma categorização mais detalhada do A(G)TE pode fornecer informações adicionais e um melhor entendimento da percepção dos enfermeiros acerca do ambiente no qual desenvolvem a sua prática geriátrica.

CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico em Portugal continuará a acarretar um enorme impacto nos serviços de saúde e no desenvolvimento do cuidado às pessoas idosas. A avaliação do perfil de cuidado geriátrico é crucial e determinante para assegurar um cuidado de enfermagem de qualidade. Embora existam algumas diferenças entre a região norte e centro do país, considerando as especialidades analisadas, os resultados sugerem que a maioria das dimensões do AGTE e os conhecimentos e atitudes são transversal a estas duas regiões, apontando para um perfil relativamente homogêneo. Por este fato, o presente estudo alude para: 1) a importância de um maior envolvimento e suporte organizacional em ambas as regiões do país, 2) a necessidade de realizar mudanças sistemáticas no AGTE no norte e centro de país; 3) um maior investimento na formação contínua e especialização dos enfermeiros no cuidado gerontogeriatrico. O presente estudo abre um novo campo de estudo acerca do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, com importantes implicações para a prática, gestão, educação e investigação. Espera-se que estes resultados possam contribuir para o desenvolvimento, planeamento e implementação de programas de cuidado de enfermagem geriátrico nestas duas regiões do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 – Resultados Provisórios [Census—Previous results]. Lisboa-Portugal: National Statistical Institute; 2012.
2. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N. Building a framework for a geriatric acute care model. *Leadership in Health Services*. 2010;23(4):334 - 60.
3. Boltz M, Resnick B, Capezuti E, Shabbat N, Secic M. Function-focused care and changes in physical function in Chinese American and non-Chinese American hospitalized older adults. *Rehabil Nurs*. 2011;36(6):233-40.
4. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N. Nursing staff perceptions of physical function in hospitalized older adults. *Appl Nurs Res*. 2011;24(4):215-22.
5. Boltz M, Capezuti E, Shabbat N, Hall K. Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(4):381-8.
6. Kim H, Capezuti E, Kovner C, Zhao Z, Boockvar K. Prevalence and Predictors of Adverse Events in Older Surgical Patients: Impact of the Present on Admission Indicator. *The Gerontologist*. 2010;50(6):810-20.
7. Boltz M, Capezuti E, Zwicker D, Fulmer T. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (4 th ed.)*. 4rd ed. New York: Springer Pub.; 2012.
8. Inouye S, Bogardus ST, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(12):1697-706.
9. Hall MJ, DeFrances CJ, Williams SN, Golosinskiy A, Schwartzman A. National Hospital Discharge Survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Report*. 2010;26(29):1-20.
10. Health D-Gf. Morbilidade Hospitalar-SNS [Morbidity Hospital- NHS]. In: Health D-Gf, ed. Lisboa: Directorate-General for Health 2012.
11. Campos AC. *Reformas da saúde: fio condutor*. Coimbra: Almedina; 2008.
12. Capezuti E, Boltz M, Cline D, Dickson VV, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(21-22):3117-25.

13. Mezey M, Capezuti E, Fulmer T. Care of older adults. *Nursing Clinics of North America*. 2004;39(3):xiii-xx.
14. Abraham II, Bottrell MM, Dash KR, Fulmer TT, Mezey M, O'Donnell L, et al. Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly. *Nursing clinics of North America*. 1999;34(2).
15. Kovner CT, Mezey M, Harrington C. Who cares for older adults? Workforce implications of an aging society. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(5):78-89.
16. Bednash G, Fagin C, Mezey M. Geriatric content in nursing programs: a wake-up call. *Nurs Outlook*. 2003;51(4):149-50.
17. Mezey M, Bolty M, Esterson J, Mitty E. Evolving models of geriatric nursing care. *Geriatr Nurs*. 2005;26(1):11-5.
18. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*. 2002;288(16):1987-93.
19. Choi J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone PW. Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nurs Res*. 2004;53(6):370-8.
20. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. *Health Serv Res*. 2008;43(4):1145-63.
21. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S. The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West J Nurs Res*. 2009;31(4):480-95.
22. Tavares J, Silva A. Cuidado de Enfermagem Geriátrica: Um Projecto Emergente [Geriatric nursing care: an emergent project]. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*. 2011;IV(2):5-17.
23. Fulmer T, Mezey M, Bottrell M, Abraham I, Sazant J, Grossman S, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatric Nursing*. 2002;23(3):121-7.
24. Lopez M, Delmore B, Ake JM, Kim YR, Golden P, Bier J, et al. Implementing a geriatric resource nurse model. *Journal of Nursing Administration*. 2002;32(11):577-85.

25. Pfaff J. The Geriatric Resource Nurse Model: a culture change. *Geriatric Nursing*. 2002;23(3):140-4.
26. Swauger K, Tomlin C. Best care for the elderly at Forsyth Medical Center. *Geriatr Nurs*. 2002;23(3):145-50.
27. Lee VK, Fletcher KR. Sustaining the Geriatric Resource Nurse Model at the University of Virginia. *Geriatr Nurs*. 2002;23(3):128-32.
28. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatric Nursing*. 2008;29(3):176-85.
29. Tavares JP, Silva AL. Use of the Geriatric Institutional Assessment Profile: An Integrative Review. *Research in Gerontological Nursing*. 2013;11:1-8.
30. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal Nursing Scholarship*. 2008;40(3):282-9.
31. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S, Fulmer T, Mezey M. Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nurs Res*. 2007;56(5):339-47.
32. McKenzie JL, Balndford AA, Menec VH, Boltz M, Capezuti E. Hospital nurses' perceptions of the Geriatric Care Environment in one Canadian Health Care Region. *Journal of nursing scholarship*. 2011;43(2):181-7.
33. Barba BE, Hu J, Efird J. Quality geriatric care as perceived by nurses in long-term and acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(5-6):833-40.
34. Boltz M, Capezuti E, Kim H, Fairchild S, Secic M. Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. *Research in Gerontological Nursing* 2010;3(2):126-34.
35. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Validation of Geriatric Care Environment Scale in Portuguese Nurses. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2013;2013:9.
36. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Validation of the Professional Issues Scales with Portuguese Nurses. *Research in Gerontological Nursing*, 2013;6(4):264-274.

37. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Submetido Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2013.
38. Ministério da Saúde (PT). Regulamenta o artigo 15.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Lisboa: Ministério da saúde; 2004.
39. Polit D, Beck T. *Nursing Research: Principles and Methods* 9ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
40. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104.
41. Boltz M, Capezuti E, Kim H, Fairchild S, Secic M. Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile. *Clinical Nursing Research*. 2009;18(3):242-52.
42. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nurse*. 2009;29(1):74-83.
43. Baumann A. Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care. Geneva (Switzerland): International Council of Nurses; 2007.
44. Conedera F, Beckwith J. Changing dementia care in a hospital system: The providence Milwaukie experience. In: N. S, K. M, eds. *Improving hospital care for persons with dementia* New York: Springer; 2006:119-38.
45. Finch-Guthrie P, Schumacher S, Edinger G. A NICHE delirium prevention project for hospitalized elders. In: Silverstein N, Maslow K, eds. *Improving hospital care for persons with dementia*. New York: Springer; 2006:139-66.
46. Poole J, Mott S. Agitated older patients: Nurses' perceptions and reality. *International Journal of Nursing Practice*. 2003;9(5):306-12.
47. Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Boustani M, Preisser JS, Heck E, et al. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*. 2005(1):96-105.
48. Cowdell F. The care of older people with dementia in acute hospitals. *Internacional Journal of Older People Nursing*. 2010;5(2):83-92.

49. Carvalhais M, Sousa L. Promoting nursing care quality for hospitalized older people. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011;3(3):75-84.
50. Berman A, Mezey M, Kobayashi M, Fulmer T, Stanley J, Thornlow D, et al. Gerontological nursing content in baccalaureate nursing programs: comparison of findings from 1997 and 2003. *Journal of Professional Nursing*. 2005;21(5):268-75.
51. Gilje F, Lacey L, Moore C. Gerontology and geriatric issues and trends in U.S. nursing programs: a national survey. *Journal of Professional Nursing*. 2007;23(1):21-9.
52. Deschodt M, de Casterlé BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(1):139-48.

DISCUSSÃO GERAL

A discussão geral, que a seguir se apresenta, conjuga os principais resultados da investigação e faculta uma perspetiva global das suas conclusões. Esta discussão que abrange os diferentes estudos sobre o cuidado de enfermagem geriátrica em contexto hospitalar em Portugal inscreve-se em dois eixos centrais: i) o processo de tradução e validação do instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) para a população portuguesa, que passou a ser denominado de Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional (APGI), e ii) a análise do ambiente geriátrico do trabalho de enfermeiros (AGTE) e do conhecimento e atitudes destes profissionais no cuidado às pessoas idosas. Inclui-se também nesta discussão as limitações desta tese e as perspetivas para futuras pesquisas, culminando com recomendações para decisores políticos, gestores hospitalares e prática dos enfermeiros.

No que se refere ao primeiro eixo, faz-se necessário destacar que em Portugal, só recentemente foi traduzido e validado um instrumento para avaliação do ambiente da prática de Enfermagem (versão portuguesa do *The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI)) (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012). No entanto, este instrumento, tal como outros existentes na literatura, não tem como foco a especificidade e particularidade que envolve o cuidado às pessoas idosas. Considerando o rápido processo de envelhecimento da população portuguesa e os seus reflexos nas taxas de internamento de pessoas idosas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013), é necessário ter instrumentos com especificidade e sensibilidade para avaliar o AGTE. Neste sentido, o GIAP procurou responder a esta lacuna, tendo sido desenvolvido a partir dos constructos avaliados no ambiente de trabalho dos enfermeiros (ATE), mas direcionado para as questões geriátricas. Este instrumento tem sido amplamente utilizado em diferentes estudos sobre o cuidado às pessoas idosas em contexto hospitalar. Contudo, importa considerar que a maioria destes estudos foram

desenvolvidos em hospitais que adotaram o programa *Nurses Improving Care for Healthsystem Elders* (NICHE). Deste modo, as avaliações decorrentes da utilização do GIAP têm sido essenciais para as instituições analisarem os seus pontos fortes e fracos na fase de pré-implementação deste programa e monitorizarem os progressos ao longo do tempo (Boltz *et al.*, 2008a).

Para atingir-se o objetivo do primeiro eixo, foi necessário conhecer as fases de desenvolvimento do NICHE a partir da literatura na área (*cf.* Capítulo I, págs. 54-59), para enquadrar a aplicação do GIAP no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. De seguida, realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar as suas propriedades psicométricas e as implicações para o cuidado de enfermagem geriátrica (*cf.* Capítulo I, tabela 3, pág. 71). Os dados desta revisão demonstraram que o GIAP foi considerado crucial no desenvolvimento e implementação de um cuidado geriátrico de boa qualidade. As propriedades psicométricas identificadas reforçaram a validade e fidelidade do GIAP, demonstrando boa especificidade, conformidade, adequabilidade, aceitabilidade e utilidade na avaliação da perceção do AGTE e do conhecimento e das atitudes geriátricas. Estas duas etapas, anteriormente descritas, foram imprescindíveis para se atingir o objetivo de traduzir, adaptar e validar o GIAP para a língua portuguesa, e serão abordadas no primeiro item desta discussão.

Relativamente ao segundo eixo desta tese, importa considerar que os resultados obtidos através da aplicação da versão portuguesa do instrumento (APGI) possibilitou a análise do perfil de cuidado geriátrico de hospitais portugueses. Esta análise incluiu duas etapas: a primeira etapa integrou uma visão global do referido perfil e a segunda consubstanciou-se na conceptualização de um modelo explicativo do cuidado de enfermagem geriátrica, direcionado para hospitais portugueses. Estas etapas serão discutidas no segundo e terceiro itens deste capítulo.

1. VALIDADE E FIDELIDADE DO GIAP – VERSÃO PORTUGUESA

O processo de tradução e adaptação cultural foi complexo e implicou a mobilização de diferentes recursos, o que culminou num instrumento com equivalência à escala original quando retrovertida. Este primeiro passo foi determinante para se avançar para a validade de constructo no sentido de se conhecer a forma como os conteúdos das escalas se organizam conceptualmente na realidade portuguesa e para a

avaliação da fidelidade. Discute-se, de seguida, os resultados da validade e fidelidade do instrumento e as suas implicações.

1.1. Escala do Ambiente de Cuidado Geriátrico

A escala do “Ambiente de Cuidado Geriátrico” (ACG) analisa as características organizacionais que facilitam ou dificultam o AGTE. Na versão original, esta escala é constituída por 4 fatores (Kim *et al.*, 2007) que explicam 54,8% da variância total. Este valor ficou próximo ao obtido no presente estudo (48,09%) que também contemplou 4 fatores (*cf.* Capítulo II, tabela. 6, pág. 105). Na análise fatorial exploratória identificou-se duas diferenças relativas ao modelo factorial da versão original. A primeira diferença implicou na eliminação de um item do ACG (é aceitável discordar do seu superior hierárquico relativamente ao cuidado da pessoa idosa). A segunda diferença referiu-se ao acréscimo de uma nova subescala (continuidade de cuidados) no modelo fatorial obtido, bem como na reorganização de outra em decorrência do agrupamento dos itens da subescala “capacidade de colaboração” na subescala “disponibilidade de recursos” da versão original.

As alterações mencionadas acima foram devidamente analisadas no capítulo II (*cf.* pág. 111-114). Estas alterações podem ter sido influenciadas pelas diferenças culturais no sistema de saúde e na conceção das práticas profissionais, as quais podem ser determinantes para explicar o modelo fatorial alcançado. Deste modo, alguma prudência será necessária na comparação dos resultados com outros países. Contudo, este modelo permite uma melhor compreensão do cuidado de enfermagem geriátrica, considerando a realidade de enfermeiros portugueses e a organização de hospitais e do sistema de saúde português. Deste modo, o APGI permite uma comparação entre regiões e instituições portuguesas, possibilitando identificar o grau de comprometimento e suporte das organizações com o AGTE.

No que concerne à fidelidade da escala, a consistência interna foi avaliada através do Alpha de Cronbach (α). O score global $\alpha = 0,919$ indicou uma consistência interna muito boa (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). As subescalas apresentaram valores de Alpha entre 0,894 e 0,738, ligeiramente inferiores aos reportados por Kim *et al.* (2007) (0,94 - 0,83). Estes valores são considerados bons, com exceção dos da subescala “continuidade de cuidados” ($\alpha = 0,738$). O número reduzido

de itens (3) na subescala “continuidade de cuidados” pode ter contribuído para este valor. Apesar das diferenças anteriormente apresentadas, estes resultados asseguram que a utilização desta escala no contexto português é credível, válida e confiável.

1.2. Escala das Questões Profissionais

As escalas “questões profissionais”, ao avaliar os aspetos interpessoais e coordenativos da prática profissional de enfermeiros, identificam as dimensões que são percebidas por estes/as profissionais como barreiras ao desenvolvimento de um cuidado de boa qualidade. O processo de validação destas escalas é reportado no capítulo II (*cf.* págs. 119-145). Da análise fatorial exploratória das escalas - questões profissionais, obteve-se um modelo com 6 fatores, estando em consonância com os resultados reportados por Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild, e Secic (2010). Porém, o número de itens na versão portuguesa é de 45 enquanto na versão original é de 47. Os dois itens foram eliminados da escala “uso de recursos geriátricos”. O conteúdo desta escala refere-se aos recursos profissionais especializados e formação contínua em geriatria, os quais possuem limitada expressividade em Portugal.

A variância total na versão portuguesa foi de 42,9%, sendo o fator “desacordo entre equipa/família/pessoa idosa” aquele que apresenta uma percentagem maior. Estes resultados são similares aos reportados pelo estudo de validação original (Boltz *et al.*, 2010), embora a variância explicada pelos restantes fatores apresente diferenças significativas. Deste modo, a perceção das barreiras ao desenvolvimento do cuidado de enfermagem geriátrica é explicada por uma ordem e percentagem diferentes, refletindo a realidade de enfermeiros portugueses.

Os resultados da consistência interna revelaram valores de α que variam de 0,716 a 0,917, com um valor global de 0,862, o que podem ser considerados bons (Hair *et al.*, 2009). Os valores mais baixos são referentes às escalas perceção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) e utilização de serviços/recursos geriátricos, com valores de 0,728 e 0,716, respetivamente. Respostas mais homogêneas nestas escalas podem contribuir para valores mais baixos na consistência interna das mesmas. Relativamente à primeira escala, as alterações de comportamento são frequentes entre as pessoas idosas hospitalizadas, pelo que, as respostas dos profissionais podem refletir essa realidade, sendo reportadas pela maioria

destes profissionais como frequentes. No que se refere à segunda escala, uma possível explicação pode dever-se ao facto dos recursos geriátricos (profissionais e formativos) serem escassos em Portugal.

Os valores de consistência interna neste estudo (*cf.* Capítulo II, tabela 10, pág. 129) foram ligeiramente inferiores (0,72-0,92) comparativamente com a versão original em inglês (0,81 - 0,94). Apesar das diferenças, os valores do Alpha de Cronbach $> 0,7$ em todas as escalas é considerado adequado para comparação entre grupos (for group-level comparisons) (Hair *et al.*, 2009; Polit & Beck, 2009). As seis escalas “questões profissionais” demonstraram ser uma medida fidedigna e válida na avaliação dos fatores intrínsecos do AGTE. Estes fatores representam obstáculos à promoção da qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

1.3. Escala de conhecimento e atitudes geriátricos

O GIAP é constituído pela escala de conhecimento e atitudes geriátricos em relação a quatro síndromes geriátricas (úlceras de pressão, incontinência urinária, restrições físicas à mobilidade e distúrbios do sono). Esta escala tem sido utilizada maioritariamente em estudos pré-pós-teste (*cf.* Capítulo I, tabela 3, pág. 71) após aplicação de um programa, modelo ou projeto de melhoria do cuidado de enfermagem geriátrica.

A revisão integrativa da literatura demonstrou que a consistência desta escala apresenta valores de Alpha de Cronbach relativamente baixos ([0,6-0,7]). A consistência interna no contexto português também é relativamente baixa (0,601 subescala atitudes e 0,67 subescala conhecimento). Contudo, esta escala não avalia um constructo ou atributo unidimensional, pelo que, certos enfermeiros podem ter mais conhecimento sobre uma determinada síndrome geriátrica (ex: úlceras de pressão) e menos sobre outra (ex: incontinência urinária). Segundo Kottner & Streiner (2010), valores elevados do Alpha de Cronbach podem não ser um critério válido para estabelecer a fidelidade das escalas que avaliam o conhecimento. Os mesmos autores referem que para muitos instrumentos e escalas não é essencial que todos os itens sejam homogéneos.

