

SATISFAÇÃO: UM CONCEITO BASEADO NA FUNCIONALIDADE E NA QUALIDADE DE VIDA, INTEGRADO NUM SISTEMA DE DESEMPENHO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

2^a Edição

Margarida Goes

Henrique Oliveira

Helena Martins

Margarida Santos

EDITORIAL IPBEJA

Ficha Técnica

Título: Satisfação: Um Conceito Baseado na Funcionalidade e na Qualidade de Vida, Integrado num Sistema de Desempenho de Cuidados de Enfermagem (2^a Edição)

Autores:

Margarida Goes (mgoes@uevora.pt)

Henrique Oliveira (hjmo@lx.it.pt, hjmo@ipbeja.pt)

Helena Martins (hsgm333@gmail.com)

Margarida Santos (margaridasgs@hotmail.com)

Instituição:

Instituto Politécnico de Beja

Rua Pedro Soares

Apartado 6155

7800-295 Beja - Portugal

Telefone: +351 284 314 400

Fax: +351 284 326 824

<http://www.ipbeja.pt>

Editor: Instituto Politécnico de Beja

ISBN: 978-989-8008-79-4

Data: Dezembro de 2025

NOTA PRÉVIA

Este texto possui o objetivo de dar a conhecer como é possível operacionalizar o indicador de resultado *satisfação do paciente*, indicador este que consegue capturar os três domínios do sistema de enfermagem com os sete objetivos da qualidade melhorias para os sistemas de saúde propostos por Dubois e Donabedian. A obtenção de bons resultados, são fruto de uma boa estrutura e de uma utilização adequada dos processos. Os indicadores de resultado dizem-nos o estado de arte de determinados padrões num determinado local, refletindo a dimensão de determinado problema de saúde.

A Enfermagem é uma profissão ao serviço de uma política de saúde, que pode e deve contribuir para o desenho de novas intervenções. Os enfermeiros são um recurso de saúde imprescindível na evolução de processos adaptativos a novas condições de saúde das pessoas, pelo que subsiste uma necessidade de um melhor planeamento do modelo dos cuidados de enfermagem, com vista à realização de intervenções mais rigorosas, com resultados mais efetivos, que contribuam para a optimização, recapacitação e autonomia das pessoas idosas.

Apesar da influência considerável das intervenções de enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde, a medição da qualidade dos cuidados de enfermagem e dos seus efeitos nos resultados dos pacientes e nos sistemas de saúde, continua a ser um desafio. Os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são os critérios para mudanças no estado de saúde de uma pessoa que os cuidados de enfermagem podem afetar diretamente e formam a base para a monitorização da qualidade desses cuidados. São, por isso mesmo, cruciais para a elevar os padrões de qualidade da profissão de enfermagem ao mais alto nível científico, na medida em que permitem padronizar a linguagem usada para demonstrar evidências da qualidade dos cuidados e, simultaneamente, porque fornecem uma base empírica para que as organizações de saúde quantifiquem, avaliem e melhorem a qualidade desses cuidados em determinados contextos e populações específicas, como é o caso das pessoas com 65 e mais anos de idade.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	ENVELHECIMENTO	1
1.2.	A “SATISFAÇÃO” COM OS CUIDADOS	3
2.	OBJETIVOS	8
3.	METODOLOGIA DE ANÁLISE	9
3.1.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	9
3.2.	SUJEITOS E AMOSTRA.....	9
3.3.	PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	11
4.	RESULTADOS	14
4.1.	A FUNCIONALIDADE MANIFESTA-SE NA QdV?	14
4.2.	MODELO PARA O CÁLCULO DO SCORE DE “SATISFAÇÃO”	17
4.3.	SCORES DE “FUNC”, “QdV” E “SATISFAÇÃO”	21
5.	DISCUSSÃO	25
6.	CONCLUSÕES.....	29
	BIBLIOGRAFIA.....	31

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento

As diversas organizações/instituições, quer nacionais, quer internacionais, como por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial (BM), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE), o Instituto Nacional de Estatística (INE), a PORDATA, entre outras, têm mostrado ao mundo que a população está a envelhecer, um fenómeno que vai continuar a manter-se, pelo menos, nos próximos 30 a 40 anos ([INE, 2017](#)).