A validade de constructo avaliada através da AFE revelou igualmente alguns problemas desta escala. Apesar do rácio enfermeiro - item ser de 33:1 e os valores de

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,742) e Bartlett's *test of sphericity* $p < .01$ demonstraram a adequação para realizar a AFE, o modelo fatorial obtido apresentou como limitações, um número elevado de *cross-loading* e fatores de item único. Perante estas limitações, foi testada a solução de seis fatores proposta por Abraham *et al.* (1999). Quando analisada a solução obtida, problemas estatísticos e teóricos emergiram. A percentagem total da variância explicada foi baixa (38%) e os valores do Alpha de Cronbach claramente inadequados, variando de 0,1 a 0,5 nos fatores. Do ponto de vista teórico (conteúdo), só um fator (*inappropriate knowledge and attitude - pressure ulcers*) apresentou alguma coerência e contiguidade ao modelo fatorial original. Todavia, incluía itens claramente relacionados com outros fatores, como por exemplo, afirmações em relação aos distúrbios de sono. Os outros fatores apresentaram uma solução fatorial que, do ponto de vista teórico, é ilógica e divergente dos resultados de Abraham *et al.* (1999). Neste processo, foram empregues os dois métodos de rotação (ortogonal e oblíqua) e outras soluções de análise fatorial (10, 9, 8, 7 e 6 fatores, respetivamente), mas os problemas enumerados anteriormente persistiram.

O mesmo processo foi realizado considerando os itens de conhecimento e atitudes separadamente, mas os mesmos problemas ainda prevaleceram. Estes resultados aludem para a necessidade de rever os itens desta escala com o objetivo de melhorar a sua validade de constructo. Apesar destas considerações, os resultados obtidos pela mesma, podem ser relevantes para a prática, uma vez que possibilitam avaliar o nível de conhecimento e atitudes dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

A fidelidade de um instrumento pode ser avaliada de várias formas. Polit e Beck (2009) apontam três elementos centrais: a consistência interna, a equivalência e a estabilidade. No processo de validação, os resultados da consistência interna e da equivalência (avaliados através da análise da variância) atestam que estas escalas são válidas e fiáveis na avaliação do AGTE. No entanto, requerem-se outros estudos que avaliem a validade e fidelidade da escala numa população que inclua enfermeiros que trabalhem em outras regiões do país, hospitais com diferentes dimensões e modelos de gestão organizacional (hospitais privados). A inclusão de amostras mais heterogéneas possibilitaria ampliar a fiabilidade deste instrumento.

Por último, importa considerar que “*the reliability of an instrument is a property not of the instrument but rather of the instrument when administered to a certain sample under certain conditions*” (Polit & Beck, 2009, p. 422). Deste modo, os resultados obtidos refletem a perceção de enfermeiros portugueses considerando o seu contexto de cuidados. Pode-se então afirmar que as escalas do GIAP – versão portuguesa são válidas e reprodutíveis na avaliação do AGTE em Portugal. Estas escalas possibilitam a avaliação do AGTE em organizações hospitalares, permitindo obter um retrato objetivo em relação aos fatores extrínsecos e intrínsecos do ambiente de cuidado geriátrico onde decorrem as práticas destes profissionais. Possibilita, ainda, identificar as dimensões do AGTE que facilitam ou dificultam o cuidado de enfermagem às pessoas idosas.

2. PERFIL DE CUIDADO GERIÁTRICO – UMA VISÃO GLOBAL

O cuidado às pessoas idosas hospitalizadas é uma realidade em Portugal (DGS, 2013). Os enfermeiros, ao constituírem o grupo mais representativo de profissionais de saúde, assumem um posição direta e central no cuidado a estes utentes. Os dados sugerem que a utilização de questionários de autopreenchimento a enfermeiros pode ser melhor do que outras fontes de informação (ex: dados administrativos) para prognosticar os resultados de saúde e a perceção dos mesmos em relação aos fatores que afetam o cuidado (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Harless & Mark, 2010). Com efeito, este estudo representa um importante contributo para identificar o cuidado de enfermagem geriátrica às pessoas hospitalizadas em Portugal. Partindo do modelo conceptual proposto por Aiken, Sochalski, e Lake (1997), e posteriormente adaptado por Boltz *et al.* (2008b) ao cuidado geriátrico, os estudos desta tese examinaram a relação entre as características de hospitais e de enfermeiros que podem influenciar a perceção do AGTE e os conhecimentos e atitudes geriátricas. Seguidamente apresenta-se uma sistematização dos dados de forma a clarificar o perfil de cuidado geriátrico nas duas regiões analisadas.

Os dados comprovaram que a maioria dos profissionais, independentemente da região ou unidade, desenvolve cuidados a pessoas idosas. Em relação à pergunta “nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos adultos ao seu cuidado tinham 65 ou mais anos?”, apenas 7,8% dos profissionais referiram que menos da metade das pessoas que

cuidavam não eram idosas. Esta resposta é expectável face aos últimos dados da DGS (2013). Na análise dos dados relativos à percentagem de tempo dedicada às pessoas idosas por turno, os resultados são similares, isto é, a maioria do tempo de cuidado (mais de metade – 38,9% ou quase todo - 34,8%) é dedicado ao cuidado destas pessoas. Comparando os serviços (urgência/cuidados intensivos, especialidades médicas e cirúrgicas), mais de três quartos dos enfermeiros reportaram que nos últimos 12 meses cuidaram de pessoas idosas, independentemente da unidade onde trabalhavam. Estes dados não são inesperados, considerando as alterações demográficas e epidemiológicas da população portuguesa e o seu impacto na procura e uso dos serviços de saúde hospitalares. Com efeito, a percentagem de pessoas idosas hospitalizadas torna impraticável a existência de serviços unicamente dedicados a estas pessoas; em vez disso, as unidades hospitalares deveriam adotar princípios e cuidados sensíveis à idade (*ageing-sensitive principals*) (Capezuti *et al.*, 2012; Capezuti & Brush, 2009; Malone *et al.*, 2010).

Tendo em conta que os enfermeiros cuidam maioritariamente de pessoas idosas, analisou-se a perceção e ambiente que envolvem a sua prática geriátrica. Os dados são inequívocos ao apontarem que a maioria destes profissionais considera que cuidar destas pessoas não é percecionado de uma forma positiva, o que está de acordo com os resultados reportados por Oyetunde, Ojo, e Ojewale (2013). Das perceções avaliadas (dificuldade, sobrecarga e gratificação), a quase totalidade (93,6%) reportou sobrecarga no cuidado a este grupo etário. Mais de metade considera que o cuidado geriátrico não é gratificante (69,7%) e sentiu dificuldade no cuidado às pessoas idosas (62%). Estes dados estão em consonância com o paradoxo discursivo de outros enfermeiros: “gosto” / “desgosto” inerente aos cuidados de enfermagem às pessoas idosas (Costa, 2006a).

Estas perceções, maioritariamente negativas, são preocupantes se considerarmos o pressuposto de que os enfermeiros são os principais responsáveis pelo cuidado das pessoas idosas hospitalizadas. A avaliação destas perceções e a sua associação significativa com os mecanismos operantes ou constructos do AGTE devem ser futuramente investigadas. Dos estudos que utilizaram o GIAP, não existe nenhuma referência a estas variáveis, sendo um tema ainda pouco estudado. Assim, estas variáveis carecem de adequada identificação e clarificação, pelo que, ampliar a

compreensão das mesmas e aprofundar os motivos que sustentam estas perceções são determinantes para compreender o cuidado de enfermagem geriátrica em Portugal.

A negatividade dos enfermeiros no cuidado às pessoas idosas pode ser consequência da pouca capacitação destes profissionais no cuidado geriátrico. De um modo global, a maioria destes profissionais avaliou de forma insuficiente a formação no cuidado de enfermagem gerontogeriatrico, oferecido pelos hospitais. Para além disso, 86,3% dos profissionais referiram não ter qualquer formação em Enfermagem Geriátrica. As perceções reportadas pelos enfermeiros podem espelhar as lacunas de conhecimento existentes em Portugal (*cf.* Capítulo III, tabela 12, pág. 154). Segundo Courtney, Tong, e Walsh (2000, p. 62), “*many negative attitudes reflect ageist stereotypes and knowledge deficits*”.

Os dados relativos à avaliação e gestão das quatro síndromes geriátricas demonstraram défices de conhecimento e atitudes negativas por parte destes profissionais (Heise, Johnsen, Himes, & Wing, 2012; Lovell, 2006; Mellor, Chew, & Greenhill, 2007; Robinson & Mercer, 2007; Roethler, Adelman, & Parsons, 2011). Se considerarmos o ponto de corte de 0,5, só as atitudes em relação às úlceras de pressão e ao uso de restrições físicas à mobilidade apresentaram valores superiores. Os restantes resultados revelaram que a avaliação e gestão das síndromes geriátricas são insuficientes, existindo alguns domínios (conhecimento e atitudes associadas à incontinência urinária, conhecimento sobre o uso restrições físicas e químicas à mobilidade e atitudes em relação a distúrbios do sono) com resultados claramente negativos. Os itens avaliados constituem relevantes medidas clínicas do cuidado de enfermagem geriátrica, pelo que podem representar uma prática não baseada nos dados, implicando resultados desfavoráveis para as pessoas idosas (ex: infeção do trato urinário associado à algaliação, *delírium*, quedas). Estudos distintos comprovaram que a falta de conhecimento e as atitudes negativas podem influir significativamente na prática de enfermeiros e na qualidade do cuidado às pessoas idosas (Boltz *et al.*, 2008a, 2008b; Capezuti *et al.*, 2012; Courtney *et al.*, 2000; Wells, Foreman, Gething, & Petralia, 2004).

A formação em gerontogeriatrics é uma dos requisitos fundamentais para promover um conhecimento geriátrico baseado nos dados e melhorar as atitudes dos enfermeiros (Wells *et al.*, 2004). Kihlgren, Nilsson, e Sorlie (2005) identificaram que

um bom cuidado de enfermagem às pessoas idosas depende de conhecimento (*being knowledgeable*), compreensão e responsabilidade pela situação das pessoas idosas. Neste estudo, os enfermeiros afirmaram que detinham “algum” (49%) ou “muito” (43,5%) conhecimento sobre o cuidado à pessoa idosa. Neste sentido, um número significativo destes profissionais consideram-se capacitados para cuidar de pessoas idosas. No entanto, a avaliação do conhecimento através da escala “conhecimento e atitudes geriátricos” revelou falta de conhecimento destes profissionais em relação às síndromes geriátricas avaliadas. Verifica-se aqui uma contradição entre o conhecimento geriátrico “real” (demonstrado) e a autoavaliação do conhecimento que estes/as profissionais consideram ter. Roethler *et al.* (2011) reportaram resultados similares em contexto de urgência. Segundo os autores, estes/as profissionais podem não estar conscientes da sua falta de conhecimento e da complexidade e especificidade inerente ao cuidado das pessoas idosas hospitalizadas. A falta de capacitação geriátrica, quer ao nível graduado, quer pós-graduado, podem contribuir para conceções erróneas em relação a estas características do cuidado de enfermagem geriátrico. Esta mesma realidade pode estar ocorrendo neste estudo, em que as conceções dos profissionais em relação ao cuidado de enfermagem às pessoas idosas podem não estar corretamente fundamentadas e alinhadas com o conhecimento produzido na área, nas últimas décadas.

O perfil de cuidado geriátrico, segundo o modelo proposto, inclui a avaliação do ambiente geriátrico no qual decorrem as práticas dos enfermeiros. De um modo geral, os profissionais deste estudo reportaram estarem insatisfeitos com a ACG (média [M]=1,83±1,09, numa escala de 0-4). No entanto, os estudos que avaliaram o ATE através da PES-NWI em serviços de medicina e cirurgia, em Portugal, mostraram que os enfermeiros classificaram de forma positiva o ambiente da prática profissional (Cardoso, 2012; Vidinha, Amaral, & Cardoso, 2013). Estes dados parecem sugerir que em Portugal estes/as profissionais têm perceções mais positivas acerca do ATE numa perspetiva mais geral, quando comparadas com as perceções do ambiente de cuidado geriátrico, que são negativas. Estes dados não são de todo surpreendentes, considerando que a maioria das subescalas da PES-NWI (com exceção da participação nas políticas hospitalares) não se correlaciona com a qualidade do cuidado geriátrico (Kim, Capezuti, Boltz, & Fairchild, 2009).

Dentre as escalas do ACG, a subescala “recursos geriátricos” foi a que apresentou maior percentagem de variância. Este resultado sugere que em Portugal o ACG é maioritariamente influenciado pelo acesso a recursos humanos e materiais específicos para cuidar de pessoas idosas, pelo apoio à gestão da comunicação com utentes e/ou familiares e pela capacidade de colaboração interdisciplinar. Resultados similares emergiram na análise de conteúdo sobre os obstáculos no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas (*cf.* capítulo III, tabela 15, pág. 184). Esta subescala apresentou as perceções mais negativas em relação ao ambiente de cuidado geriátrico ($M=1,57\pm 1$). Entre os recursos geriátricos, a falta de enfermeiros e as restrições de tempo para cuidar destas pessoas foram os que apresentaram perceções mais negativas. Este facto é particularmente relevante, uma vez que o rácio enfermeiro-utente tem sido referenciado como um dos fatores que podem contribuir de forma mais significativa para a avaliação do ATE, com reflexos importantes nos resultados de saúde. Em Portugal, os estudos que avaliaram o ATE reportam igualmente resultados negativos na adequação dos recursos humanos e materiais (Vidinha *et al.*, 2013). A revisão sistemática e a meta-análise de 98 estudos comprovaram que rácios inferiores de enfermeiro-utente conduzem a mais complicações e a piores resultados de saúde para utentes (ex: mortalidade, quedas, úlceras de pressão) (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007). Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o número médio de enfermeiros por mil habitantes nos países da União Europeia (UE) foi, em 2008, de 9,8, sendo que em Portugal este rácio foi de 5,7 (OECD, 2011). O cuidado às pessoas idosas, em especial com elevados índices de dependência e multimorbilidades, requer enfermeiros com competências gerontogeriatricas e dotações seguras que consigam corresponder aos requisitos e às exigências necessárias para desenvolver um cuidado de boa qualidade às pessoas idosas hospitalizadas.

O número insuficiente de enfermeiros para cuidar das pessoas idosas, bem como a falta de recursos materiais e serviços especializados para a pessoas idosas, pode contribuir para as perceções de sobrecarga e dificuldade expressa por estes profissionais. Segundo o *Internacional Council of Nurses* (ICN, 2007), as principais causas de insatisfação profissional incluem as condições de trabalho adversas, nomeadamente as deficiências no ambiente de trabalho, tais como, a falta de equipamentos e os conflitos entre os membros da equipa. A capacidade de colaboração

e relação entre os profissionais de diferentes disciplinas foi avaliada através de três itens que compõem a subescala “disponibilidade de recursos geriátricos” (cf. tabela 6, pág. 105). Os resultados demonstraram uma percepção negativa neste domínio, nomeadamente no conhecimento geriátrico de outras disciplinas, no uso de protocolos geriátricos e no conflito entre os diferentes profissionais de saúde. Contudo, a colaboração interdisciplinar é considerada essencial para a promoção da qualidade do cuidado geriátrico (Boltz *et al.*, 2008a, 2008b; Callahan *et al.*, 2006; Resnick, 2013; Reuben *et al.*, 2013). Num ambiente hostil ou rigorosamente hierarquizado, estes profissionais poderão sentir-se intimidados para questionar ordens escritas ou orais que contenham erros ou sejam mal comunicadas (ICN, 2007). Um dos obstáculos identificados em Portugal, no relatório *Nurses and Midwives: A force for health*, corresponde ao domínio médico no sistema de saúde (Büscher, Sivertsen, & White, 2010). Por este facto, torna-se expectável que a presença desta característica no AGTE possa ser um fator contributivo para os resultados reportados pelos enfermeiros portugueses.

Na subescala “cuidados sensíveis à idade”, os profissionais apresentaram valores moderados de satisfação ($M=2,2\pm 1,1$) em relação ao suporte organizacional para desenvolver um cuidado com especificidade geriátrica. Embora moderadamente satisfeitos, estes valores são ligeiramente inferiores aos obtidos pela subescala - fundamentos para a qualidade do cuidado da PES-NWI ($M=2,95$) (Vidinha *et al.*, 2013). Estes resultados são consistentes com outros estudos (Boltz *et al.*, 2008a; Kim *et al.*, 2009; McKenzie, Balndford, Menec, Boltz, & Capezuti, 2011). Comparativamente à versão original, em Portugal, a percentagem da variância explicada por esta subescala é claramente inferior à reportada por Kim e colegas (2007) (10,12% *versus* 34,60%). Estes dados demonstram que o suporte das instituições hospitalares em relação à qualidade do cuidado geriátrico explica uma menor percentagem da variância (10,12%) quando comparado com a subescala “disponibilidade de recursos geriátricos”.

A carência de enfermeiros em Portugal, bem como os cortes orçamentais na contratação destes profissionais pode contribuir para estas percepções, pelo que, os recursos geriátricos podem ser considerados como decisivos na avaliação do ambiente no qual desenvolvem o seu cuidado. Para além disso, a maioria dos estudos que avaliaram os fatores extrínsecos do AGTE foram desenvolvidos em hospitais NICHE,

pelo que o comprometimento das organizações com o cuidado de enfermagem geriátrico é um dos pressupostos deste programa. Importa referir que a subescala “desenvolvimento de cuidado sensível à idade” é utilizada como instrumento de avaliação da qualidade do cuidado, apresentando relações estatisticamente significativas com as restantes subescalas do AGTE (Boltz *et al.*, 2008b; Capezuti *et al.*, 2013; Kim *et al.*, 2009; McKenzie *et al.*, 2011). Deste modo, os estudos nos hospitais NICHE utilizam este instrumento para avaliar os resultados decorrentes da implementação deste programa, motivo pelo qual, no modelo proposto por Boltz *et al.* (2008b), surge associado aos resultados geriátricos (*cf.* figura 1, pág. 23).

Um dos aspetos mais consensuais na revisão sistemática da literatura sobre o ATE é referente à autonomia (Schalk, Bijl, Halfens, Hollands, & Cummings, 2010), avaliada através da subescala “valores institucionais relativos às pessoas idosas e à equipa” do GIAP (Boltz, 2010). Neste domínio, os resultados demonstraram perceções negativas ($M=1,9\pm 1,1$) em relação ao suporte organizacional que promove a autonomia e controlo dos enfermeiros na resolução de problemas que afetam a qualidade do cuidado. Resultados idênticos foram obtidos através da PES-NWI, em que os enfermeiros reconheceram que o ATE nos hospitais é desfavorável à sua participação nas políticas das instituições e na criação de oportunidades para o seu desenvolvimento profissional (Vidinha *et al.*, 2013). Mrayyan (2004) aponta três fatores que diminuem a autonomia dos enfermeiros: a gestão autocrática, outros profissionais e a sobrecarga no trabalho. A possível existência destes fatores no contexto português pode contribuir para as respostas obtidas. A educação e os anos de experiência são fatores reportados pelos enfermeiros como determinantes para aumentar a sua autonomia (Mrayyan, 2004). Os profissionais deste estudo apresentaram níveis baixos de capacitação em relação ao cuidado geriátrico e uma média de 11 anos de experiência profissional, o que pode igualmente contribuir para os resultados alcançados.