Este fenómeno do envelhecimento da população está inserido no fenómeno de transição demográfica ([Nazareth, 2004](#)), que se caracteriza fundamentalmente: (i) pela diminuição da mortalidade na população jovem; (ii) pelo aumento da esperança média de vida e; (iii) pela substituição das doenças transmissíveis pelas doenças crónicas (fenómeno denominado por transição epidemiológica). Portanto, a população está e vai continuar a passar de um modelo de níveis elevados de mortalidade e fecundidade, para níveis baixos de ambos os fenómenos, em paralelo com o aumento da morbilidade na população idosa.

O envelhecimento contemporâneo influencia o desenvolvimento da sociedade, bem como o planeamento da assistência à saúde. O aumento das doenças crónicas incrementa uma maior procura dos cuidados de saúde, cuja utilização depende da disponibilidade dos recursos e acessibilidade aos mesmos. Por outro lado, muitas das condições crónicas, múltiplas e complexas, exigem cuidados prolongados, o que tem vindo a contribuir, entre outros aspectos, para o incremento dos custos com a saúde. Estamos, assim, perante

uma nova realidade, com repercuções nos mais diversos níveis da sociedade. No que concerne ao sistema de saúde, este precisa estar preparado do ponto de vista conceptual, organizacional e logístico, para dar resposta à procura crescente de cuidados de uma população com características diferentes ([Lopes et al., 2013](#)).

Pelo exposto, surgem algumas questões:

- 1) De que forma é que as doenças crónicas interferem com a capacidade que a pessoa idosa tem de cuidar de si própria?
- 2) Em que dimensões da sua vida as pessoas idosas precisam de ajuda?
- 3) Como devem ser avaliadas e implementadas as necessidades de cuidados às pessoas idosas?
- 4) Devemo-nos centrar nas doenças e incapacidades, ou nas capacidades remanescentes das pessoas idosas, para responder às suas necessidades no contexto onde elas vivem?

De acordo com os autores [Pereira, Ferreira, et al. \(2012, p. 231\)](#), e passando a citar: “*A OMS afirma ainda que o Enfermeiro é aquele que, pela formação específica que detém, está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas e mobilizar os recursos internos e externos, tendo em conta as expectativas dos utentes e a adequação e a rentabilização dos meios*”. Os enfermeiros são competentes na promoção da articulação de cuidados com os diversos profissionais de saúde e com outros sectores e recursos existentes na comunidade, dado o seu conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública. A enfermagem é uma profissão ao serviço de uma política de saúde, que pode contribuir para o desenho de novas intervenções ([Lopes et al., 2010](#)), por exemplo, numa lógica de deslocar os cuidados de saúde para o contexto onde as pessoas

vivem, propondo intervenções que viabilizem a implementação de uma rede de cuidados de proximidade, permitindo que os idosos envelheçam com a qualidade (de)vida e vivam em suas casas.

A Enfermagem é vista como uma disciplina capaz de contribuir, claramente, para um sistema de prestação de cuidados de saúde proficiente, na melhoria do estado de saúde das pessoas, pois tem como padrões de qualidade: a organização de serviços; conceitos teóricos para guiar a prática; recolha de dados; diagnóstico de enfermagem; planeamento e continuidade no cuidado; intervenção, avaliação; colaboração multiprofissional; pesquisa; ética e desenvolvimento profissional ([Quintana et al., 2014](#)).

O cuidado de enfermagem à pessoa idosa tem evidenciado um claro impacto ao nível dos ganhos em saúde, revelando-se importante, quer na manutenção/obtenção de estilos de vida saudáveis, quer em situação de doença, conduzindo tanto à promoção da independência, bem como à melhoria da qualidade de vida em saúde. A enfermagem pode contribuir para que as pessoas tenham condições para prolongar, ao máximo, a sua condição de saúde, colocando a pessoa no centro da atividade do sistema de saúde.