De acordo com Skar (2010, p. 2226), a autonomia pode ser definida como “*authority of total patient care, the power to make decisions in a relationship with the patient and next of kin and the freedom to make clinical judgements, choices and actions*”. Esta definição vai ao encontro dos conteúdos avaliados na subescala dos valores institucionais. Na perceção dos enfermeiros, os líderes hospitalares não encorajam e/ou suportam a participação destes profissionais na determinação de

políticas e directrizes referentes tanto ao cuidado às pessoas idosas, como ao seu crescimento profissional. O estudo de Kim *et al.* (2009) sobre a qualidade do cuidado geriátrico evidenciou uma associação significativa entre o suporte organizacional em relação ao AGTE e a participação destes profissionais nas políticas do hospital (um subdomínio da escala PES-NWI) (Lake, 2002). A participação destes profissionais nas políticas reflete a forma como o hospital valoriza o cuidado de enfermagem e a visibilidade que este papel pode ter entre os enfermeiros (Lake, 2002). O envolvimento em grupos de trabalho, comissões hospitalares, o desenvolvimento de políticas e a governação interna proporcionam aos/às enfermeiros oportunidades para progredir e expressar os seus pontos de vista sobre questões prioritárias para a Enfermagem (Lake, 2007; Upenieks, 2003a, 2003b). Considerando a natureza interdisciplinar da geriatria e a importância das mudanças organizacionais para desenvolver um cuidado de boa qualidade às pessoas idosas hospitalizadas (Saltvedt *et al.*, 2006; Spinewine *et al.*, 2007), o envolvimento e participação dos enfermeiros na tomada de decisão nas instituições é essencial para promover a qualidade do cuidado geriátrico.

O nível de influência (autonomia, controlo sobre o planeamento, liderança) é considerado por Kristensen (1999) como determinante para o bem-estar social e psicológico ótimo. Para além disso, a liberdade para atuar de forma autónoma e responsável, no seu âmbito de atuação, relaciona-se com a satisfação profissional (Finn, 2001; ICN, 2007; Iliopoulou & While, 2010; Zangaro & Soeken, 2007). Quando os enfermeiros têm poucas oportunidades de ter uma palavra relevante no cuidado dos utentes sentem que a sua experiência não é valorizada, o que diminui o seu compromisso para com os empregadores. Este controlo sobre a prática é afetado por variáveis ambientais, tais como o tempo e uma liderança que os apoie (ICN, 2007).

Na avaliação do ambiente de cuidado geriátrico a subescala “continuidade dos cuidados” ($M=1,7\pm 1,6$) apresentou os resultados mais negativos. Este domínio também emergiu na análise de conteúdo (*cf.* Capítulo III, tabela 15, pág. 184), sendo reportado com um obstáculo ao cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Na versão original do GIAP, estes itens são incluídos na subescala “desenvolvimento de cuidados sensíveis à idade”, apresentando uma média igualmente baixa (Kim *et al.*, 2007). A descontinuidade do cuidado é referida como uma barreira institucional que pode

comprometer a qualidade do cuidado (Bowles, Naylor, & Foust, 2002; Bowles *et al.*, 2008).

Os dados deste estudo aludem a um ambiente de cuidado geriátrico em que a transição do cuidado (*transitional care*) é percebida por enfermeiros como insuficiente. A continuidade de cuidado na melhoria dos resultados de saúde das pessoas idosas e famílias tem sido alvo de uma crescente atenção na literatura nacional e internacional (Naylor & Keating, 2008; Naylor, 2002; Uphold, 2012). Este cuidado é definido como “*actions designed to ensure coordination and continuity of care between levels of health care and across care settings*” (Boockvar & Vladeck, 2004, p. 855). Segundo Golden, Tewary, Dang, e Roos (2010), a descontinuidade de cuidado pode resultar em taxas elevadas de reinternamento, que na sua maioria podem ser prevenidas. As pessoas idosas são particularmente vulneráveis a esta descontinuidade e descoordenação do cuidado entre os diferentes serviços de saúde, não só porque têm várias doenças crónicas, mas também porque a sua gestão clínica é complexa (Naylor & Keating, 2008). Em Portugal, os enfermeiros reportaram a existência de um conjunto de barreiras que comprometem a efetividade da continuidade do cuidado, nomeadamente: a falta de planeamento da alta, a comunicação insuficiente entre unidades hospitalares, serviços e outras instituições prestadoras de cuidados às pessoas idosas e a falta de informação prévia à hospitalização sobre a história clínica, independência e autonomia das pessoas idosas.

Na análise do perfil de cuidado geriátrico, foram utilizados outros instrumentos do GIAP, nomeadamente as escalas “questões profissionais”. Estas escalas são medidas confiáveis para avaliar importantes fatores que influenciam o desenvolvimento do cuidado geriátrico às pessoas idosas hospitalizadas. As questões profissionais descrevem domínios do cuidado geriátrico (ex: sobrecarga causada por comportamentos inadequados, desacordo entre equipa/família/pessoa idosa) que podem moldar o ambiente social no local de trabalho e influenciar o cuidado a estes utentes. Um estudo longitudinal (10 anos), *The RN work Project*, mostrou outros constructos específicos do ATE, comumente não identificados na literatura, que podem estar relacionados com os resultados dos enfermeiros e das organizações (RN Work Project, 2011). Entre esses constructos, alguns são análogos às escalas das questões profissionais, nomeadamente a coesão do grupo de trabalho, as restrições organizacionais e a justiça processual. Estes

atributos também têm sido associados à qualidade do cuidado de enfermagem (Djukic, Kovner, Brewer, Fatehi, & Cline, 2013). Esta investigação sugeriu que estes constructos devem ser incorporados na investigação sobre o ATE para se poder construir um modelo de análise com maior alcance e especificidade. O modelo deste estudo, proposto com base nas escalas do GIAP, contempla alguns dos aspetos identificados no *RN Work Project*.

No global das escalas, os enfermeiros demonstraram que existe um conjunto de barreiras no desenvolvimento de um cuidado geriátrico de boa qualidade ($M=1,8\pm 0,33$, numa escala de 0-4). As respostas mais negativas (maior perceção de barreiras) foram relacionadas com: sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns, perceção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) e utilização de serviços/recursos geriátricos ($M=0,98\pm 0,43$, $M=0,76\pm 0,33$ e $M=0,37\pm 0,54$, respetivamente). Estes resultados indicaram que o cuidado de pessoas com alterações do comportamento constituiu uma das principais barreiras na prática profissional, indo ao encontro dos resultados reportados por Boltz *et al.*, (2010). Nas escalas da perceção e sobrecarga de comportamentos inadequados, as respostas mais negativas foram relacionadas com o cuidado às pessoas idosas não cooperantes, confusas/agitadas e que deambulam durante a noite. Na pergunta aberta sobre os obstáculos sentidos por estes profissionais emergiu a dificuldade em lidar com sintomas psicológicos e comportamentais na demência e/ou *delirium*. Uma em cada 4 pessoas idosas internadas tem diagnóstico de demência (Berry, 2013), aumentando a sua vulnerabilidade para o surgimento do *delirium* (Demir, 2007; Fick, Agostini, & Inouye, 2002; Neves, Silva, & Marques, 2011). Vários estudos têm reportado níveis elevados de stresse, sobrecarga e frustração de enfermeiros aquando do cuidado destes utentes (Conedera & Beckwith, 2006; Finch-Guthrie, Schumacher, & Edinger, 2006; Poole & Mott, 2003; Zimmerman *et al.*, 2005). Edberg *et al.* (2008) relataram que estes/as profissionais consideraram que é difícil identificar e responder às necessidades das pessoas idosas internadas com limitações na comunicação e com demência.

Estas dificuldades podem estar na base do uso de restrições físicas à mobilidade, verificando-se uma forte associação entre a sua utilização e as pessoas idosas e/ou confusas e agitadas (Faria, Paiva, & Marques, 2012). Estes dados não são surpreendentes se considerarmos o conhecimento insuficiente sobre o uso de restrições

físicas (cf. capítulo II, tabela. 12, pág. 154). Segundo Faria, Paiva e Marques (2012), somente em 20% das pessoas internadas em serviços de medicina e cirurgia tinham sido aplicadas medidas alternativas à restrição física da mobilidade. Em Portugal, o rácio enfermeiros-utente inapropriado e a falta de capacitação para cuidar de pessoas idosas com alterações cognitivas podem contribuir para as respostas mais negativas nas escalas da sobrecarga e percepções de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados).

De entre as questões profissionais, as respostas mais negativas foram na escala “uso de serviços e equipamentos geriátricos”. Estes resultados são expetáveis considerando que em Portugal não existem profissionais de saúde especializados em geriatria. Ermida (1999) expõe que esta inexistência conduz à falta de estruturas e instituições prestadoras de cuidados geriátricos. Embora na última década comece a surgir formação pós-graduada neste domínio, não existem enfermeiros especialistas em geriatria formalmente reconhecidos pela Ordem dos Enfermeiros, ainda que nas áreas de especialização definidas por esta esteja contemplada a saúde da pessoa idosa (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Deste modo, não é inesperado que os resultados reportados por Boltz *et al.* (2010) sejam significativamente superiores ao deste estudo, ainda que nos Estados Unidos (EEUU) exista um reconhecimento nacional da falta de profissionais certificados em enfermagem geriátrica. Conforme Thornlow, Auerhahn, e Stanley (2006), dos 2.7 milhões de enfermeiros nos EEUU, menos de 1% é certificado em Enfermagem Gerontológica e apenas 3% das *Advanced Practice Nurses* (APNs) têm formação e treino especializado nesta área. Uma das estratégias utilizadas pelos hospitais NICHE é a implementação do modelo *Geriatric Resource Nurses* (GNR) que tem como objetivo subjacente melhorar o conhecimento geriátrico dos enfermeiros que estão no cuidado direto às pessoas idosas. O GRN é um modelo de intervenção educacional e clínico que capacita os enfermeiros na identificação das principais síndromes geriátricas. Deste modo, estes/as profissionais são um recurso para os restantes elementos da equipa no que concerne ao cuidado geriátrico (Fulmer *et al.*, 2002).

Os domínios em que os enfermeiros reportaram menos barreiras à qualidade do cuidado às pessoas idosas foram nas escalas: desacordo entre equipa/pessoa idosa/família, discordância entre os membros da equipa e vulnerabilidade legal

percebida ($M=3,17\pm0,68$, $M=3,12\pm0,66$ e $M=2,31\pm0,96$, respetivamente). Comparativamente aos resultados reportados por Boltz *et al.* (2010), em Portugal, as médias das respostas é claramente superior. Na escala desacordo entre equipa/família/pessoa idosa, os dados sugerem que os enfermeiros consideraram estas questões como barreiras menos significativas para desenvolver um cuidado geriátrico de qualidade. Uma explicação para estes resultados pode ser a baixa literacia em saúde entre as pessoas idosas e/ou familiares, o que pode condicionar a sua visão e a baixa exigência em relação à qualidade do cuidado. Para além disso, em Portugal, os utentes depositam tendencialmente a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, adotando um papel passivo no seu cuidado. Nesta escala, as respostas mais negativas foram em relação às restrições físicas e químicas à mobilidade das pessoas idosas. Uma possível explicação pode ser o facto dos familiares encontrarem os seus entes queridos imobilizados e/ou sedados, podendo esta situação ser geradora de descontentamento e desacordo com a prática instituída.

Na escala “discordância entre os membros da equipa” verificou-se que, em relação à maioria dos itens, os enfermeiros reportaram que estes não constituem uma barreira para a qualidade do seu cuidado. Os resultados de Higgins *et al.* (1999) e Boltz *et al.* (2010) diferem dos encontrados neste estudo. Estes autores identificaram a discordância entre profissionais como uma barreira significativa no cuidado geriátrico. Na análise destes itens constata-se que as respostas mais negativas são relativas aos tratamentos que envolvem ações interdependentes (ex: uso de sedativos). Uma possível interpretação pode ser explicada pelo facto de em Portugal o trabalho interdisciplinar não ser uma realidade efetiva, existindo claramente relações de supremacia de uns profissionais em relação aos outros (Johnson, 2009; Schmalenberg & Kramer, 2009; Sirota, 2007). Esta situação pode restringir o envolvimento dos enfermeiros, quando não há espaço para outros pontos de vista em relação ao cuidado. A existência de relações hierárquicas desiguais pode limitar a participação destes profissionais no desenvolvimento de um plano de cuidado interdisciplinar. Por outro lado, as respostas mais positivas nesta escala correspondem a intervenções autónomas realizadas pelos enfermeiros (ex: tratamento de úlcera de pressão, uso de produtos de apoio). Estas ações, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade destes profissionais, podem

contribuir para que os desacordos nestes domínios não sejam percecionados pelos enfermeiros como uma barreira na qualidade do cuidado.

Entre as escalas das questões profissionais, avaliou-se a perceção de enfermeiros em relação à vulnerabilidade legal decorrente de resultados de saúde desfavoráveis para as pessoas idosas hospitalizadas. As respostas demonstraram que estes/as profissionais não consideraram as questões legais como uma barreira à sua prática. No estudo de Boltz *et al.* (2010), esta escala foi a que apresentou as respostas mais negativas, especialmente em relação às quedas e úlceras de pressão. Diferenças na legislação e regulação profissional, bem como a visão de cidadãos americanos acerca dos seus direitos, podem contribuir para a divergência dos resultados. Relativamente à responsabilidade legal de enfermeiros portugueses, os resultados podem não significar que estes profissionais não se preocupem com o exercício legal da profissão e com os aspetos que o envolvem. Podem sim, sugerir que certos profissionais se considerem “abrigados” da responsabilização por integrarem equipas ou serem funcionários de hospitais ou de serviços públicos (Winck & Bruggemann, 2010). Acresce-se a isto o facto de cuidarem de um grupo mais vulnerável, o que torna mais provável a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas e úlceras de pressão (Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011; Inouye, Studenski, Tinetti, & Kuchel, 2007). No entanto, a maioria destes eventos podem ser prevenidos, pelo que os enfermeiros têm de estar conscientes de que a sua prática (ex: uso de restrições à mobilidade) pode implicar um dano físico e/ou moral, pelo qual poderão ter de assumir uma responsabilidade legal (civil, penal, ético-profissional).

Por último, o estudo do capítulo 3 (págs. 195-218) apresenta um conjunto de resultados importantes para compreender-se o cuidado geriátrico de enfermagem, comparando a região norte e centro de acordo com as unidades em que os enfermeiros exercem funções. Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as regiões norte e centro, em função do tipo de especialidade, na maioria das escalas do GIAP. Ainda assim, verificou-se diferenças significativas em algumas escalas do AGTE (ex: valores institucionais, desacordo entre equipa/pessoa idosa/família e disponibilidade de recursos geriátricos). De um modo global, estas associações podem ser decorrentes da característica do internamento (ex: especialidades médicas com maior taxas de internamento de pessoas idosas), das equipas (ex: organização do

serviço de urgência com equipas permanentes *versus* rotativas), da gestão e comprometimento das organizações com as questões geriátricas (ex: promoção da autonomia e desenvolvimento profissional dos enfermeiros). Apesar destes resultados, este estudo aponta para um perfil relativamente homogéneo. A uniformidade dos resultados pode ser interpretada numa perspetiva mais global, isto é, a gestão destas unidades pode refletir suporte insuficiente de decisores políticos e administradores hospitalares em relação ao AGTE.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), no horizonte temporal de 2012-2016, contempla num dos eixos estratégicos as questões relacionadas com a qualidade em saúde, em que são abordados alguns dos aspetos avaliados neste estudo (ex: estudos e fontes de conhecimento sobre a qualidade em saúde, desenvolvimento de instrumentos de padronização, desenvolvimento profissional e institucional) (DGS, 2012). Considerando os resultados deste estudo, estas medidas governamentais devem abraçar as questões geriátricas de forma a fomentar mudanças nas organizações hospitalares que visem a promoção de ambientes favoráveis à prática da enfermagem geriátrica. Para além disso, a insatisfação de enfermeiros em relação aos fatores extrínsecos do AGTE, independentemente da localização dos hospitais e unidades de internamento, denota o suporte insuficiente de gestores hospitalares em relação às principais características desse ambiente (ex: valores institucionais, prática baseada nos dados, recursos humanos e materiais). Assim, a qualidade do cuidado geriátrico decorrente da prática profissional de enfermeiros pode estar comprometida. Este aspeto é particularmente relevante, pois, sem este suporte, é inverosímil que as iniciativas empreendidas por estes/as profissionais nos serviços em que exercem funções (*unit-level*) sejam implementadas, sustentadas e contínuas (Capezuti *et al.*, 2012).

Sumariamente, o cuidado de enfermagem geriátrica foi percecionado de forma negativa. Os enfermeiros reportaram que cuidar de pessoas idosas hospitalizadas é desgastante, pouco gratificante e difícil. A formação em enfermagem gerontogeriatrica foi considerada insuficiente e os enfermeiros demonstraram pouco conhecimento e atitudes negativas em relação ao cuidado a estes utentes. No global, as perceções destes profissionais sobre os fatores extrínsecos do AGTE foi de insatisfação, isto é, têm uma visão negativa em relação aos fatores organizacionais que apoiam e facilitam a sua prática geriátrica. Isto sugere que os administradores hospitalares deveriam desenvolver

um conjunto de iniciativas que procurem promover um ambiente de cuidado “amigo das pessoas idosas”, favorável à prática da enfermagem geriátrica. Entre os fatores interpessoais e coordenativos do ambiente da prática de enfermagem (questões profissionais), o cuidado a pessoas com alterações cognitivo-comportamentais e a falta de recursos humanos especializados foram percebidos pelos enfermeiros como as principais barreiras à qualidade do cuidado geriátrico. Os resultados sugerem que as direções de Enfermagem devem considerar estes fatores no planeamento e implementação de programas ou projetos geriátricos.

3. O CUIDADO DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA EM HOSPITAIS PORTUGUESES – UM MODELO EXPLICATIVO

O modelo proposto por Aiken, *et al.*, (1997), e posteriormente adaptado ao cuidado geriátrico por Boltz *et al.* (2008b), orientou os estudos apresentados nesta tese (*cf.* figura 1, pág. 23). Nas últimas duas décadas tem-se intensificado a pesquisa sobre o ambiente de trabalho destes profissionais e a sua relação com os resultados de saúde para utentes, os enfermeiros e organizações (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalsk & Silber, 2002; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013; Bacon, Hughes, & Mark, 2009; Bacon & Mark, 2009; Baernholdt & Mark, 2009; Djukic, *et al.*, 2013; Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008; Harless & Mark, 2010; McHugh *et al.*, 2013). Os dados demonstraram a relação entre o ambiente de trabalho de enfermeiros e a qualidade do cuidado de enfermagem (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Aiken *et al.*, 2012; Djukic *et al.*, 2013; Hinno, Partanen, & Vehvilainen-Julkunen, 2011, 2012; Kim *et al.*, 2009; Kovner *et al.*, 2007; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans, & Van de Heyning, 2010; Van Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Van de Heyning, 2009; Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen, & Van de Heyning, 2009). Resultados idênticos são reportados quando este ambiente é avaliado numa perspetiva geriátrica (Boltz *et al.*, 2008b; Capezuti *et al.*, 2012; Capezuti *et al.*, 2013; McKenzie *et al.*, 2011; Schmalenberg & Kramer, 2009).

O ATE é um constructo complexo e multidimensional (Lake, 2002), que inclui conceptualizações específicas para determinadas facetas, tais como o AGTE (Boltz *et al.*, 2008b; Kim *et al.*, 2009). Tendo por base estas conceptualizações específicas, os

estudos incluídos nesta tese procuraram analisar os factores associados às características estruturais de hospitais e de enfermeiros que podem influenciar o AGTE.