1.2. A “Satisfação” com os cuidados

O envelhecimento da população não é “um problema”, muito pelo contrário, reflete a imensa capacidade do desenvolvimento humano *a pari passu* com o desenvolvimento científico e tecnológico. Todavia, tem de ter-se em consideração a maneira factual como decorre a sequência dos acontecimentos inerentes ao desenvolvimento humano com o avançar da idade, onde a simbiose de ganhos e perdas constitui uma relação que nem sempre é positiva. [Correia et al. \(2018\)](#) referem no seu estudo intitulado

“Desigualdades sociais na saúde, um olhar comparativo e compreensivo”, que viver mais não significa necessariamente viver com boa saúde e que a desigualdade em saúde tem vindo a agravar-se nos últimos anos em Portugal, ficando a média nacional de mais seis anos de boa saúde depois dos 65, independentemente do sexo e idade, enquanto a Suécia e a Dinamarca têm mais doze quando comparados aos anos de vida saudável, o que o deixa mais próximo dos países de Leste. Referem também que estas diferenças agravaram-se nos últimos anos, visto que: *“O problema é que internamente há muitas assimetrias. Se pegarmos em indicadores mais finos, mais sensíveis à qualidade de vida das pessoas, como o rendimento a escolaridade e o acesso a cuidados de saúde, percebemos que têm impacto nos anos de vida saudável. Podemos estar a viver muito, até acima da média da Europa a 28, mas não estamos necessariamente a viver melhor.”* ([Correia et al., 2018](#)).

Preconizado por todas as entidades mundiais, espera-se que os indivíduos sejam coprodutores dos seus projetos de vida e assumam a responsabilidade pela realização do seu bem-estar e pela gestão da sua saúde. Porém, a [OMS \(2008\)](#) reconhece a inadequabilidade dos serviços de saúde para cuidar das pessoas com estas características, assumindo como desafio a necessidade de prestar cuidados inovadores, o que implica uma mudança de paradigma. Indubitavelmente são colocados desafios aos profissionais de saúde, cujo campo de atuação ainda está assente num modelo orientado maioritariamente para a doença, o que se tem revelado em cuidados frequentemente desajustados.

“Se pretendemos uma evolução paradigmática de utente-consumidor a cidadão corresponsável, deverá existir uma conjugação do conceito de coprodução, das estratégias locais de saúde e da incorporação das tecnologias de informação e comunicação” ([Lopes, 2017](#)).

Como orientações de atuação, a OMS preconiza que devem ser desenvolvidas estratégias e planos na construção de contextos favoráveis e facilitadores de um envelhecimento, que proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças que lhe estão inerentes, de modo a possibilitar às pessoas idosas alongarem ao máximo a sua independência e autonomia em trajetórias positivas de envelhecimento. Não se trata da ausência de doenças, mas “*do desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional*” (ter as capacidades que permitem que todas as pessoas sejam e façam o que têm razões para valorizar), permitindo o bem-estar na idade avançada ([OMS, 2015](#)).

Os enfermeiros constituem-se como uma referência e uma mais-valia para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Sistema de Saúde, e evidenciam uma conduta ética, conhecimento e qualidade técnica que se traduzam em ganhos em saúde para a população. A “*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” ([Ordem dos Enfermeiros, 1998](#)).

Face a estas evidências, perspetiva-se o aumento de necessidades de cuidados de enfermagem por parte das pessoas com mais multimorbilidade. Adota-se o conceito de “necessidades” proposto por [Rosa e Basto \(2009\)](#), considerando-o como central na determinação dos cuidados necessários, à pessoa cuidada: “*qualquer que seja o conceito em que é utilizado o termo “necessidades”, defende-se que se relevem os recursos da pessoa e do contexto, a identificação da transição em que se encontra e as formas de olhar a pessoa como um ser complexo e total*”.

Embora seja notório o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e disciplina, ainda parece predominar o paradigma biomédico pois “*há dificuldades ... em introduzir aspectos característicos dos modelos expostos que emergiram do desenvolvimento disciplinar da Enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais*” ([Silva e Vieira, 2011](#)), o que não responde às efetivas necessidades da pessoa-cliente e não está em consonância com o que a evidência científica mais atual sugere. Num estudo realizado por [Sousa et al. \(2015\)](#), que teve como objetivo analisar as práticas de Enfermagem à pessoa com multimorbilidade, foram identificados obstáculos a uma abordagem centrada no cliente, que podem estar relacionados com próprio cliente, com a organização dos cuidados, com a equipa de saúde e com aspectos inerentes à própria prática. Relativamente às variáveis que se constituíam obstáculo, foram os aspectos volitivos (a adaptação, as crenças, as expectativas, percepção e significados), os considerados como os focos de atenção mais desafiantes à intervenção dos enfermeiros neste estudo. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, preconiza uma mudança para um modelo de cuidados centrados na pessoa com recurso a uma abordagem personalizada e que dê resposta às suas necessidades, visando reconhecer a sua singularidade ao respeitar os seus valores e crenças, e responder às necessidades e preferências individuais ([Poochikian-Sarkissian et al., 2008](#)).

Suposições sobre a contribuição da enfermagem para o cuidado, devem ser substituídas por evidências empíricas acerca das contribuições reais da profissão de enfermagem para o cuidado e, a satisfação do cliente, é um imprescindível indicador da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, que reflete a qualidade de resposta às necessidades do cliente ([Ordem dos Enfermeiros, 2001](#)).

“O utente não deve ser apenas um espetador relativamente aos serviços e cuidados de saúde que lhe são disponibilizados. Uma atitude desta natureza vai contra os princípios e a filosofia emanados da Conferência de Alma Ata, que preconiza o direito e o dever de os povos participarem no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde. Assim sendo, e considerando o utente como parceiro na saúde, é necessário avaliar a sua satisfação relativamente aos cuidados que recebe nos serviços de saúde.” ([Mendes et al., 2013](#))

2. OBJETIVOS

Propõe-se, como objetivo geral do estudo aqui apresentado, operacionalizar uma medida de avaliação de desempenho dos cuidados de enfermagem, conceitualizada no *Nursing Care Performance Framework* (NCPF) de [Dubois et al. \(2013\)](#). Consequentemente infere-se que tipo de relação existe ao nível da dimensão “*resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem*”, entre as variáveis de resultado “Func” (baseada no estudo da Funcionalidade das pessoas, que foi desenvolvido por [Goes et al. \(2020\)](#); [Goes e Oliveira \(2022a\)](#)) e “QdV” (baseada no estudo da qualidade de vida das pessoas, que foi desenvolvido por [Goes et al. \(2021\)](#); [Goes e Oliveira \(2022b\)](#)) com a variável resultado designada por “Satisfação”.

Como hipóteses de estudo, estabelecem-se as seguintes, em que β é considerado o peso (coeficiente) estandardizado da regressão:

- 1) A Funcionalidade manifesta-se na QdV?

Estabelece-se a seguinte hipótese nula e alternativa:

$$H_0: \beta_{(QdV, Func)} = 0 \text{ vs } H_1: \beta_{(QdV, Func)} \neq 0$$

- 2) a) A Satisfação manifesta-se na Funcionalidade?

b) A Satisfação manifesta-se na QdV?

Estabelecem-se as seguintes hipóteses, respetivamente:

$$H_0: \beta_{(Func, Sat)} = 0 \text{ vs } H_1: \beta_{(Func, Sat)} \neq 0$$

$$H_0: \beta_{(QdV, Sat)} = 0 \text{ vs } H_1: \beta_{(QdV, Sat)} \neq 0$$

3. METODOLOGIA DE ANÁLISE

No desenvolvimento dos objetivos traçados na introdução deste texto, adotaram-se diversos procedimentos que permitiram operacionalizar uma variável, aqui designada por “**Satisfação**”, inserida no NCPF de [Dubois et al. \(2013\)](#), a partir do estudo da Funcionalidade e Qualidade de Vida (QdV) das pessoas.

3.1. Considerações Éticas

A Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo ([CE-ULSBA, 2019](#)), foi o comité institucional que aprovou o protocolo do estudo desenvolvido, incluindo a sua estrutura e como ele foi realizado, bem como a forma como as entrevistas foram conduzidas, para além da elaboração do consentimento informado e o modo como ele foi apresentado a cada entrevistado. Foram seguidas todas as indicações incluídas no regulamento de funcionamento da CE-ULSBA, disponível na respetiva página web ([CE-ULSBA\(a\), 2019](#)), cujo documento foi desenvolvido sob a declaração de Helsínquia, com o objetivo de proteger a dignidade, a privacidade e a liberdade dos participantes do presente estudo ([CE-ULSBA\(b\), 2019](#)).