Com base no modelo de Boltz et al., (2008b), mencionado anteriormente, apresenta-se um modelo esquemático que sintetiza os resultados deste estudo (figura 3). Boltz e colegas (2008b) incluíram o programa NICHE nas formas de organização, reportando a ligação deste modelo, com os mecanismos operantes do cuidado geriátrico. A inexistência de um programa ou modelo que vise melhorar a qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas em Portugal, impossibilita a consideração destas formas de organização na nossa análise. A influência das características de hospitais e de enfermeiros sobre a percepção do AGTE tem sido analisada em estudos realizados na América do Norte (Boltz *et al.*, 2008b; Kim *et al.*, 2009; Kim *et al.*, 2007; McKenzie *et al.*, 2011). O presente estudo contribui para o conhecimento da área ao centrar-se num sistema de saúde público e universal, como é o caso do contexto português. Por outro lado, este foi o primeiro estudo a explorar como o AGTE é influenciado pelo percepção de enfermeiros em relação: ao apoio do hospital na formação, à autoavaliação do conhecimento geriátrico e, à dificuldade, sobrecarga e gratificação no cuidado às pessoas idosas.

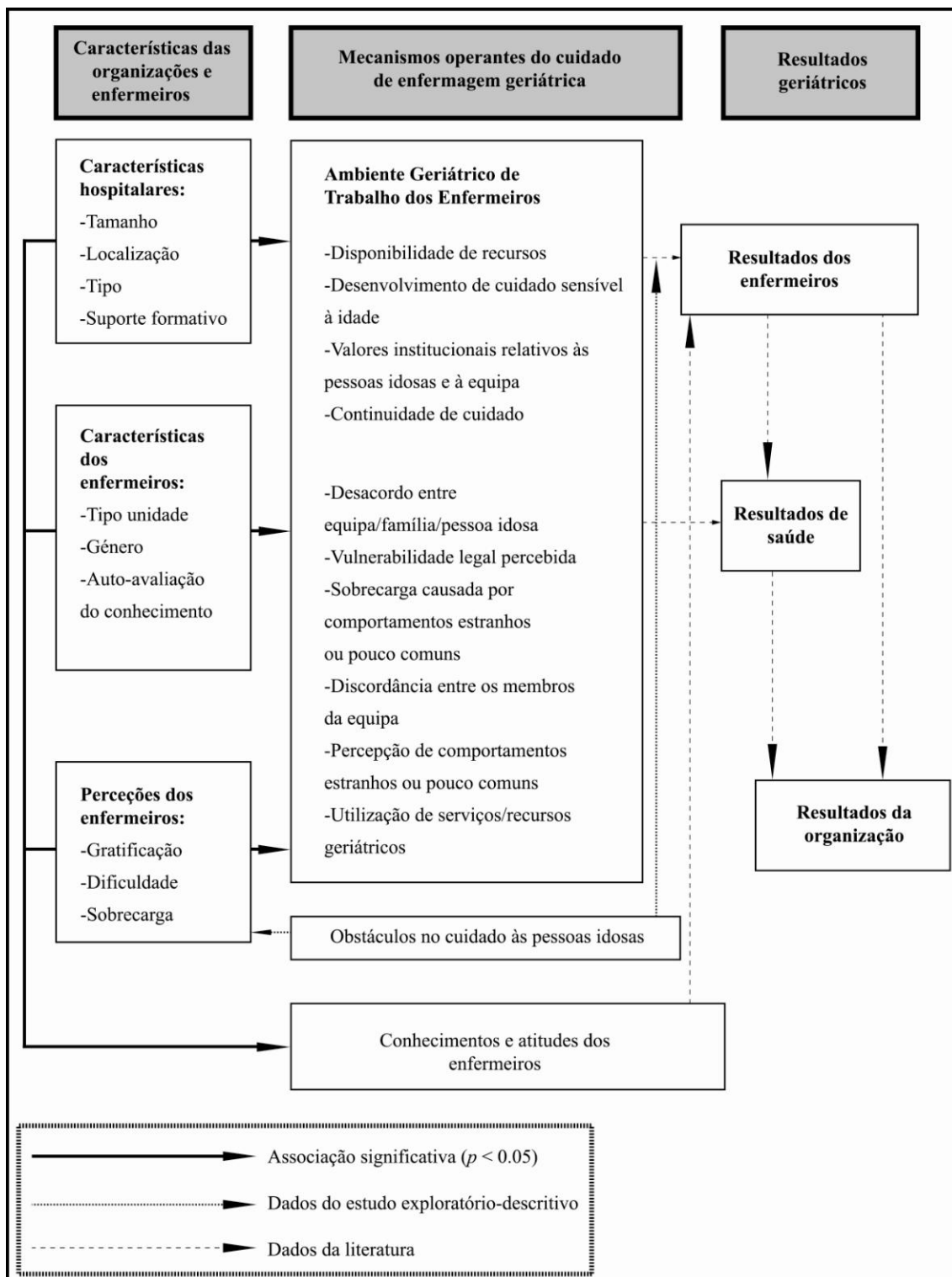


Figure 3. Relação entre as características de enfermeiros, hospitais do estudo e percepções do cuidado, mecanismos operantes do cuidado de enfermagem geriátrica e resultados geriátricos (adaptado de Boltz *et al.*, 2008b)

As *características dos hospitais* portugueses apresentaram uma associação significativa com os factores extrínsecos do AGTE. Enfermeiros que trabalham em centros hospitalares (de menores dimensões), localizados na região norte do país e que mais apoiam a formação destes profissionais, apresentaram percepções mais positivas em relação ao ambiente de cuidado geriátrico.

Na literatura existem resultados discrepantes entre a influência do tipo de hospital e a percepção do AGTE. O estudo de Boltz *et al.* (2008b) mostrou que as características do hospital não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a percepção dos enfermeiros sobre o AGTE, contrariamente aos resultados reportados por McKenzie *et al.* (2011). Contudo, a organização do sistema de saúde parece ser um fator a considerar na análise do AGTE. Quer em Portugal, quer no Canadá (país no qual foi realizado o estudo de McKenzie *et al.*, 2011), o sistema de saúde é público, contrariamente à organização do sistema de saúde nos EEUU. Futuros estudos são necessários para determinar com maior exatidão de que forma o tipo de sistema de saúde influencia os modelos de organização dos hospitais e consequentemente a prática dos enfermeiros.

Enfermeiros que trabalhavam em hospitais universitários demonstraram percepções mais negativas em relação ao AGTE comparativamente com colegas que trabalhavam nos centros hospitalares. Uma possível explicação pode ser decorrente destes hospitais terem: menores dimensões, menor hierarquização entre os profissionais, maior autonomia dos enfermeiros, relações mais cordiais e colaborativas entre profissionais, maior acesso a recursos humanos e materiais, trabalho interdisciplinar e, continuidade no cuidado. Além do mais, nestas organizações, os enfermeiros podem ter uma voz mais ativa e participativa nas tomadas de decisão, maior facilidade em reportar as características desfavoráveis à sua prática junto dos seus superiores hierárquicos, bem como lideranças mais comprometidas com o seu bem-estar e desenvolvimento profissional. Estas características podem igualmente ser aplicadas aos líderes hospitalares na região norte do país, embora fatores de ordem social e cultural possam igualmente contribuir para a percepção dos enfermeiros nesta região. Futuras pesquisas são necessárias para determinar com maior precisão quais as características dos hospitais que influenciam o ambiente de cuidado geriátrico.

Relativamente às *características dos enfermeiros*, somente o tipo de unidade e autoavaliação do conhecimento geriátrico apresentaram associações significativas com os factores extrínsecos do AGTE. Em relação ao tipo de unidade, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros que trabalhavam no serviço de urgência/ unidade de cuidado intensivo (SU/UCI) e na unidade de internamento (médico e cirúrgico). A dinâmica de trabalho, a organização e a filosofia de cuidado nestas unidades podem contribuir para estes resultados. As perceções mais negativas foram identificadas no SU/UCI, sendo este resultado influenciado pela região no qual exercem funções (mais positivas no norte). Considerando que um grande número de pessoas idosas recorre aos serviços de urgência e que se encontra internada em unidades de cuidados intensivos, é crucial que diretores e enfermeiros-chefes destas unidades desenvolvam estratégias para tornar o AGTE mais favorável. Uma preocupação crescente em relação ao cuidado a estes utentes nestas unidades é reportada na literatura (Balas, Casey, & Happ, 2011). Segundo Balas *et al.* (2011, p. 581),

“the critical care nurses caring for older adults must not only recognize the importance of performing ongoing, comprehensive physical, functional, and psychosocial assessments tailored to the older patient, but also must be able to identify and implement evidence-based interventions designed to improve the care of this extremely vulnerable population”.

A idade, género e tempo de experiência profissional não condicionaram a percepção do ambiente de cuidado geriátrico. Resultados similares foram encontrados em outros estudos (Boltz *et al.*, 2008b; Capezuti *et al.*, 2013). Estes resultados sugerem que o AGTE pode influenciar positivamente o cuidado de enfermagem geriátrica, independente das características demográficas e profissionais dos enfermeiros. Por último, quanto maior a autoavaliação do conhecimento, mais positiva é a avaliação do AGTE. Possivelmente esta autoavaliação pode basear-se no desempenho profissional dos enfermeiros, a qual pode não estar fundamentada cientificamente.

O modelo esquemático proposto com base neste estudo (*cf.* fig.3, pág. 241) acrescenta à literatura a influência de três variáveis (sobrecarga, dificuldade e

gratificação) que se associam com o AGTE. Estas variáveis devem ser abordadas no planeamento, implementação e avaliação de iniciativas que tenham como objetivo promover ambientes de prática geriátrica favorável. Os conselhos de administração hospitalar deveriam considerar estas variáveis como fatores predisponentes sobre as quais devem encetar um conjunto de intervenções com o objetivo de promover percepções mais positivas dos seus colaboradores em serviços com elevadas taxas de internamento de pessoas idosas.

As experiências negativas associadas ao cuidado das pessoas idosas podem ser decorrentes dos obstáculos percebidos pelos enfermeiros no cuidado a esta população. Pode igualmente contribuir para o *idadismo*²⁴ existente entre estes/as profissionais. Um estudo que analisou as crenças de 25 enfermeiros em unidades de internamento, demonstrou que estes/as profissionais mantêm crenças ligadas à dependência, à inatividade e ao isolamento em relação às pessoas idosas (Almeida, 1999). Por último, a dependência das pessoas idosas, as alterações cognitivas e a maior vulnerabilidade e fragilidade destas pessoas, associadas à falta de conhecimentos e recursos humanos e materiais, podem imiscuir-se nas percepções negativas do cuidado de enfermagem geriátrica (Williams, 1998), o que contribui para a sobrecarga destes profissionais. Cuidar de pessoas idosas, em especial, dependentes, com demência e/ou em fases terminais, tem sido referido como uma fonte de stresse para os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros (Conedera & Beckwith, 2006; Cowdell, 2010; Denton, Zeytinoglu, Davies, & Lian, 2002; Nübling *et al.*, 2010). Este fator é referido por muitos enfermeiros como um dos motivos para pedir transferência de serviços geriátricos (Nauert, 2008). Em Portugal, o cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, em especial nos serviços de Medicina, é, nas palavras de Costa (2006a), “o parente pobre” dos cuidados de saúde, contribuindo para o stresse associado aos cuidados geriátricos nestas unidades. Por este facto, “workload was also frequently reported in the literature as a Nursing work Environment issue, often directly related to staffing; where adequate staffing is perceived to reduce the work pressure and workload of nurses” (Schalk *et al.*, 2010, p. 3).

²⁴ Tradução do inglês *ageism* – representa os preconceitos, estereótipos e discriminação baseada na idade, neste caso especificamente contra a pessoa idosa (Fonseca, 2006).

A necessidade de captar as práticas de enfermeiros em serviços que se dedicam a populações específicas é determinante para compreender o seu efeito no ATE (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, & Weber, 1999; Friese *et al.*, 2008; Kim *et al.*, 2009). A perceção em relação à sobrecarga, à dificuldade e à gratificação estão associadas a uma avaliação mais negativa do AGTE. Serão necessários mais estudos para aprofundar os conceitos analisados e as características que determinam o efeito destas variáveis na perceção dos enfermeiros.

No modelo proposto por Boltz *et al.* (2008b), não são contemplados os fatores intrínsecos do AGTE nos mecanismos operantes, ainda que em estudos posteriores considerem que estes fatores tenham o potencial de moldar o ambiente de cuidado geriátrico (Boltz *et al.*, 2010; Capezuti *et al.*, 2013). A revisão sistemática da literatura sobre as intervenções destinadas a melhorar o ambiente de trabalho dos enfermeiros destaca algumas das dimensões avaliadas através das escalas das questões profissionais, nomeadamente os aspetos relacionados com o trabalho em equipa, a sobrecarga associada ao cuidado, o conforto físico (disponibilidade de equipamentos e materiais adequados) e os recursos humanos especializados (Schalk *et al.*, 2010).

O estudo apresentado no capítulo II (*cf.* págs. 119-145) analisou o efeito das variáveis sociodemográficas e hospitalar, bem como as perceções de enfermeiros no cuidado às pessoas idosas em relação aos fatores intrínsecos do AGTE. O tipo de hospital, a localização e o apoio na formação destes/as profissionais demonstrou uma associação significativa com as escalas da vulnerabilidade legal e perceção e sobrecarga causada por comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados). As respostas dos enfermeiros são mais positivas nos hospitais localizados na região norte (com exceção da sobrecarga causada por comportamento inadequado), nos centros hospitalares e nas organizações que apoiam a formação destes profissionais. Os fatores intrínsecos do ambiente de cuidado geriátrico pode facilitar ou dificultar o cuidado dos enfermeiros às pessoas idosas (Boltz *et al.*, 2008a; Fulmer *et al.*, 2002). Estes fatores e o conhecimento geriátrico desempenham um papel basilar no cuidado geriátrico, como por exemplo na redução da sobrecarga causada por comportamentos inadequados, uma vez que os enfermeiros compreendem o significado desses comportamentos e utilizam de forma mais eficiente intervenções baseadas nos dados. Por outro lado, nos hospitais de maiores dimensões, a responsabilidade legal e a perceção e sobrecarga de

comportamentos estranhos são percecionados de forma mais negativa, indo ao encontro dos resultados reportados por Capezuti *et al.* (2013). O nível de diferenciação do hospital e as situações clínicas mais complexas dos utentes podem contribuir para estes resultados, uma vez que os enfermeiros podem deparar-se mais frequentemente com pessoas idosas que apresentam maior risco de alterações do comportamento e eventos adversos (ex: quedas, úlceras de pressão).

No que concerne às variáveis demográficas e profissionais, apenas o tipo de unidade, género e a autoavaliação do conhecimento influenciam a perceção dos enfermeiros em relação a alguns fatores intrínsecos do AGTE. Enfermeiros que trabalham em SU/UCI reportaram que os desacordos entre a equipa/família/pessoa idosa e a utilização insuficiente de recursos geriátricos constituíram-se em barreiras no cuidado geriátrico. Por outro lado, é entre os profissionais que exercem funções nas especialidades médicas que a perceção de comportamentos inadequados de utentes foi considerada a principal barreira à qualidade do cuidado. Os resultados em relação ao género sugerem que os conflitos entre membros da equipa constituíram-se em uma barreira mais significativa para os profissionais do sexo masculino. No entanto, a perceção de comportamentos inadequados de utentes representou uma barreira mais significativa na promoção da qualidade do cuidado para as profissionais do sexo feminino. Por último, quanto mais elevada foi a autoavaliação do conhecimento, menos barreiras foram reportadas em relação à responsabilidade legal e aos conflitos entre os membros da equipa.

A idade e o tempo de experiência profissional na instituição e no serviço não apresentaram diferença estatisticamente significativa com as escalas das questões profissionais. Contudo, o estudo de Capezuti *et al.* (2013) demonstrou que é entre enfermeiros com menos experiência profissional que existem mais conflitos entre membros da equipa e maior sobrecarga no cuidado a utentes com alteração do comportamento. A amostra do presente estudo foi maioritariamente constituída por enfermeiros jovens (média de idade – 34,1 anos) e com poucos anos de experiência profissional (11,3), comparativamente com o estudo referido anteriormente (média de idade – 40 anos e 13 de experiência profissional). Este facto pode limitar a interpretação dos resultados, uma vez que a idade e a experiência são geralmente associadas a

melhores competências na negociação de situações desafiadoras, especialmente aquelas que envolvem questões psicossociais (Codier, Kooker, & Shoultz, 2008).

Tem surgido na literatura um interesse crescente em relação aos aspetos interprofissionais e colaborativos no local de trabalho (qualidade do trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, progressão na carreira, produtos de apoio adequado), que estão associados a uma maior rotatividade, *burnout* e insatisfação entre enfermeiros (Attridge & Callahan, 1990; Estry-Behar *et al.*, 2007; Latham, Hogan, & Ringl, 2008). Contudo, só o estudo de Capezuti *et al.* (2013) explorou a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com as “questões profissionais”, no qual são utilizadas duas escalas: sobrecarga e desacordo entre equipa/família/pessoa idosa. As autoras referem que estas escalas apresentaram relações estatisticamente significativas com as variáveis: idade, anos de experiência profissional e na instituição, educação e tamanho do hospital. Por este facto, infere-se que há necessidade de maior produção de conhecimento sobre esta temática, especialmente no que concerne à influência das referidas variáveis sobre os fatores intrínsecos do AGTE.

Por fim, as perceções dos enfermeiros foram as que evidenciaram um maior número de associações significativas com o fatores intrínsecos do AGTE, em especial a dificuldade no cuidado das pessoas idosas. Enfermeiros que percecionaram o cuidado às pessoas idosas como difícil também reportaram mais barreiras ao desenvolvimento de um cuidado geriátrico de boa qualidade. Esta relação verificou-se, igualmente, em relação à sobrecarga e gratificação decorrente do cuidado às pessoas idosas. Estudos de abordagem qualitativa reforçaram a existência de outras características decorrentes da prática diária destes profissionais, nomeadamente a sobrecarga e o tempo (in)suficiente, como aspetos relevantes para compreender o ambiente no qual os enfermeiros desenvolvem o seu cuidado (Cline, Rosenberg, Kovner, & Brewer, 2011; Hogston, 1995; Williams, 1998). Estas características podem contribuir para perceções mais negativas, possivelmente decorrentes de maiores níveis de stresse. Consequentemente, estes fatores podem aumentar os conflitos entre enfermeiros, pessoas idosas e/ou familiares e outros profissionais de saúde, bem com a perceção e sobrecarga em relação às pessoas idosas com alterações comportamentais.

Considerando os fatores intrínsecos do AGTE, os dados deste estudo sugerem uma hipótese: as características resultantes do contexto sociocultural (género),

intraprofissional (autoavaliação do conhecimento e percepção do cuidado às pessoas idosas), do universo e contexto da prática dos enfermeiros (tamanho, localização e tipo de unidade) podem influenciar o ambiente social do local de trabalho, em especial, as relações com os membros da equipa, pessoas idosas e/ou família.

A influência das variáveis descritas anteriormente foi analisada em relação ao conhecimento e atitudes geriátricos. As características sociodemográficas, profissionais e dos hospitais não estão relacionadas com o total da escala “conhecimento geriátrico”, estando de acordo com os resultados reportados por Boltz *et al.* (2008b), com a exceção do tipo de hospital. Enfermeiros que trabalhavam em hospitais universitários demonstraram mais conhecimento em relação às quatro síndromes geriátricas avaliadas. Este atributo das organizações é reportado como uma variável determinante no conhecimento dos enfermeiros (Capezuti *et al.*, 2013). O conhecimento geralmente é reflexo da educação, pelo que, os hospitais universitários distinguem-se dos demais por proporcionar aos seus profissionais um acesso privilegiado ao conhecimento baseado nos dados. Em Portugal, a proximidade e a relação das escolas de Enfermagem com estes hospitais pode igualmente contribuir para um acesso mais facilitado à formação contínua, atualizações e formação pós-graduada.