3.2. Sujeitos e Amostra

O Alentejo é a região que se caracteriza como a mais envelhecida do país e considerada como a que apresenta a maior redução de população. Epidemiologicamente, as estimativas do envelhecimento da população enunciam um cenário agravado, que condiciona seriamente a comunitariamente necessária renovação/reposição de gerações ([Amado e Neves, 1992](#)). O Baixo Alentejo, uma das quatro

sub-regiões estatísticas da região Alentejo, foi a escolhida, por ser o ‘palco da atuação’ dos autores deste texto como Docentes do Instituto Politécnico de Beja.

Todos os procedimentos relativos à aquisição de dados centraram-se na análise da população residente na Região do Baixo Alentejo (RBA), com 65 anos ou mais, que estava registada na base de dados da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA). O tamanho da amostra foi calculado utilizando o formulário proposto por ([Scheaffer et al., 2012](#)), estratificada por género (masculino e feminino) e faixa etária (65 a 74, 75 a 84 e 85 ou mais anos), adotando a alocação ótima de Neyman, com base no total de pessoas idosas listadas na base de dados ULSBA, cujo total era de 32893. O tamanho da amostra resultou em 470 idosos, que foram selecionados aleatoriamente a partir da já mencionada base de dados.

Os critérios de inclusão adotados foram, cumulativamente: (i) ter idade igual ou superior a 65 anos; (ii) ter o desejo/interesse em participar no estudo; (iii) residir na RBA, em sua própria casa ou na casa de familiares ou de amigos e; (iv) apresentar boas condições a nível da função mental, mesmo em caso de se encontrar episodicamente hospitalizado. A amostra final (aleatória), incluiu 351 pessoas, que, cumulativamente, atenderam a todos os critérios de inclusão, assinaram o respetivo termo de consentimento informado e responderam a todas as perguntas do instrumento ENCS31.

Os dados relativos à Funcionalidade e à QdV foram obtidos em contexto idêntico, isto é, nas residências das pessoas pelas mesmas equipas de profissionais de saúde da ULSBA que procederam à aplicação do ENCS31 ([Goes et al., 2020; Goes e Oliveira, 2022a](#)) e do WHOQOL-BREF ([Goes et al., 2021; Goes e Oliveira, 2022b](#)), utilizando a metodologia de entrevista estruturada. É de salientar

que não se registou nenhum caso de episódio agudo de saúde que tivesse requerido a recolha de dados em ambiente hospitalar.

Aquando das entrevistas, cada profissional de saúde apresentou o respetivo consentimento informado ao inquirido e sua família. Durante esse período, o documento foi lido integralmente pelo próprio, ou pelo profissional de saúde, em caso de algum constrangimento do primeiro (por exemplo: não saber ler). As informações sobre os objetivos do estudo foram totalmente fornecidas aos inquiridos e suas famílias, e informados da confidencialidade e anonimato dos dados. O tempo de realização das entrevistas foi de 30 a 45 minutos, dependendo das dificuldades apresentadas pelos inquiridos, sendo iniciadas após os próprios manifestarem a sua total concordância em participar no estudo e assinarem livremente o consentimento informado. Foram ainda informados da possibilidade de desistência, em qualquer momento, e da destruição de todos os dados recolhidos.

3.3. Procedimentos estatísticos

As amostras de Funcionalidade ([Goes et al., 2021; Goes e Oliveira, 2022a](#)) e de QdV ([Goes et al., 2020; Goes e Oliveira, 2022b](#)) são consideradas amostras paralelas, pois foram obtidas num mesmo momento de contacto com o entrevistado.

A Figura 1 mostra as relações que se estabeleceram entre quatro dimensões do modelo de [Dubois et al. \(2013\)](#) que integram o bloco dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (lado esquerdo da figura), com os conceitos desenvolvidos nos estudos em [Goes e Oliveira \(2022a, 2022b\)](#), de modo a operacionalizar a quinta dimensão do referido bloco, que se designa por “**Satisfação**”.

A validade fatorial dos modelos enquadrados neste Capítulo foi confirmada através de AFCs, com recurso ao *software* SPSS AMOS versão 23.0.0 (IBM, Armonk, NY) e de acordo com as indicações fornecidas por [Marôco \(2014b\)](#) para o efeito, nomeadamente: (i) fiabilidade de constructo (consistência interna), avaliada pela FC (ii) validade de constructo, que primeiramente verificou se os itens eram o reflexo dos fatores latentes que se pretendiam medir (validade fatorial), posteriormente constatou-se se os pesos fatoriais de cada um dos modelos eram superiores a 0.5, e analisou-se se a variância extraída média (VEM) por cada fator latente era superior a 0.5 (validade convergente) e por fim compararam-se os seus valores com o quadrado dos coeficientes de correlação entre os fatores latentes (validade discriminante). A qualidade de ajustamento global do modelo baseou-se nos seguintes índices, tal como sugerido por [Marôco \(2014a\)](#): (i) estatística do χ^2 com correção por graus de liberdade $\chi^2/(g.l.)$; (ii) *Comparative Fit Index* (CFI); (iii) *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI) (iv) *Goodness of Fit Index* (GFI); (v) *Parsimony Goodness of Fit Index* (PGFI); (vi) *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR); (vii) *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA); (viii) valor de *p* para a hipótese nula de $RMSEA \leq 0.05$ (PCLOSE); (ix) *Modified Expected Cross-Validation Index* (MECVI).

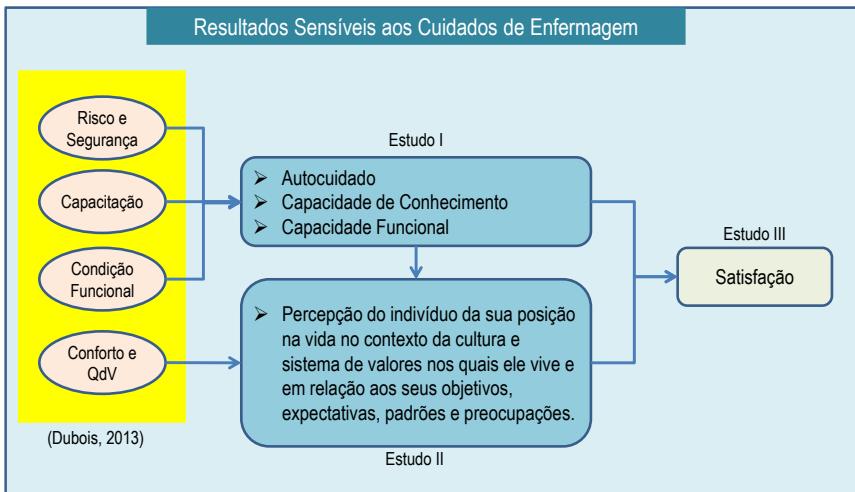


Figura 1: Modelo conceitual que operacionaliza a medida da dimensão “Satisfação”. O Estudo I ([Goes et al., 2020](#); [Goes e Oliveira, 2022a](#)) refere-se à Funcionalidade das pessoas, enquanto o Estudo II ([Goes et al., 2021](#); [Goes e Oliveira, 2022b](#)) refere-se à Qualidade de Vida. O resultado da operacionalização da variável “Satisfação” está referenciado aqui como Estudo III.

4. RESULTADOS

4.1. A Funcionalidade manifesta-se na QdV?

A Figura 2 mostra os resultados do modelo da AFC que testa se a Funcionalidade se manifesta na QdV. O modelo exposto não apresenta nenhuma correlação entre os erros dos itens, pelo que se considera como um modelo inicial. Os valores dos índices de ajustamento mostram um ajustamento sofrível, embora $\chi^2(g.l.) \leq 3.0$.