A análise das síndromes geriátricas (*cf.* Capítulo II, tabela. 13, págs. 157) avaliadas através desta escala de conhecimento geriátrico revelou diferenças estatisticamente significativas com as variáveis consideradas. Estes dados sugerem que as intervenções empreendidas para melhorar o conhecimento dos enfermeiros devem considerar algumas destas características. Adicionalmente, estes dados permitem identificar a região do país, o tipo de hospital e unidade em que os enfermeiros demonstraram menos conhecimento. Por exemplo, é nos centros hospitalares e nos SU/UCI que a prevenção e tratamento de úlceras de pressão e incontinência urinária devem ser priorizados, considerando os resultados apresentados. Outro aspeto a considerar é a variável sexo, uma vez que esta apresentou associações significativas com o conhecimento sobre úlceras de pressão, incontinência urinária e uso de imobilizações. Esta é uma área que requer futuros estudos, no sentido de explorar a influência do género no desenvolvimento de competências geriátricas.

Se o nível de conhecimento é pouco influenciado pelas características consideradas, estas apresentam uma associação significativa com as atitudes dos

enfermeiros no cuidado das pessoas idosas, com exceção do género. Os dados sugerem que, para tomar as atitudes destes profissionais mais positivas, devem ser desenvolvidas iniciativas que considerem o tipo de hospital e unidade, a região, o suporte formativo e a sobrecarga associada ao cuidado destes utentes.

Apesar do contributo destas variáveis, existem outros aspetos que podem contribuir para as atitudes dos enfermeiros no cuidado às pessoas idosas, nomeadamente as crenças pessoais, os valores, a cultura e a convivência com pessoas deste grupo etário (Lovell, 2006). As atitudes podem igualmente ser decorrentes da área implicativa do enfermeiro que cuida de pessoas idosas²⁵ (Costa, 2006a). As atitudes mais positivas em relação às quatro síndromes geriátricas, contrariamente aos resultados do conhecimento, associaram-se significativamente aos/as profissionais que trabalham na região norte, nos centros hospitalares e serviços médicos e/ou cirúrgicos. Nesta região e neste tipo de hospital e unidade, as perceções do AGTE são mais positivas. Este resultado sugere que as atitudes mais positivas dos enfermeiros podem refletir o comprometimento das organizações com a qualidade do cuidado de enfermagem geriátrico (Higgins, Van Der Riet, Slater, & Peek, 2007), embora sem implicação no conhecimento destes profissionais. Promover a formação é uma das estratégias referidas na literatura para melhorar a atitudes dos enfermeiros (Wells *et al.*, 2004), o que está em concordância com os resultados deste estudo, uma vez que quanto mais oportunidades formativas são proporcionadas pelos hospitais, mais positivas são as atitudes em relação às úlceras de pressão, distúrbios do sono e uso de imobilizações. Um aspeto importante a considerar é a sobrecarga. Enfermeiros que reportaram elevada sobrecarga demonstraram atitudes mais desfavoráveis em relação à prevenção das úlceras de pressão e à utilização de estratégias alternativas à restrição física da mobilidade.

A idade e a experiência profissional não apresentaram diferenças estatisticamente significativas com a escala de conhecimento e atitudes, o que está em conformidade com outros estudos (Boltz *et al.*, 2008b; Courtney *et al.*, 2000; Pursey & Luker, 1995). Estes resultados são expectáveis considerando que o desenvolvimento do conhecimento geriátrico em Portugal nas últimas décadas tem estado aquém do exigido

²⁵ A área implicativa do Enfermeiro que cuida pessoas idosas enraíza-se na sua personalidade e é inerente ao seu modo de ser pessoa, gerando, a partir do que é e mediante a sua implicação na atividade, novas forma de cuidar, criando cuidados mediante um processo formativo auto e heteroestruturante e, simultaneamente, revitalizador do contexto pela construção partilhada.

face às mudanças demográficas e epidemiológicas da população. Deste modo, muitos dos enfermeiros tiveram pouca ou mesmo nenhuma formação em gerontogeriatría.

Os itens avaliados através da escala de conhecimento e atitudes geriátricas representam indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Estes indicadores estão relacionados com os resultados de saúde para as pessoas idosas (Dunton, Montalvo, & Dunton, 2011). Sendo as pessoas idosas um dos principais grupos etários nos hospitais e com maior risco de complicações, nomeadamente úlceras de pressão (Baumgarten *et al.*, 2006), infeções do trato urinário associado à algaliação (Fakih, Rey, Pena, Szpunar, & Saravolatz, 2013) e restrição física da mobilidade (Agostini, Baker, & Bogardus, 2007), os resultados apresentados sugerem que as práticas dos enfermeiros não estão baseadas nos dados. A Ordem dos Enfermeiros (2006) defende que uma prática baseada em evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de Enfermagem. Conhecimento insuficiente e atitudes negativas podem refletir-se em piores indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem e ter um impacto negativo no cuidado às pessoas idosas. As quatro síndromes avaliadas são referidas no resumo mínimo de dados e *core* de indicadores de Enfermagem para o repositório central de dados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Estes indicadores foram avaliados através da escala de conhecimento e atitudes geriátricos, pelo que são comumente associados a uma das áreas da “*gerontological expertise*” (Boltz, Capezuti, Zwicker, & Fulmer, 2012). A especialização e um maior apoio formativo no cuidado de enfermagem geriátrica estão associados a uma maior competência e conhecimento destes profissionais (Fulmer *et al.*, 2002; Guthrie, Edinger, & Schumacher, 2002; Mezey, Quinlan, Fairchild, & Vezina, 2006; Pfaff, 2002; Wallace, Greiner, Grossman, Lange, & Lippman, 2006; Wendel, Durso, Cayea, Arbaje, & Tanner, 2010). Estes fatores poderão refletir-se em melhores resultados de saúde para as pessoas hospitalizadas e, conseqüentemente, traduzir melhores indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estes indicadores podem ser influenciados pelo nível de certificação²⁶ dos enfermeiros (Boltz, Capezuti, Wagner, Rosenberg, & Secic, 2013). Em Portugal ainda não está implementado o processo de certificação de

²⁶ *Certification is a process by which a nongovernmental agency validates, based upon predetermined standards, an individual nurse's qualifications for practice in a defined functional or clinical area of nursing (American Nurses Credentialing Center, 2013).*

competência em enfermagem geriátrica, pelo que urge avançar neste processo. Face ao exposto, no modelo proposto, os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros podem ter um impacto significativo nos resultados de saúde para as pessoas idosas hospitalizadas.

O modelo conceptual (*cf.* figura 3, pág. 241) sistematiza os resultados deste estudo, que estabelece a relação entre as características dos enfermeiros, dos hospitais e das perceções em relação ao cuidado geriátrico e, os mecanismos operantes do cuidado de enfermagem. Em Portugal, os principais fatores identificados foram: a região, o tipo de hospital e unidade, o suporte formativo dos hospitais e a autoavaliação do conhecimento. Este estudo foi o primeiro a considerar as perceções de enfermeiros no cuidado às pessoas idosas (sobrecarga, gratificação e dificuldade), tendo comprovado a influência destas em relação ao AGTE e ao conhecimento e atitudes geriátricos. Deste modo, no modelo elaborado, são incluídas estas perceções. A idade e o tempo de experiência profissional (na instituição e no serviço) não apresentaram associações significativas com as escalas do GIAP – versão portuguesa, pelo que não foram incluídos no modelo.

É necessária uma compreensão mais aprofundada das características que influenciam e contribuem para a perceção do AGTE, no sentido de estimular a inovação e mudanças sustentáveis que irão melhorar a qualidade do cuidado geriátrico desenvolvido por enfermeiros. Um número significativo de pesquisas tem revelado uma preocupação crescente em relação ao ambiente de cuidado geriátrico nos hospitais, indicando o impacto positivo que pode ter na qualidade do cuidado desenvolvido pelos enfermeiros/a (Boltz *et al.*, 2008b; Capezuti *et al.*, 2012; Capezuti *et al.*, 2013; Kim *et al.*, 2009). A literatura demonstra que *“how well nurses are faring in hospitals in the current context of cost containment is a barometer of how well patients are faring”* (Aiken *et al.*, 2013, p. 144). Por conseguinte, a perceção dos enfermeiros sobre o cuidado nos hospitais pode constituir uma fonte de informação indispensável para que decisores políticos e gestores hospitalares adotem estratégias que procurem minimizar as consequências não intencionais de medidas de austeridade que podem afetar o AGTE. Consequentemente, estas medidas irão condicionar a qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

4. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DE ESTUDO

As limitações do estudo e perspectivas futuras que seguidamente se apresenta são decorrentes da metodologia utilizada em cada um dos estudos desenvolvidos nesta tese. Algumas das limitações já foram mencionadas nos estudos que integram os diferentes capítulos. No entanto, outras reflexões emergem quando se examina a investigação numa ótica mais integral e cujas considerações permitem ponderar futuros estudos.

A produção científica em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal é limitada, e os estudos em relação à temática pesquisada são inexistentes, o que pode constituir uma limitação para a compreensão e interpretação dos dados deste estudo. A maioria da literatura sobre o AGTE e os conhecimentos e atitudes geriátricos tem como contexto os EEUU. As diferenças entre este país e Portugal compreendem vários aspetos, nomeadamente: a organização do sistema de saúde, a regulamentação do exercício profissional dos enfermeiros, a literacia em saúde e a participação de utentes/famílias na tomada de decisão no cuidado de saúde. Para além disso, muitos dos estudos citados foram realizados em “hospitais-íman” e/ou “hospitais-NICHE”, o que pressupõe um comprometimento das direções de enfermagem com a qualidade do cuidado geriátrico. Deste modo, é necessária alguma ponderação na comparação dos resultados. A avaliação do ATE remonta ao início da década de 1980, pelo que os dados comprovaram a sua importância nos resultados de saúde para utentes, enfermeiros e organizações (ICN, 2007). Contudo, só recentemente o instrumento do ATE foi validado em Portugal (Amaral *et al.*, 2012). A existência de mais pesquisas neste âmbito e o aprofundamento da investigação em Portugal poderia contribuir para a compreensão do AGTE, uma vez que alguns dos conceitos derivam de estudos prévios sobre o ATE, mas com especificidade geriátrica. O carácter exploratório desta investigação e a tradução, adaptação e validação de oito escalas sobre diferentes domínios do cuidado geriátrico de enfermagem pode representar um ponto de partida para a realização de diferentes tipos de estudo com abordagens metodológicas diversas.

O processo de tradução, adaptação e validação do APGI para a população portuguesa foi estruturante nesta investigação. Este processo metodológico seguiu as etapas recomendadas internacionalmente e foi concluído com sucesso. Não obstante o rigor implícito nas normas da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation*,

importa considerar algumas limitações decorrentes do processo metodológico. Na tradução e adaptação cultural para a população portuguesa procurámos assegurar a validade de conteúdo através da participação de três peritos em enfermagem gerontogeriatrica nacional reconhecidos e com larga experiência em investigação. A colaboração das Professoras Doutoradas Boltz e Capezuti neste processo permitiu o esclarecimento de dúvidas sobre o conteúdo de alguns itens das escalas. Apesar do exposto, uma das limitações a considerar é a não inclusão de enfermeiros dedicados à investigação da cultura e clima organizacional e gestão hospitalar. O seu contributo poderia ter enriquecido a compreensão e adequação de alguns itens das escalas do AGTE. Considera-se também que a realização de uma reunião com os tradutores, peritos e orientadores (comité de juizes) na etapa de harmonização (*cf.* capítulo II, tabela. 4, pág. 101) representaria uma oportunidade para consolidar a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão original, versões traduzidas, síntese das traduções e retrotradução. Esta reunião possibilitaria o cálculo da percentagem de concordância entre eles.

A validade de constructo foi assegurada através da AFE e a fidelidade pela consistência interna (coeficiente de α de Cronbach). Na validade das escalas do AGTE importa referir que não foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC). Esta limitação, embora não comprometa os resultados obtidos, pode constituir um procedimento importante para dizer quão bem a especificação dos fatores combina com a realidade (os dados verdadeiros). Apesar da eliminação de itens e da versão portuguesa da escala do ambiente de cuidado geriátrico diferir da original (subescala continuidade de cuidados e disponibilidade de recursos) sublinhamos a importância de realizar uma AFC com o objetivo de comprovar a adequabilidade do modelo fatorial obtido. As divergências podem ter sido causadas pela diferença cultural e da organização do sistema de saúde, o que reitera a necessidade de outras pesquisas utilizarem a AFC.

No que concerne à eliminação de itens, o *factor loading* considerado nestes estudos foi igual ou superior a 0,30 (Costello & Osborne, 2005; Hair *et al.*, 2009; Kahn, 2006; Worthington & Whittaker, 2006). Contudo, Hair e colegas (2009) referem que é possível que a eliminação de itens com *loadings* inferiores a 0,45 possa ter um impacto positivo na clareza dos fatores e na variância explicada pelas escalas. Uma percentagem

muito reduzida de afirmações (6 num total de 69 nas escalas do AGTE) apresentou valores abaixo de 0,45. Estes não foram eliminados, porque representam domínios relevantes do conceito medido. Pelo facto de estas escalas terem sido utilizadas pela primeira vez em Portugal, não estão disponíveis dados comparativos que auxiliem na interpretação dos resultados da AFE.

Os valores de consistência interna superiores a 0,70 em todas as escalas e subescalas do AGTE denotam uma fiabilidade apropriada. Os valores mais baixos correspondem a escalas com menor número de itens (subescala continuidade de cuidados, escalas questões profissionais – utilização de serviços/recursos geriátricos), o que pode justificar os resultados. Outra limitação que pode ter contribuído para estes resultados é a menor variabilidade das respostas dos enfermeiros nas escalas questões profissionais - percepção de comportamentos estranhos ou pouco comuns (inadequados) e utilização de serviços/recursos geriátricos (ex: inexistência de geriatrias em Portugal). Na primeira escala, um conjunto mais homogéneo de respostas pode dever-se ao facto de as pessoas idosas estarem mais tempo internadas e apresentarem uma prevalência de demência (1 em cada 4) e/ou risco de *delirium* (início nas primeiras 24 a 48 horas) superior a outros grupos etários (Tullmann, Mion, Fletcher, & Foreman, 2011). Na escala – “recursos geriátricos”, como seria de esperar, a esmagadora maioria das respostas foi “não disponível”. Todavia, certos enfermeiros assinalaram outras possibilidades de resposta. Este facto pode ser decorrente da colaboração de outros profissionais (ex: internistas, enfermeiros-especialistas, assistentes sociais) face a problemas clínicos e/ou sociais das pessoas idosas hospitalizadas, embora não sejam especialistas nesta área.

A fidelidade foi avaliada através da consistência interna. De entre os tipos de fidelidade que podem ser identificadas num teste, o tipo de escala, a população e os domínios avaliados sugerem que o método de estimação teste-reteste poderia ser utilizado em futuros estudos para avaliar o coeficiente de estabilidade temporal destas escalas (Boltz, Capezuti, Kim, Fairchild, & Secic, 2009).

Considerando a primeira avaliação destas duas propriedades métricas, pode-se concluir que as escalas do AGTE são válidas e fiáveis para serem utilizadas na investigação desta temática. No entanto, um maior número de avaliações será necessário. A recente validação da escala do ATE (Amaral *et al.*, 2012) pode constituir

uma oportunidade para realizar uma validade convergente, analisando em que medida os fatores extrínsecos do AGTE se correlacionam com as dimensões da PES-NWI – versão portuguesa. Na validade de constructo, outros dois métodos de determinação são relevantes. Primeiro, a validade divergente utilizando as escalas do AGTE e outros instrumentos que meçam conceitos divergentes do ponto de vista teórico (ex: burnout, gestão de conflitos, estresse profissional). Por outro lado, este tipo de estudo seria determinante para avaliar de que forma as medidas organizacionais que suportam o AGTE influenciam o bem-estar físico, psicológico e social destes profissionais. Por último, esta validação inicial abre portas para estudos que procurem medir a correlação entre as escalas apresentadas com uma ou mais variáveis de critério definidas como representativas ou válidas do constructo (validade de critério). Os modelos conceptuais apresentados na introdução desta tese ilustram bem as perspetivas futuras possíveis com a realização de estudos que analisem a relação entre as escalas do GIAP e os resultados: para os utentes (mortalidade, eventos adversos, complicações, satisfação, qualidade do cuidado e dados e *core* de indicadores de Enfermagem), para os enfermeiros (satisfação, segurança, *burnout*, abandono da profissão) e para as organizações (ex: estudos de custo-eficácia, rotatividade, abandono da instituição). A maioria das pessoas internadas é idosa, pelo que instrumentos que melhor traduzam o contexto de cuidado maioritariamente dedicado a utentes deste grupo etário podem constituir uma mais-valia e predizer melhor os dados encontrados.

Os métodos descritos anteriormente podem ser aplicados à escala conhecimento e atitudes geriátricos, embora as limitações inerentes a este instrumento devam ser consideradas. Primeiro, a AFE não nos permitiu identificar quais são os itens que estão agrupados a um constructo ou variável latente. Este facto pode dever-se em primeiro lugar à reduzida discriminação das respostas, tendo a maioria dos enfermeiros assinalado a opção intermédia (numa escala de 0 a 4), que é considerada errada. Contudo, a eliminação de itens mais problemáticos (*cross-loadings* e baixos *loadings*) deverá ser empregue em futuros estudos com o objetivo de aferir o modelo fatorial desta escala. Segundo, o valor global da consistência interna ($\alpha=.657$), bem como das subescalas conhecimento (0,674) e atitudes (0,601) é relativamente baixo, embora considerados aceitáveis (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Estes resultados são confirmados em estudos prévios (Abraham *et al.*, 1999; Boltz *et al.*, 2009) e analisados

na revisão integrativa (*cf.* Capítulo II, págs. 85-86). Porém, para estes tipos de escalas, a consistência interna avaliada através do Apha de Cronbach pode não constituir o melhor método de estimação da fidelidade (*cf.* Kottner et al., 2011). Em futuras pesquisas poderão ser empregues outros métodos para avaliar a qualidade da medida, nomeadamente a fidelidade intra-avaliadores (teste-reteste).

Por último, importa considerar algumas limitações associadas ao tamanho do questionário e aos itens que compõem esta escala. O questionário é extenso, pelo que a inclusão desta escala no final pode levantar questões relacionadas com o seu preenchimento (ex: respostas aleatórias decorrente do cansaço). O conteúdo das afirmações encontrava-se ordenado de forma sequencial em função das síndromes geriátricas. Este aspeto pode igualmente contribuir para a forma de preenchimento dos participantes. Ainda assim, esta escala contempla itens formulados pela negativa e positiva com o objetivo de combater uma orientação dirigida das respostas. Em futuras pesquisas com esta escala, a incorporação da mesma no início do questionário e a aleatorização dos itens deverá ser equacionada. Ainda em relação aos itens, o facto de algumas afirmações abordarem questões específicas e com um maior nível de abstração (ex: as úlceras de pressão ocorrem em cerca de metade das pessoas idosas hospitalizadas, o predomínio da incontinência urinária nas pessoas idosas hospitalizadas é de cerca de 20%) pode dificultar a resposta dos profissionais. No entanto, seria favorável para a prevenção e cuidado das pessoas idosas internadas que os enfermeiros soubessem as respostas corretas a essas afirmações. Essas questões teóricas poderiam aumentar a conscientização dos enfermeiros em relação a estes problemas geriátricos.

Na subescala atitudes, existem itens relativos à gestão do tempo para desenvolver o cuidado às pessoas idosas (ex: eu não tenho tempo para). Na versão original a resposta correta a essas atitudes é “discordo”. No entanto, os participantes podem concordar com essas afirmações e estas não refletirem atitudes negativas, mas sim limitações temporais na avaliação e gestão dessas síndromes (rácio enfermeiro-utente baixos em Portugal comparativamente a outros países). Na interpretação dos dados é importante considerar que as respostas dos enfermeiros podem não refletir a sua prática atual no cuidado das pessoas idosas hospitalizadas. Futuros estudos devem incluir outros profissionais de saúde com o objetivo de comparar resultados e perceber se a formação inerente às diferentes disciplinas influencia os seus resultados no teste. Os

dados sugerem a necessidade de se utilizarem instrumentos especialmente desenvolvidos (sensibilidade e especificidade) para a avaliação das quatro síndromes, com o objetivo de recolher uma informação mais precisa e abrangente da realidade portuguesa. Na tabela 19 elencam-se um conjunto de escalas de avaliação do conhecimento e atitudes normalmente utilizadas em pesquisas deste âmbito.

Tabela 19. Escalas utilizadas na avaliação de conhecimentos e/ou atitudes dos enfermeiros sobre: úlceras de pressão, incontinência urinária, restrição física da mobilidade e distúrbios do sono (elaborada pelo investigador JT)²⁷

Categoria temática	Escala	Autores
Úlceras de pressão	Attitudes towards pressure ulcer prevention	Moore e Price (2004)
	Clinical Practice Guidelines for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers	Lewin <i>et al.</i> (2003)
	The Pressure Ulcer Knowledge Assessment tool The Validated Attitude toward Pressure Ulcer tool (APuP)	Beeckaman <i>et al.</i> (2010a) Beeckaman <i>et al.</i> (2010b)
Incontinência urinária	Urinary Incontinence Scales©	Henderson e Kashka (1999)
	Nurses' knowledge and practice Scales ²⁸	Saxer, de Bie, Dassen, e Halfens (2008)
Restrição física da mobilidade	Knowledge of Physical Restraint Use (KPRU) scale, the Attitudes of Physical Restraint Use (APRU) scale, Perceptions of the restraint use questionnaire (PRUQ)	Citadas por Huang, Chuang, e Chiang (2009)
	Maastricht Attitude Questionnaire (MAQ) on restraint use	Citado por Hamers <i>et al.</i> (2009)
Distúrbios do sono	Nursing attitudes about and administration of prn ²⁹ night sedation.	Duxbury (1994)

²⁷ A validação destas escalas para a população portuguesa seria outra perspetiva de pesquisa relevante.

²⁸ O estudo de validação foi realizado com enfermeiros em lares.

²⁹ Abreviatura da frase em latim *pro re nata*, o que em Portugal consideramos medicação em SOS.

A tradução, adaptação e validação dos instrumentos poderia assegurar o rigor métrico das avaliações feitas. O tipo de avaliação é um dos aspetos a considerar na validade externa. Nesta validade existem algumas limitações importantes a considerar. O processo de amostragem foi não probabilístico de conveniência. Deste modo, só foram incluídos hospitais EPE (entidades públicas empresariais). A escolha destes hospitais fundamentou-se nos dados da DGS (2011) e contemplou o nível de diferenciação, taxa de internamento e localização. Assim, só hospitais na região norte e centro, com maior nível de diferenciação e dotação superior a 300 camas foram incluídos. Por outro lado, todos se localizam na região litoral do país. Estes factos limitam a generalização dos resultados a outras regiões do país, a hospitais com menor nível de diferenciação e com dotação inferior a 300 camas. Futuros estudos deveriam procurar alargar a amostragem às regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Madeira e Açores. O processo de envelhecimento em Portugal apresenta uma heterogeneidade regional significativa em termos de índice de envelhecimento, sendo mais acentuada nas regiões interiores do país e Alentejo. A intensificação do processo de envelhecimento nestas regiões pode implicar maiores taxas de internamento das pessoas idosas e pode ter implicações nas estratégias adotadas pelos hospitais destas regiões, circunscrevendo as perceções dos enfermeiros sobre o cuidado geriátrico nestas unidades de saúde. A inclusão de hospitais com modelo de gestão: sector público administrativo e privado aumentaria a heterogeneidade da amostra e possibilitaria analisar a relação entre estas formas de organização e a percepção do AGTE.

Uma outra limitação que importa considerar é o agrupamento dos serviços por especialidades médicas, cirúrgicas e unidade de cuidados intensivos/urgência. Esta opção deveu-se ao facto dos hospitais estarem organizados por áreas de gestão integrada (AGI)³⁰, pelo que o mesmo padrão foi utilizado. Apesar disso, segundo a abordagem contingencial, na mesma organização os serviços podem funcionar de diferentes modos em condições distintas. Extrapolando para o contexto hospitalar, na mesma AGI, o serviço de cirurgia geral pode funcionar de forma diferente da cirurgia vascular. A revisão sistemática da literatura aponta para que o tipo de liderança implementado pelo enfermeiro chefe possa ser um dos fatores que explica essas diferenças, influenciando a

³⁰ As áreas de gestão integrada (AGI) constituem níveis intermédios de gestão, de grande dimensão, agrupando vários serviços e unidades funcionais de ação médica, segundo critérios de homogeneidade ou afinidade funcional.

percepção dos enfermeiros e o êxito da organização (Shirey, 2006). Uma perspectiva de pesquisa pertinente será avaliar a relação entre a liderança em enfermagem (ex: Questionário de Liderança em Enfermagem, de Loureiro, Ferreira, & Duarte (2008) e o AGTE.

A amostragem por conveniência é habitualmente utilizada em pesquisas exploratória-descritivas, tal como este estudo, pelo que a probabilidade relativa de qualquer enfermeiro ser incluído na amostra é desconhecida. Sendo assim, desconhece-se quão representativa ela é da população. A partir da análise da idade dos enfermeiros e tempo de experiência profissional na amostra deste estudo, conclui-se que esta é jovem. A generalização para enfermeiros de outros grupos etários e com maior experiência profissional é uma limitação. Em futuros estudos, a amostragem por quotas é uma alternativa à seleção por conveniência destes/as profissionais, permitindo aumentar a heterogeneidade da amostra.

O autopreenchimento do GIAP é outra limitação a considerar, pois poderia levar a viés nas respostas dos profissionais. Por exemplo, os mais insatisfeitos podem estar mais propensos a responder negativamente. Por outro lado, o período em que decorreu a recolha de dados foi caracterizado por profundas alterações socioeconómicas do país (pedido de ajuda económica), reorganização da rede de serviços hospitalares e contenção de custos no Sistema Nacional de Saúde. Estes fatores podem ter um impacto no bem-estar subjetivo dos enfermeiros, repercutindo-se em vários domínios da vida pessoal e profissional, o que pode ter influenciado o preenchimento do questionário.

Os enfermeiros que reportaram formação na área da gerontogeriatrics eram reduzidos e apresentaram respostas heterógenas em relação ao tipo de formação. Estes dados limitaram a associação desta variável com os constructos do AGTE e conhecimento de atitudes geriátricos. Considerando a idade e tempo de experiência da amostra, futuros estudos devem considerar o ensino de enfermagem geriátrica no curso de licenciatura em Enfermagem. A educação dos enfermeiros tem sido reportada na literatura como um fator externo ao ambiente das organizações que influencia a estrutura, processo e os mecanismos operantes das mesmas (Cline, 2012). Estudos prévios que usaram o modelo anteriormente referido adicionaram os níveis de escolaridade como um constructo do ATE (Aiken *et al.*, 2008). A combinação da falta de formação dos enfermeiros em Enfermagem Geriátrica e o progressivo aumento de

peças idosas internadas em Portugal enfatizam a necessidade dos líderes hospitalares adaptarem estratégias que considerem estes fatores externos à organização, mas que podem influenciar a sua eficácia. Estes dados são consistentes com a teoria da contingência que refere que as organizações mais eficientes são aquelas que se adaptam eficazmente ao seu ambiente externo. Se os hospitais considerarem estes fatores externos (ex: formação e treino - graduado e pós-graduado em geriatria), podem incentivar a formação na área gerontogeriatrica e estimular as escolas de Enfermagem a incluírem de forma sistematizada e individualizada uma componente teórica e prática de geriatria nos seus planos curriculares (cf. Potempa e Mezey (2010), *Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults*³¹).

Por fim, importa referir as limitações temporais e financeiras do investigador. Apesar do esforço empreendido na fase de recolha dos dados com visitas a todas as unidades de saúde, uma presença mais frequente e constante poderia contribuir para aumentar a taxa de resposta e esclarecer algumas dúvidas que possam ter surgido no preenchimento do GIAP. O questionário *on-line* foi uma das estratégias utilizadas para suprir essa limitação, bem como aumentar a taxa de resposta. Estes constrangimentos contribuíram igualmente para algumas das limitações na amostragem do estudo, nomeadamente a extensão para outras regiões e a inclusão de hospitais com diferentes modelos de gestão hospitalar.

A maioria da literatura utiliza metodologia exclusivamente quantitativa para analisar o ATE e/ou AGTE. Contudo, o ATE tem sido explorado com recurso a uma abordagem qualitativa. Nestes estudos, os enfermeiros identificaram temas e subtemas relacionados com ambiente de trabalho que são essenciais na promoção da qualidade do cuidado de enfermagem, destacando-se: tempo (in)suficiente, ser competente, rácio enfermeiro-utente, dinâmicas de equipa, trabalho multidisciplinar, conhecimento e educação dos enfermeiros e prática baseada nos dados³²(Cline *et al.*, 2011; Hogston, 1995; Williams, 1998). O recurso exclusivo a metodologias quantitativas para analisar o AGTE e os fatores que o influenciam não nos permitiu aprofundar o conhecimento

³¹ Documento que ajuda os professores de enfermagem a incorporar o conteúdo focado na Enfermagem Geriátrica e oportunidades de aprendizagem no currículo de enfermagem, incluindo tanto as experiências didáticas como clínicas.

³² Cada estudo reportou temas adicionais, mas só são referidos alguns dos temas relacionados com o constructo do ambiente de trabalho.

sobre algumas variáveis que se relacionam com o AGTE, nomeadamente: a dificuldade, gratificação e sobrecarga no cuidado às pessoas idosas.

A utilização de métodos qualitativos poderá igualmente contribuir para uma melhor compreensão de algumas particularidades e especificidades inerentes ao AGTE em Portugal, que podem não estar contempladas no GIAP. Deste modo, a literatura sugere que a abordagem quanti-qualitativa (*mixed methods*)³³ é particularmente eficaz na pesquisa em ciências da saúde, pois permite ao investigador estudar relações quantitativas, bem como processos qualitativos que podem contribuir para essas relações, e assim revelar mais detalhadamente as complexidades e *nuances* dos fenómenos complexos inerentes aos cuidados de saúde (Teddlie & Tashakkori, 2009). Recentemente Cline (2012), com base na proposta de Boltz *et al.* (2008b), utilizou uma abordagem quanti-qualitativa para explorar o AGTE e a sua influência na qualidade do cuidado geriátrico em hospitais localizados em regiões rurais. Este estudo identificou características específicas do ATE que influenciam a qualidade do cuidado geriátrico. Entre as suas conclusões, o autor destaca que: relações colegiais fortes entre os enfermeiros fortalecem a qualidade do cuidado, ao passo que, défices na formação em geriatria, tecnologia insuficiente, interações desagradáveis com os médicos e a falta de assistentes operacionais³⁴ enfraquecem a qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Esta abordagem pode representar uma perspetiva de pesquisa futura, contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre um tema ainda pouco investigado em Portugal.

5. RECOMENDAÇÕES

“The aging population will change the way we do things. We can allow this change to happen by passively reacting to change. Or we can anticipate it and meet the challenge by design” (Special Senate Committee on Aging, 2009, p. 9).

³³ O método de pesquisa quanti-qualitativo (*mixed methods research*) é definido como um tipo de desenho de investigação no qual as abordagens qualitativas e quantitativas são usadas na definição de questões de investigação, métodos de investigação, recolha de dados, procedimentos de análise de dados ou nas inferências estatísticas (Teddlie & Tashakkori, 2009).

³⁴ Nos EUA a expressão é *nursing aids*, pelo que utilizamos a terminologia usada em Portugal.

É dentro da dialética tão bem expressa na afirmação citada em epígrafe que introduzimos algumas recomendações que emergem da pesquisa sobre o perfil de cuidado de enfermagem geriátrica nos hospitais portugueses. Na introdução alude-se para as questões de imperativo demográfico e epidemiológico e as suas ressonâncias no cuidado de saúde como determinantes na resposta que os hospitais e os enfermeiros enfrentam ou irão enfrentar no futuro (*the way we do things*). Estas mudanças podem ser observadas de duas formas. Na primeira, os decisores políticos, gestores hospitalares e profissionais de saúde adotam uma postura inerte e indolente face à realidade, implementando medidas fragmentadas e insustentáveis. Na segunda, as questões do envelhecimento são perspetivadas como um desafio e oportunidade para a mudança, inovação e criatividade no sentido de melhorar a efetividade, eficiência e qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, levando à implementação de iniciativas integradas e continuadas para responder às necessidades destes utentes. As recomendações que seguidamente propõe-se estão alinhadas com a segunda perspetiva apresentada.

Da análise do impacto da hospitalização emergem dois aspetos relevantes. O primeiro refere-se à previsão do aumento das pessoas idosas que irão necessitar de internamento hospitalar. O segundo relaciona-se ao impacto negativo que a hospitalização pode vir a ter na qualidade de vida, independência e autonomia das pessoas idosas. Neste sentido, é importante considerar o conhecimento gerontogeriátrico baseado nos dados que têm emergido na literatura nas últimas décadas. Depreende-se, assim, que os modelos de cuidado atualmente adotados nem sempre conseguem responder às necessidades e problemas deste grupo etário. Torna-se crucial que instituições e profissionais de saúde desenvolvam novos conhecimentos, competências e abordagens inovadoras adequadas às particularidades e complexidades do cuidado à pessoa idosa. Esta tomada de consciência instiga à reflexão e ao aprimoramento do cuidado à pessoa idosa, a partir de novos olhares, pensamentos e formas de atuação.

Este estudo é o primeiro a avaliar o AGTE e o conhecimento e atitudes geriátricos numa amostra de enfermeiros que trabalham em serviços hospitalares em Portugal. Dentre os principais resultados destacam-se: 1) a obtenção de um instrumento válido e fiável para avaliar o AGTE e conhecimentos e atitudes geriátricas; 2) a perceção de enfermeiros sobre o cuidado às pessoas idosas como sendo

predominantemente negativa; 3) a percepção de enfermeiros sobre o apoio insuficiente dos líderes hospitalares para promover um AGTE favorável; 4) o cuidado a pessoas idosas com comportamentos inadequados e o uso de recursos geriátricos como os principais fatores que influenciam a eficácia e a qualidade do cuidado geriátrico; 5) a lacuna de conhecimento e atitudes negativas de enfermeiros acerca das quatro síndromes geriátricas; 6) a conceptualização de um modelo sobre a associação das características de enfermeiros, de hospitais e das percepções destes profissionais sobre o cuidado geriátrico com o AGTE e o conhecimento e atitudes geriátricos; 7) a falta de apoio familiar, a descontinuidade do cuidado e a escassez de tempo para o cuidado como principais obstáculos no cuidado à pessoa idosa hospitalizada; e 8) o perfil de cuidado geriátrico nos hospitais da região norte e centro de Portugal como tendencialmente homogéneo. Acrescenta-se ainda que as variáveis idade, tempo de experiência profissional (na instituição e serviço) não se associam com o AGTE e o conhecimento e atitudes geriátricas. Estes dados podem refletir a falta de preparação académica ou certificação em enfermagem geriátrica. Este resultado e deve estar na mira dos decisores políticos, administrados e escolas de enfermagem com o objetivo de regulamentar o ensino da Enfermagem Geriátrica nos currículos e formação profissional dos enfermeiros.

Baseados nos resultados deste estudo e na revisão da literatura, propõe-se de seguida algumas recomendações para a provisão de um ambiente favorável de cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Pretende-se que possam contribuir para a “melhoria” no cuidado de enfermagem geriátrica, considerando as suas implicações no âmbito da gestão organizacional, prática profissional e formação.

A literatura refere de modo consistente a importância de um AGTE favorável como determinante para promover a qualidade do cuidado às pessoas idosas (Boltz *et al.*, 2008b; Boltz, Capezuti, & Shabbat, 2010; Kim *et al.*, 2009; McKenzie *et al.*, 2011) e o impacto da formação geriátrica dos enfermeiros nos resultados de saúde para destes utentes (Mezey, Capezuti, & Fulmer, 2004; Mezey *et al.*, 2006). É também bem conhecida a relação positiva entre ambientes favoráveis da prática de enfermagem e os resultados de saúde, bem como a influência que programas ou modelo de cuidado geriátrico têm na promoção da qualidade do cuidado às pessoas idosas (ex: NICHE) (Guthrie *et al.*, 2002; Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summers, & Cooney, 2000; Pfaff,

2002). A pesquisa realizada sobre o perfil de cuidado de enfermagem às pessoas idosas em Portugal evidencia princípios orientadores importantes que norteiam as nossas recomendações: 1) o GIAP – versão portuguesa é um instrumento válido e fiável para avaliar o ambiente onde decorrem o cuidado de enfermagem geriátrico às pessoas idosas hospitalizadas; 2) as características de organizações e de enfermeiros deste estudo, bem como as perceções do cuidado às pessoas idosas associaram-se significativamente com o AGTE e conhecimento e atitudes geriátricos; e 3) a necessidade das questões geriátricas trespassar as decisões políticas, gestão hospitalar e formação e prática dos profissionais de saúde. Deste modo, apresentam-se seguidamente as recomendações em três domínios: decisão política, gestão institucional e prática profissional.

5.1. Decisão política

- Avaliar a política de qualidade implementada pelas organizações hospitalares no que concerne ao cuidado geriátrico. Os decisores políticos devem apresentar uma posição coerente, fundamentada e clara que enfatize o cuidado às pessoas idosas no contexto hospitalar e a necessidade destas instituições atenderem a requisitos padronizados que visem minimizar o impacto negativo da hospitalização.
- Desenvolver referências e orientações específicas (ex: rácio enfermeiro-utente) que incentivam as oportunidades de promoção de ambientes favoráveis às práticas de enfermagem no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.
- Promover uma cultura de avaliação do AGTE, sendo este perspectivado como um processo de aprendizagem das organizações, vital para a sua dinâmica e resposta à crescente procura de cuidado por este grupo etário.
- Promover a mudança do AGTE, não esquecendo que as iniciativas políticas devem ter em conta os papéis de todas as partes (ou seja, líderes hospitalares, profissionais, pessoas idosas e família), tornando este fator explícito.
- Reconhecer a importância do contexto local no qual os hospitais estão inseridos e a sua tipologia, pelo que, as iniciativas políticas precisam evitar uma abordagem "*one size fits all*" e incorporar possibilidades de adaptação e flexibilização nos contextos regionais.