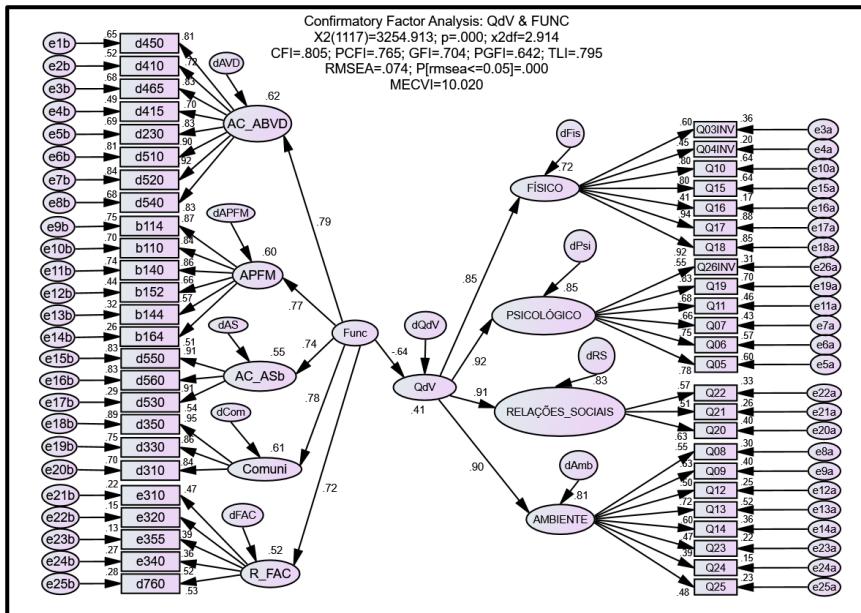


Figura 2: Modelo inicial da AFC que estuda se a Funcionalidade se manifesta na QdV das pessoas.

O modelo foi então ajustado, correlacionando alguns erros dos seus itens, sugeridos pelos valores dos IM (valor limiar adotado empiricamente de $IM>11$). Um novo modelo foi então obtido (ajustado) e que se visualiza na Figura 3.

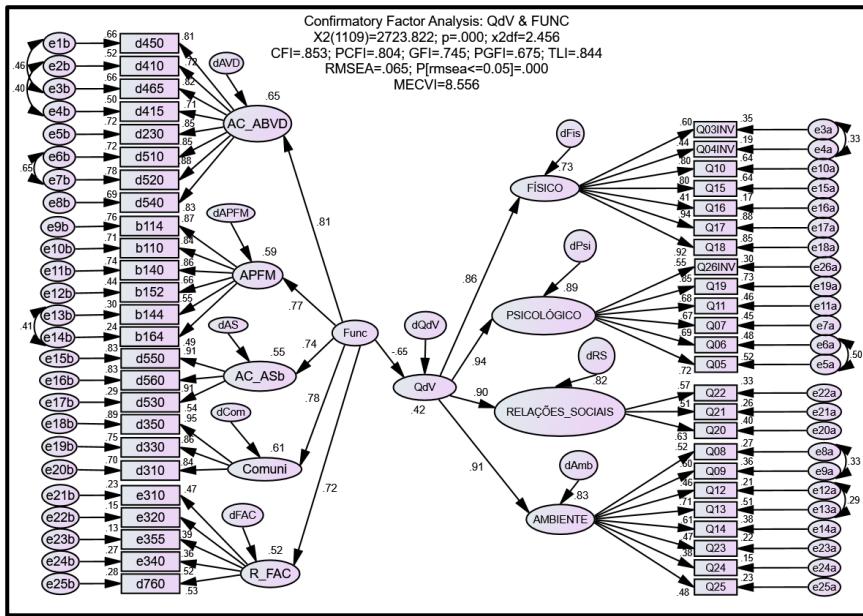


Figura 3: Modelo ajustado do apresentado na Figura 2.

Este modelo apresenta um melhor ajustamento global (MECVI tal que $8.556 < 10.020$) e $\chi^2(g.l.) \leq 2.5$, detém fiabilidade individual dos itens, pois os pesos fatoriais λ_{ij} são maioritariamente superiores a 0.5 [apenas 16.9% são inferiores a 0.5 e nenhum é inferior a 0.3, este último limiar considerado aceitável para estudos exploratórios, como é o caso deste ([Hair et al., 2014](#))]. O modelo mostra-se favorável relativamente à fiabilidade de constructo, pois os factores latentes apresentam maioritariamente $FC > 0.7^1$, exceto para “R_AFC” e “Relações Sociais”, cujos valores foram, respetivamente, 0.568 e 0.591. Todos os itens são o reflexo do fator latente que se pretende

¹ Em caso de estudos experimentais, como é o caso, este valor pode ser mais baixo Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2014).