- Considerar a formação avançada (especialização) em enfermagem geriátrica. Urge implementar o processo de desenvolvimento profissional para que num futuro próximo possam existir enfermeiros especialistas neste domínio. Esta competência é exclusivamente do domínio da Ordem dos Enfermeiros. Segundo Costa (2006b), a existência destes profissionais proporcionaria: um volume de massa crítica em teorias, modelos e estratégias de cuidado às pessoas idosas; e uma intervenção especializada na organização dos serviços de saúde de atendimento às pessoas idosas, pela posição estratégica que estes enfermeiros detêm na hierarquia dos serviços.
- Incluir nos currículos de Enfermagem uma disciplina de enfermagem geriátrica e contemplar um ensino clínico focalizado no cuidado às pessoas idosas (em contexto hospitalar, unidade de cuidados continuados, comunitário e/ou respostas sociais). Atualmente não existe uma regulamentação que uniformize os currículos de Enfermagem, pelo que, a existência de requisitos mínimos e transversais a todas as instituições de ensino de Enfermagem seria fundamental.

5.2. Gestão institucional

- Promover mudanças que se coadunem com a especificidade geriátrica, e que estejam patentes nos princípios orientadores, expressos através da missão e valores da instituição, e nas componentes de avaliação da qualidade, nomeadamente na estrutura (ex: horas de cuidado de enfermagem no cuidado às pessoas idosas, satisfação dos enfermeiros); no processo (ex: utilização de princípios da prática baseada nos dados, cuidado individualizado e com especificidade geriátrica); e nos resultados de saúde (ex: taxas de efetividade na prevenção de complicações). Importa, ainda, considerar os sistemas de recompensa instituídos nas organizações. Este último tópico tem sido estudado na literatura de Enfermagem, cujos dados demonstram que as gratificações podem ser de três tipos: financeiras, não financeiras e psicológicas (De Gieter *et al.*, 2006; De Gieter, De Cooman, Pepermans, & Jegers, 2010). Entre os enfermeiros, as gratificações psicológicas (elogios, reconhecimento, gratidão, suporte social, ambiente de trabalho e autonomia) são consideradas as mais importantes. Estando consciente das limitações económicas com que os

administradores hospitalares se deparam, recompensar os enfermeiros que trabalham em serviços com elevadas taxas de internamento de pessoas idosas pode passar por algumas das medidas anteriormente referidas.

- Considerar estratégias que procuram reduzir a sobrecarga percebida pelos enfermeiros no cuidado às pessoas idosas, através da dotação de recursos humanos e produtos de apoio ajustados ao grau de dependência, complexidade e exigência implicadas neste cuidado.
- Incorporar, na sua forma de gestão, iniciativas que promovam recursos geriátricos, princípios de cuidados sensíveis à idade, valores institucionais relativos às pessoas idosas e continuidade no cuidado, de forma a assegurar uma boa qualidade às pessoas idosas hospitalizadas, independentemente do serviço onde ficam internadas. Os administradores dos hospitais académicos e daquele localizado na região centro, instituições em que os enfermeiros têm percepções mais negativas do AGTE, devem diligenciar as iniciativas expressas anteriormente.
- Fomentar nas AGI de SU/UCI modelos de cuidado que considerem a abordagem “gerontogeriátrica”. Considerando o número crescente de pessoas idosas que recorrem a estas unidades, torna-se necessário que os enfermeiros que lá trabalham adquiram competências geriátricas. Deste modo, torna-se urgente desenvolver no SU/UCI formação específica nesta área, com o objetivo de capacitar estes profissionais para responder às necessidades e especificidades das pessoas idosas internadas nestas unidades.
- Considerar as características dos enfermeiros e as percepções do cuidado no planeamento, implementação e avaliação das iniciativas que visem melhorar o AGTE.
- Introduzir programas ou modelos de cuidados de enfermagem às pessoas idosas, tais como NICHE. Este programa apoia os líderes hospitalares a empreenderem mudanças sistemáticas com o objetivo de melhorar o cuidado às pessoas idosas. O programa NICHE foca-se na transformação do ATE através de um conjunto variado de abordagens que suportam o cuidado às pessoas idosas, tais como, unidades *Acute Care for the Elderly (ACE)* (Covinsky *et al.*, 1998) e o modelo GRN (Lee & Fletcher, 2002; Lopez *et al.*, 2002; Swauger & Tomlin, 2002;

Turner, Lee, Fletcher, Hudson, & Barton, 2001). É necessário um programa que produza mudanças favoráveis no AGTE nas unidades ou na organização, o que está em conformidade com os dados deste estudo nas duas regiões analisadas. Se o AGTE não é otimizado para promover a qualidade do cuidado geriátrico, as pessoas idosas podem receber um cuidado subótimo. O GIAP enquanto instrumento desenvolvido pelo projeto NICHE permitiu aprofundar o conhecimento sobre este programa. Excluindo algumas particularidades intrínsecas ao contexto de saúde para o qual foi desenvolvido, este programa tem sido implementado com sucesso nos diferentes tipos de hospitais, modelos de gestão e países. No ano transato, um artigo sobre perfil de inovação no sistema Medicare³⁵ refere-se a este programa:

“the NICHE with its emphasis on developing geriatric appropriate nursing practices throughout a hospital environment, was seen as a model on which organizations could build a foundation to improve a hospital’s culture of quality and safety of inpatients care for older adults. This model facilitates more-effective communication and collaboration in the care of elders, to stimulate changes in the culture of health care facilities with the goals of providing patient-centered care” (Leff et al., 2012, p. 1210).

- Adotar e implementar intervenções baseadas nos dados (Schalk *et al.*, 2010) para promover um ambiente favorável ao cuidado de enfermagem, considerando-se: 1) o trabalho em equipa através da colaboração na tomada de decisão clínica e relações interprofissionais; 2) a autonomia através do *empowerment* dos enfermeiros; 3) a oportunidade para o desenvolvimento profissional; 4) a participação nas políticas institucionais.
- Adotar e implementar estratégias combinadas e unificadas que visem reforçar a importância do cuidado de enfermagem às pessoas idosas, nomeadamente: 1) uma liderança que promova a capacitação e certificações das equipas na área da

³⁵ Nome do sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos EUA e destinada às pessoas com 65 ou mais anos.

geriatria e os padrões do cuidado geriátrico baseado nos dados; 2) práticas sensíveis à idade que assegurem a acessibilidade a produtos de apoio essenciais às pessoas idosas (ex: dispositivos de mobilidade); 3) um espaço físico “amigo das pessoas idosas” através da avaliação do ambiente físico dos serviços (funcionalidade, segurança e conforto), de forma a refletir os princípios sensíveis à idade (ex: iluminação adequada, piso antiderrapante, corrimões de apoio, alarmes, entre outros); 4) um cuidado centrado na pessoa idosa e/ou família, que: englobe a capacitação dos enfermeiros para desenvolver uma comunicação adaptada às necessidades e/ou limitações dos utentes e familiares, crie oportunidades para cuidador/familiar dar o *feedback* sobre as suas principais limitações, dificuldades e preocupações; e 5) o incentivo à formação contínua e avaliação das competências mínimas dos enfermeiros para cuidar das pessoas idosas hospitalizadas.

- Implementar planos de formação dos profissionais de saúde que incorporem a avaliação e gestão das principais síndromes geriátricas, promoção da funcionalidade, treino do trabalho interdisciplinar e prática baseada nos dados, no cuidado às pessoas idosas com alterações do comportamento (ex: demências e/ou *delirium*) e modelos de intervenção familiar.
- Fomentar uma maior articulação e cooperação entre as unidades hospitalares e os serviços de saúde e sociais, bem como a preparação para a alta hospitalar. O *Transitional Care Model* é internacionalmente reconhecido e os dados do estudo aleatório demonstraram a sua eficácia e eficiência para a organização (redução de custos decorrentes das readmissões frequentes e períodos de internamento), e uma maior segurança, qualidade do cuidado e satisfação profissional (Naylor & Sochalski, 2010).
- Implementar um grupo de trabalho (*task-force*) interdisciplinar (enfermeiro, médico, assistente social e farmacêutico) e que inclua utentes e/ou familiares, responsáveis por desenvolver iniciativas e congregar ideias e conhecimentos com o objetivo de implementar projetos, protocolos e práticas clínicas geriátricas nos diferentes serviços do hospital.

5.3. Prática profissional

- Comprometer-se com um conjunto explícito e claro de valores e uma filosofia de cuidado compartilhada entre todas as disciplinas (ex: *Person-Centred Care*³⁶), estabelecendo metas claras e equitativas para o cuidado das pessoas idosas, para assegurar que estes utentes receberam a mesma qualidade de cuidado comparativamente a outros grupos etários mais jovens.
- Implementar e empregar sistematicamente as escalas do GIAP como estratégia para desenvolver as práticas de enfermagem no cuidado às pessoas idosas.
- Ressaltar os valores e práticas baseadas nos dados no cuidado de enfermagem às pessoas idade por parte dos enfermeiros-chefes de todas as unidades, através dos seus discursos, ações e tomada de decisão. Estes líderes podem ajudar a moldar a filosofia e o paradigma de cuidado gerontogeriátrico ao estar atentos às perceções dos enfermeiros no cuidado às pessoas idosas, implementar estratégias formativas e de recompensa nas equipas por eles/as lideradas.
- Promover uma cultura de avaliação e gestão das síndromes geriátricas e/ou alterações do comportamento, utilizando instrumentos nacionalmente validados, com o objetivo de produzir indicadores sobre a prática de enfermagem, o que impulsionaria o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua.
- Refletir com os enfermeiros e restantes elementos da equipa sobre o impacto das suas práticas na segurança, conforto, ganhos em saúde e gestão do risco no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.
- Incorporar a formação e competências para o trabalho intersectorial (hospitais, cuidados de saúde primários e recursos da comunidade). Os sistemas de informação entre unidades, hospitais, cuidados de saúde primários e respostas sociais possibilitariam a partilha de conhecimento clínico, apoio à decisão, recolha e comunicação de informação. Estes sistemas são determinantes na melhoria da qualidade em saúde e constituiriam uma oportunidade para operacionalizar a continuidade de cuidado antes, durante e após a hospitalização.

³⁶ *Person-centred care as an approach to practice that is established through the formation and fostering of therapeutic relationships between all care providers, patients, and others significant to them. Person-centred care is underpinned by values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect, and understanding* (McCormack, Dewing, & McCance, 2011).

- Implementar normas de orientação clínica, baseadas nos dados e de caráter interdisciplinar, nas especialidades médicas, cirúrgicas e SU/UCI, nos seguintes domínios: úlceras de pressão/cuidado com a pele; restrição física à mobilidade; incontinência urinária, distúrbios do sono, quedas e alterações do comportamento (demência e/ou *delirium*). Estas normas e protocolos devem enfatizar os seguintes tópicos: avaliação do risco de úlceras de pressão e prevenção, conhecimento sobre o risco de uso de sedativos e adoção de medidas não-farmacológicas para gestão dos distúrbios de sono; causa de incontinência urinária, adoção de intervenções baseada nos dados e redução do uso de cateterismo vesical para gestão desta síndrome geriátrica; e avaliação da confusão aguda/*delirium* e implementação de medidas alternativas à restrição física da mobilidade.
- Melhorar o conhecimento e compreensão dos enfermeiros sobre as alterações de comportamento da pessoa idosa, em especial as associadas à demência e/ou *delirium* e incrementar a adequabilidade e a qualidade do cuidado a estas pessoas. A falta de conhecimento especializado dos enfermeiros e o *stress* e *burnout* sentido por estes/as profissionais é suscetível de afetar o cuidado quando se deparam com pessoas idosas com alterações de comportamento (ex: uso de restrições físicas à mobilidade). Deste modo, torna-se necessário melhorar a qualidade do cuidado às pessoas idosas com demência e/ou *delirium* através da implementação de programas de capacitação dos enfermeiros. Estes programas deveriam centrar-se na aquisição de conhecimento, mudanças de atitudes e competência dos enfermeiros com o objetivo de prevenir ou reduzir a ocorrência de comportamentos desafiantes, e melhorar a sua interação com as pessoas idosas.
- Desenvolver, implementar, avaliar e disseminar projetos geriátricos e *benchmarking* entre as unidades e/ou hospitais com o objetivo de dar a conhecer a todos os enfermeiros as experiências de sucesso no cuidado à pessoa idosa hospitalizada que possam ser divulgadas e replicadas. Estas atividades contribuiriam para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem geriátrica.

- Treinar e desenvolver o trabalho interdisciplinar. Este é considerado uma das pedras basilares em relação ao cuidado da pessoa idosa, sendo necessário que os profissionais formem uma rede de conhecimentos, colaboração e solidariedade em prol da qualidade do cuidado geriátrico, que trará benefícios aos utentes e mérito à instituição. Deste modo, torna-se necessário: 1) estimular e promover estratégias e condições do trabalho interdisciplinar; 2) implementar momentos de formação e discussão de casos clínicos de forma conjunta; e 3) informar e envolver toda a equipa responsável pelo cuidado às pessoas idosas na tomada de decisão e orientação clínica.
- Explorar o significado atribuído pelos enfermeiros às perceções do cuidado às pessoas idosas, com o objetivo de aprofundar o seu conhecimento sobre o cuidado a esta população. Estes dados iriam ajudar a (re)pensar iniciativas e propostas, bem como adequá-las às necessidades expressas e sentidas por estes/as profissionais.
- Disseminar informação e refletir com os enfermeiros sobre a complexidade e particularidades do cuidado às pessoas idosas. Esta recomendação pode ser profícua ao balizar o autoconhecimento que os enfermeiros reportam comparativamente com as práticas do cuidado de enfermagem geriátrica baseada nos dados. A existência de uma dissonância entre “o conhecimento que penso que detenho” e a demonstração “do conhecimento baseada nos dados” foi um dos aspetos que emergiu neste estudo, podendo refletir que as práticas dos enfermeiros estão envoltas em “falsas” conceções sobre o cuidado a estes/as utentes. Descortiná-las é um imperativo para melhorar a prática do cuidado e estimular a formação destes profissionais.
- Incrementar a reflexão, discussão e responsabilização dos enfermeiros sobre o impacto das suas práticas no cuidado às pessoas idosas. As equipas devem ser incentivadas a inovar, a questionar as suas práticas e as implicações ético-deontológicas e legais daí decorrentes.
- Combinar, nos SU/UCI, o conhecimento gerontogerriátrico que se focaliza no “cuidado especializado” das pessoas idosas com o conhecimento e capacidades para lidar com situação de urgência e/ou emergência (Balas *et al.*, 2011; Robinson & Mercer, 2007). Estes componentes são na atualidade desafios para

os enfermeiros que trabalham nestas unidades (resultados mais desfavoráveis no nosso estudo), que num futuro, e de forma urgente, precisam de ser uma realidade nestas unidades.

- Incluir a família como foco de cuidado dos cuidados em meio hospitalar através: 1) da implementação de protocolos com especificidade geriátrica que incluam material didático para utentes e/ou família e outras ferramentas de suporte (ex: recursos na comunidade, associações de apoio); 2) da organização dos serviços que permitam instituir práticas favoráveis ao envolvimento da família no cuidado (ex: horário das visitas alargado, participação na tomada decisão); 3) do desenvolvimento de programas educativos para enfermeiros sobre atenção à família em meio hospitalar com o objetivo de capacitar estes/as profissionais na assistência à família (Martins, Fernandes, & Gonçalves, 2012)
- Desenvolver ações de sensibilização, treino e formação em aspetos relevantes sobre o abuso e negligência à pessoa idosa, nomeadamente: identificação dos principais fatores de risco (ex: excessiva dependência da pessoa idosa de outrem para as suas atividades de vida diária e o stress da pessoa que cuidada, coabitação da pessoa idosa com um membro familiar, défices cognitivos da mesma), avaliação (explorar e identificar indícios, complementados com a observação ou com a enunciação de fatores de risco) e prosseguindo com a elaboração teórica explicativa ou interpretativa dos comportamentos de abuso e posterior denúncia (Cf. Ferreira-Alves (2005)). Esta problemática deve versar uma abordagem interdisciplinar e o desenvolvimento de canais de comunicação, protocolos e estratégias entre vários grupos profissionais e/ou instituições das várias áreas da saúde, segurança e justiça.

Referências Bibliográficas

- Abraham, I. I., Bottrell, M. M., Dash, K. R., Fulmer, T. T., Mezey, M., O'Donnell, L., & Vince-Whitman, C. (1999). Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly. *Nursing clinics of North America*, 34(2), 237-255.
- American Nurses Credentialing Center (2012). ANCC Certification Center. Retrieved 25 de Janeiro, 2013, from: <http://www.nursecredentialing.org/Certification.aspx>
- Agostini, J. V., Baker, D. I., & Bogardus, S. T. (2007). Prevention of falls in hospitalized and institutionalized older people. In e. a. e. Shojania K.G. (Ed.), *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43*. Rockville, MD: The Agency for Healthcare Research and Quality's
- Aiken, L., Clarke, S., & Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-14. doi: 10.1093/intqhc/14.1.5
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Lake, E., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L., Lake, E., Sochalski, J., & Sloane, D. (1997). Design of an outcomes study of the organization of hospital AIDS care. *Research in the Sociology of Health Care* 14, 3-26.
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, M., Busse, R., McKee, M., . . . Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Journal of Medicine* 344. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153.

- Aiken, L., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11 Suppl), NS6-18.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Almeida, M. (1999). Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano. *Revista Enfermagem Referência*(3), 7-14.
- Amaral, A., Ferreira, P., & Lake, E. T. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.
- Attridge, C., & Callahan, M. (1990). Nurses' perspectives of quality work environments. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 3(3), 18-24.
- Bacon, C. T., Hughes, L. C., & Mark, B. A. (2009). Organizational influences on patient perceptions of symptom management. *Research Nursing Health*, 32(3), 321-334.
- Bacon, C. T., & Mark, B. (2009). Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. *J Nurs Adm*, 39(5), 220-227.
- Baernholdt, M., & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *J Nurs Manag*, 17(8), 994-1001.
- Balas, M. C., Casey, C. M., & Happ, M. B. (2011). Comprehensive assessment and management of the critically ill. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (Fourth Edition ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Baumgarten, M., Margolis, D. J., Localio, A. R., Kagan, S. H., Lowe, R. A., Kinoshian, B., . . . Ruffin, A. (2006). Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *Journal of Gerontology Series A*, 61(7), 749-754.
- Beeckman D., Vanderwee K., Demarré L., Paquay L., Van Hecke A. & Defloor T. (2010a). Pressure ulcer prevention: Development and psychometric validation of a knowledge assessment instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 399-410.

- Beeckman D., Defloor T., Demarré L., Van Hecke A. & Vanderwee K. (2010b). Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1432–1441. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.004.
- Berry, L. (2013). Dementia care in hospitals still poor. *Nursing Older People*, 25(7), 7-7. doi: 10.7748/nop2013.09.25.7.7.s6
- Boltz, M. (2010). *The Geriatric Nurse Practice Environment*. New York: New York University. Division of Nursing. John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing.
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., . . . Fulmer, T. (2008a). Changes in the Geriatric Care Environment Associated with NICHE (Nurses Improving Care for HealthSystem Elders). *Geriatric Nursing*, 29(3), 176-185. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.02.002
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar-Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., . . . Fulmer, T. (2008b). Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *Journal Nursing Scholarship*, 40(3), 282-289. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00239.x
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2009). Test-retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile. *Clinical Nursing Research*, 18(3), 242-252. doi: 10.1177/1054773809338555
- Boltz, M., Capezuti, E., Kim, H., Fairchild, S., & Secic, M. (2010). Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. *Research in Gerontological Nursing* 3(2), 126-134. doi: 10.3928/19404921-20091207-98
- Boltz, M., Capezuti, E., & Shabbat, N. (2010). Building a framework for a geriatric acute care model. *Leadership in Health Services*, 23(4), 334 - 360. doi: 10.1108/17511871011079029
- Boltz, M., Capezuti, E., Wagner, L., Rosenberg, M. C., & Secic, M. (2013). Patient safety in medical-surgical units: can nurse certification make a difference? *Medsurgical Nursing*, 22(1), 26-32.

- Boltz, M., Capezuti, E., Zwicker, D., & Fulmer, T. (2012). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (4 th ed.)* (4rd ed.). New York: Springer Pub.
- Boockvar, K., & Vladeck, B. C. (2004). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*, 52(2), 855-856.
- Bowles, K. H., Naylor, M. D., & Foust, J. B. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *J Am Geriatr Soc*, 50(2), 336-342.
- Bowles, K. H., Ratcliffe, S. J., Holmes, J. H., Liberatore, M., Nydick, R., & Naylor, M. D. (2008). Post-acute referral decisions made by multidisciplinary experts compared to hospital clinicians and the patients' 12-week outcomes. *Medical Care*, 46(2), 158-166.
- Büscher, A., Sivertsen, B., & White, J. (2010). *Nurses and Midwives: A force for health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Callahan, C. M., Boustani, M. A., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Damush, T. M., Perkins, A. J., . . . Hendrie, H. C. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *Journal of American Medicine Association*, 295(18), 2148-2157.
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., . . . Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117-3125.
- Capezuti, E., Boltz, M., Shuluk, J., Denysyk, L., Brouwer, J., Roberts, M., . . . Secic, M. (2013). Utilization of a Benchmarking Database to Inform NICHE Implementation. *Research in Gerontological Nursing*, 13, 1-11.
- Capezuti, E., & Brush, B. L. (2009). Implementing geriatric care models: what are we waiting for? *Geriatric Nursing*, 30(3), 204-206. doi: 10.1016/j.gerinurse.2009.03.003
- Cardoso, A. (2012). *Resultados dos cuidados de enfermagem em serviços de agudos de um hospital*. (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde), Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Cline, D. (2012). *A Mixed Method Study Exploring the Nurse Work Environment and Perceived Quality of Geriatric Care in Rural Hospitals* (Doctoral), New York University, New York.
- Cline, D., Rosenberg, M., Kovner, C., & Brewer, C. (2011). Early career RNs' perceptions of quality care in the hospital setting. *Quality of Health Research, 21*(5), 673-682.
- Codier, E., Kooker, B. M., & Shoultz, J. (2008). Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses: an approach for improving the clinical care environment. *Nursing Administration Quarterly, 32*(1), 8-14.
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(4), 556-557. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x
- Conedera, F., & Beckwith, J. (2006). Changing dementia care in a hospital system: The providence Milwaukie experience. In S. N. & M. K. (Eds.), *Improving hospital care for persons with dementia* (pp. 119-138). New York: Springer.
- Costa, A. (2006a). *Cuidar Idosos [Older adults care]*. Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- Costa, A. (2006b). Cuidados de Enfermagem aos idosos. Percursos de formação e de Investigação [Nursing care of older adults. Training course and research] In P. Constança & F. António (Eds.), *Envelhecer em Portugal [Ageing in Portugal]* (pp. 255-278). Lisboa: Climepsi.
- Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*(7), 1-9.
- Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International Journal of Nursing Practice, 6*(2), 62-69. doi: 10.1046/j.1440-172x.2000.00192.x
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Kresevic, D. M., Kahana, E., Counsell, S. R., Fortinsky, R. H., & Landefeld, C. S. (1998). Improving functional outcomes in older patients: lessons from an acute care for elders unit. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 24*(2), 63-76.

- Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, C. B. (2011). Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *Journal of the American Medical Association*, 306(16), 1782-1793.
- Cowdell, F. (2010). The care of older people with dementia in acute hospitals. *Internacional Journal of Older People Nursing*, 5(2), 83-92.
- De Gieter, S., De Cooman, R., Pepermans, R., Caers, R., Du Bois, C., & Jegers, M. (2006). Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium. *Human Resources for Health*, 4(1), 15.
- De Gieter, S., De Cooman, R., Pepermans, R., & Jegers, M. (2010). The Psychological Reward Satisfaction Scale: developing and psychometric testing two refined subscales for nurses. *J Adv Nurs*, 66(4), 911-922.
- Demir, A. (2007). Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 38-45.
- Denton, M., Zeytinoglu, I. U., Davies, S., & Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *Internacional Journal of Health Services*, 32(2), 327-357.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Morbilidade Hospitalar – Serviço Nacional de Saúde - 2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrived 2 Abril, 2013, from: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Djukic, M., Kovner, C., Brewer, C., Fatehi, F., & Cline, D. (2013). Work environment factors other than staffing associated with nurses' ratings of patient care quality. *Health Care Management Review*, 38(2), 105-114.
- Dunton, J., Montalvo, I., & Dunton, N. (2011). *NDNQI case studies in nursing quality improvement*. Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Duxbury, J. (1994). An investigation into primary nursing and its effect upon the nursing attitudes about and administration of prn night sedation. *Journal of Advance Nursing*, 19(5), 923-931.

- Edberg, A. K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health, 12*(2), 236-243.
- Ermida, J. G. (1999). Assistência ao idoso em Portugal. *Revista Geriátrica, 12*(118), 5-9.
- Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B. I., Oginska, H., Camerino, D., Le Nezet, O., Conway, P. M., . . . Hasselhorn, H. M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care, 45*(10), 939-950.
- Fakih, M. G., Rey, J. E., Pena, M. E., Szpunar, S., & Saravolatz, L. D. (2013). Sustained reductions in urinary catheter use over 5 years: bedside nurses view themselves responsible for evaluation of catheter necessity. *American Journal of Infection Control, 41*(3), 236-239.
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). Physical restriction of mobility – a study of the various aspects of its use for therapeutic purposes. *Revista de Enfermagem Referência, 6*(III Série), 7-16.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosos: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In R. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto.
- Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *Journal of American Geriatric Society, 50*(10), 1723-1732.
- Finch-Guthrie, P., Schumacher, S., & Edinger, G. (2006). A NICHE delirium prevention project for hospitalized elders. In N. Silverstein & K. Maslow (Eds.), *Improving hospital care for persons with dementia* (pp. 139-166). New York: Springer.
- Finn, C. P. (2001). Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies, 38*(3), 349-357.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento - Uma abordagem psicológica* (2th ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research, 43*(4), 1145-1163.
- Fulmer, T., Mezey, M., Bottrell, M., Abraham, I., Sazant, J., Grossman, S., & Grisham, E. (2002). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatric Nursing, 23*(3), 121-127.
- Golden, A. G., Tewary, S., Dang, S., & Roos, B. A. (2010). Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist, 50*(4), 451-458.
- Guthrie, P. F., Edinger, G., & Schumacher, S. (2002). TWICE: A NICHE program at North Memorial Health Care. *Geriatric Nursing, 23*(3), 133-138.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Hamers, J. P., Meyer, G., Kopke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 46*(2), 248-255.
- Harless, D. W., & Mark, B. A. (2010). Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care, 48*(7), 659-663.
- Heise, B. A., Johnsen, V., Himes, D., & Wing, D. (2012). Developing positive attitudes toward geriatric nursing among Millennials and Generation Xers. *Nursing Education Perspectives, 33*(3), 156-161.
- Henderson, J. S., & Kashka, M. S. (1999). Development and testing of the Urinary Incontinence Scales. *International Journal of Urological Nursing, 19*(2), 109-119.
- Higgins, I., Fiveash, B., Parker, V., Lay, J., Rutter, S., & Wamsley, R. (1999). The experiences of elderly people during acute hospitalization. *Geriatrics, 15*(1), 13-19.
- Higgins, I., Van Der Riet, P., Slater, L., & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: a qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse 26*(2), 225-237.

- Hinno, S., Partanen, P., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58(2), 255-262.
- Hinno, S., Partanen, P., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 133-143.
- Hogston, R. (1995). Quality nursing care: a qualitative enquiry. *J Adv Nurs*, 21(1), 116-124.
- Huang, H. T., Chuang, Y. H., & Chiang, K. F. (2009). Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *Journal of Nursing Research*, 17(4), 241-248.
- Iliopoulou, K. K., & While, A. E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advance Nursing*, 66(11), 2520-2531.
- Internacional Council of Nurses (2007). *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*. Geneva: Internacional Council of Nurses.
- Inouye, S., Bogardus, S. T., Baker, D. I., Leo-Summers, L., & Cooney, L. M. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1697-1706.
- Inouye, S., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
- Johnson, C. (2009). Bad blood: doctor-nurse behavior problems impact patient care. *Physician Executive Journal*, 35(6), 6-11.
- Kahn, J. (2006). Factor analysis in counse-ling psychology - Research, training, and practice: Principles, advances and applications. *The Counseling Psychologist* 34(5), 684-718.

- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.
- Kihlgren, A. L., Nilsson, M., & Sorlie, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department -- emergency nurses' reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 601-608.
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., & Fairchild, S. (2009). The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West Journal of Nursing Research*, 31(4), 480-495. doi: 10.1177/0193945909331429
- Kim, H., Capezuti, E., Boltz, M., Fairchild, S., Fulmer, T., & Mezey, M. (2007). Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nursing Research*, 56(5), 339-347. doi: 10.1097/01.NNR.0000289500.37661.aa
- Kottner, J., Audige, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hrobjartsson, A., . . . Streiner, D. L. (2011). Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 96-106.
- Kottner, J., & Streiner, D. L. (2010). Internal consistency and Cronbach's alpha: A comment on Beeckman et al. (2010). *Internacional Journal of Nursing Studies*, 47(7), 926-928.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fairchild, S., Poornima, S., Kim, H., & Djukic, M. (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *American Journal of Nursing*, 107(9), 58-70.
- Kristensen, T. S. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(6), 550-557.
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. . *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Res Rev*, 64(2 Suppl), 104S-122S.

- Latham, C. L., Hogan, M., & Ringl, K. (2008). Nurses supporting nurses: creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 27-39.
- Lee, V. K., & Fletcher, K. R. (2002). Sustaining the Geriatric Resource Nurse Model at the University of Virginia. *Geriatric Nursing*, 23(3), 128-132.
- Leff, B., Spragens, L. H., Morano, B., Powell, J., Bickert, T., Bond, C., . . . Siu, A. L. (2012). Rapid reengineering of acute medical care for Medicare beneficiaries: the Medicare innovations collaborative. *Health Affairs*, 31(6), 1204-1215.
- Lewin, G., Carville, K., N, N., Phillipson, M., Smith, J., & Prentice, J. (2003). Determining the effectiveness of implementing the AWMA Guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers, in Silver Chain - a large home care agency. Stage 1: baseline measurement. *Primary Intention*, 11(2), 57-72.
- Lopez, M., Delmore, B., Ake, J. M., Kim, Y. R., Golden, P., Bier, J., & Fulmer, T. (2002). Implementing a geriatric resource nurse model. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 577-585.
- Loureiro, R., Ferreira, M., & Duarte, J. (2008). Questionário de Liderança em Enfermagem (QLE). *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 67-77.
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, 24(1), 22-26.
- Malone, M. L., Vollbrecht, M., Stephenson, J., Burke, L., Pagel, P., & Goodwin, J. S. (2010). Acute Care for Elders (ACE) Tracker and e-Geriatrician: Methods to Disseminate ACE Concepts to Hospitals with No Geriatricians on Staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 161-167. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02624.x
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 685-690.
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 3.

- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care, 51*(5), 382-388.
- McKenzie, J. L., Balndford, A. A., Menec, V. H., Boltz, M., & Capezuti, E. (2011). Hospital nurses' perceptions of the Geriatric Care Environment in one Canadian Health Care Region. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(2), 181-187.
- Mellor, P., Chew, D., & Greenhill, J. (2007). Nurses' attitudes toward elderly people and knowledge of gerontic care in a mult-purpose health service (MPHS). *Australian Journal of Advance Nursing, 24*(4), 37-41.
- Mezey, M., Capezuti, E., & Fulmer, T. (2004). Care of older adults. *Nursing Clinics of North America, 39*(3), xiii-xx.
- Mezey, M., Quinlan, E., Fairchild, S., & Vezina, M. (2006). Geriatric competencies for RNs in hospitals. *Journal of Nurses in Staff Development, 22*(1), 2-10.
- Moore, Z., & Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing, 13*(8), 942-951.
- Mrayyan, M. T. (2004). Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing, 45*(3), 326-336. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02893.x.
- Nauert, R. (2008). Job Stress Reduces Geriatric Nurse Workforce. *Psych Central*. Retrieved 15 de Maio, 2013, from: <http://psychcentral.com/news/2008/12/01/job-stress-reduces-geriatric-nurse-workforce/3423.html>
- Naylor, M., & Keating, S. A. (2008). Transitional care. *American Journal of Nursing, 108*(9 Suppl), 58-63.
- Naylor, M. D. (2002). Transitional care of older adults. *Annual Review of Nursing Research, 20*, 127-147.
- Naylor, M. D., & Sochalski, J. A. (2010). Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. *Issue Brief, 103*, 1-12.
- Neves, H., Silva, A., & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência, Série 3*(3), 105-112.

- Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S., Gregersen, S., Dulon, M., & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health, 10*(1), 1-12. doi: 10.1186/1471-2458-10-428
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de posição*. Retrieved 12 de Setembro, 2012, from http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Retrieved 12 de Fevereiro, 2013, from: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de Competências Comuns e ESPECÍFICAS do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011). *Health at a Glance 2011*: OECD Publishing.
- Oyetunde, O., Ojo, O., & Ojewale, L. (2013). Nurses' attitude towards the care of the elderly: Implications for gerontological nursing training. *Journal of Nursing Education and Practice, 3*(7), 151-158.
- Pfaff, J. (2002). The Geriatric Resource Nurse Model: a culture change. *Geriatric Nursing, 23*(3), 140-144.
- Polit, D., & Beck, T. (2009). *Nursing Research: Principles and Methods* (9 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poole, J., & Mott, S. (2003). Agitated older patients: Nurses' perceptions and reality. *International Journal of Nursing Practice, 9*(5), 306-312. doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00435.x.
- Potempa, K., & Mezey, M. (2010). Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults. New York: The American Association of Colleges of Nursing and Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University College of Nursing.

- Pursey, A., & Luker, K. (1995). Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 547-555.
- Resnick, B. (2013). When Will We Ever Learn the Benefits of Teams? *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 1019-1021. doi: 10.1111/jgs.12272
- Reuben, D. B., Ganz, D. A., Roth, C. P., McCreath, H. E., Ramirez, K. D., & Wenger, N. S. (2013). Effect of Nurse Practitioner Comanagement on the Care of Geriatric Conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(6), 857-867. doi: 10.1111/jgs.12268.
- RN Work Project (2011). Welcome to the RN Work Project. Retrieved from: <http://www.rnworkproject.org/>.
- Robinson, S., & Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 40-47.
- Roethler, C., Adelman, T., & Parsons, V. (2011). Assessing emergency nurses' geriatric knowledge and perceptions of their geriatric care. *Journal of Emergency Nursing*, 37(2), 132-137.
- Saltvedt, I., Jordhoy, M., Opdahl Mo, E. S., Fayers, P., Kaasa, S., & Sletvold, O. (2006). Randomised trial of in-hospital geriatric intervention: impact on function and morale. *Gerontology*, 52(4), 223-230.
- Saxer, S., de Bie, R. A., Dassen, T., & Halfens, R. J. G. (2008). Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse education today*, 28(8), 926-934.
- Schalk, D. M., Bijl, M. L., Halfens, R. J., Hollands, L., & Cummings, G. G. (2010). Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implementation Science*, 5(1), 34.
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nurse*, 29(1), 74-83. doi: 10.4037/ccn2009436
- Shirey, M. R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 256-267.
- Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships: Improving or not? *Nursing*, 37(1), 52 - 55.

- Skar, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 19*(15-16), 2226-2234.
- Special Senate Committee on Aging (2009). *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity: Final Report*. Ottawa, Canada: The Senate.
- Spinewine, A., Swine, C., Dhillon, S., Lambert, P., Nacheva, J. B., Wilmotte, L., & Tulken, P. M. (2007). Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(5), 658-665.
- Swager, K., & Tomlin, C. (2002). Best care for the elderly at Forsyth Medical Center. *Geriatric Nursing, 23*(3), 145-150.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Thornlow, D. K., Auerhahn, C., & Stanley, J. (2006). A necessity not a luxury: preparing advanced practice nurses to care for older adults. *Journal of Professional Nursing, 22*(2), 116-122.
- Tullmann, D., Mion, L., Fletcher, K., & Foreman, P. (2011). Delirium: prevention, early recognition and treatment. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (Fourth Edition ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Turner, J. T., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K., & Barton, D. (2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(3), 8-18.
- Upenieks, V. V. (2003a). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Management, 22*(2), 83-98.
- Upenieks, V. V. (2003b). What constitutes effective leadership? Perceptions of magnet and nonmagnet nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 33*(9), 456-467.
- Uphold, C. R. (2012). Transitional Care for Older Adults: The Need for New Approaches to Support Family Caregivers. *Journal of Gerontology & Geriatric Research, 1*(2), 1:e107. doi: 10.4172/jggr.1000e107

- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing, 19*(11-12), 1664-1674.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies, 46*(1), 55-65
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Van de Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing, 65*(10), 2175-2185.
- Vidinha, T., Amaral, A., & Cardoso, A. (2013). *Nurses' perception of Care Practice Environment in Portugal*. Paper presented at the 24th International Nursing Research Congress, Prague, Czech Republic.
- Wallace, M., Greiner, P., Grossman, S., Lange, J., & Lippman, D. T. (2006). Development, implementation, and evaluation of a geriatric nurse education program. *Journal of Continuing Education in Nursing, 37*(5), 214-217.
- Wells, Y., Foreman, P., Gething, L., & Petralia, W. (2004). Nurses' attitudes toward aging and older adults-examining attitudes and practices among health services providers in Australia. *Journal of Gerontological Nursing, 30*(9), 5-13.
- Wendel, V. I., Durso, S. C., Cayea, D., Arbaje, A. I., & Tanner, E. (2010). Implementing staff nurse geriatric education in the acute hospital setting. *Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 19*(5), 274-280.
- Williams, A. M. (1998). The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing, 27*(4), 808-816.
- Winck, D. R., & Brüggemann, O. M. (2010). Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. *Revista Brasileira de Enfermagem, 63*, 464-469.
- Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale development research. A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist, 34*(6), 806-838.

- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health, 30*(4), 445-458.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist, 1*(1), 96-105.