Multivariate Data Analysis. Pearson Education Limited. ISBN: 978-0138132637. <https://www.amazon.com/Multivariate-Data-Analysis-Joseph-Hair/dp/0138132631>.

medir, pelo que o modelo demonstra validade fatorial. Quanto à validade convergente, os fatores latentes “R_FAC” e “Relações Sociais” e “Ambiente” registam valores inferiores a 0.50, respetivamente 0.211, 0.327 e 0.290. Por fim e relativamente à validade discriminante, interessa verificar se $(AVE_i \wedge AVE_j) \geq \phi_{ij}^2$, em que ϕ_{ij}^2 é o quadrado da correlação entre os fatores i e j . Os valores indicados na Tabela 1 mostram que o modelo falha na validade discriminante, isto é, os itens que refletem um fator estão correlacionados com outros fatores.

Sobre modelo da Figura 3 pode então afirmar-se que a Funcionalidade manifesta-se muito significativamente na QdV, com moderado poder de explicação, pois o valor estandardizado do coeficiente de regressão é de $\beta=-0.643$ ($p<0.001$), o que leva a rejeitar-se a hipótese nula acima descrita ($H_0: \beta_{(QdV,Func)} = 0$). De notar que o valor negativo do coeficiente se deve ao fato de que as escalas de Funcionalidade e de QdV estarem invertidas. Por outro lado, dado que o beta estandardizado é de -0.643 (valor considerado como “moderado”) e que $(-0.646)^2=0.417$, então o fator latente “**Func**” explica 41.7% da variância que ocorre no fator latente “**QdV**”.

Tabela 1: Resultados da validação discriminante do modelo da AFC representado na Figura 3. As células a azul (diagonal da tabela) representam os valores de AVE para cada fator latente, enquanto os valores na diagonal inferior mostram o quadrado dos valores dos coeficientes de correlação entre fatores².

Constructos	AC ABV D	AC APFM	AC ASb	Comuni.	R_FAC	Físico	Psico.	RS	Amb.	Func.	QdV
AC_ABVD	.657	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
APFM	-	.531	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AC_ASb	-	-	.648	-	-	-	-	-	-	-	-
Comuni.	-	-	-	.780	-	-	-	-	-	-	-
R_FAC	-	-	-	-	.211	-	-	-	-	-	-
Físico	-	-	-	-	-	.543	-	-	-	-	-
Psico.	-	-	-	-	-	-	.532	-	-	-	-
RS	-	-	-	-	-	-	-	.327	-	-	-
Amb.	-	-	-	-	-	-	-	-	.290	-	-
Func.	.651	.587	.552	.607	.518	-	-	-	-	.555	-
QdV	-	-	-	-	-	.734	.887	.817	.832	.417	.818

4.2. Modelo para o cálculo do score de “Satisfação”

A Figura 4, apresenta o modelo da AFC (não ajustado) para o cálculo do score de “**Satisfação**”, em função dos constructos da Funcionalidade e da QdV. Os índices de ajustamento mostrados no topo da Figura 4 mostram que o ajustamento é sofrível, embora $\chi^2(g.l.) \leq 3.0$, tal como no modelo apresentado na Figura 2. Ao correlacionar os erros dos itens para valores de $IM > 11$, obtém-se um novo modelo (ajustado), que está representado na Figura 5. Este modelo apresenta um melhor ajustamento global que o inicial (MECVI tal que $8.688 < 10.152$) e $\chi^2(g.l.) \leq 2.5$. Detém fiabilidade individual dos itens, pois os pesos fatoriais λ_{ij} são maioritariamente

² As células preenchidas a cor verde representam as situações em que a expressão $(AVE_i \wedge AVE_j) \geq \phi_{ij}^2$ retorna o valor lógico de “Verdade”, ao passo que as de cor amarela retornam o valor lógico “Falso”.

superiores a 0.5 (apenas 8.3% são inferiores a 0.5 e nenhum é inferior a 0.3, este último limiar considerado aceitável para estudos exploratórios ([Marôco, 2014b](#)).

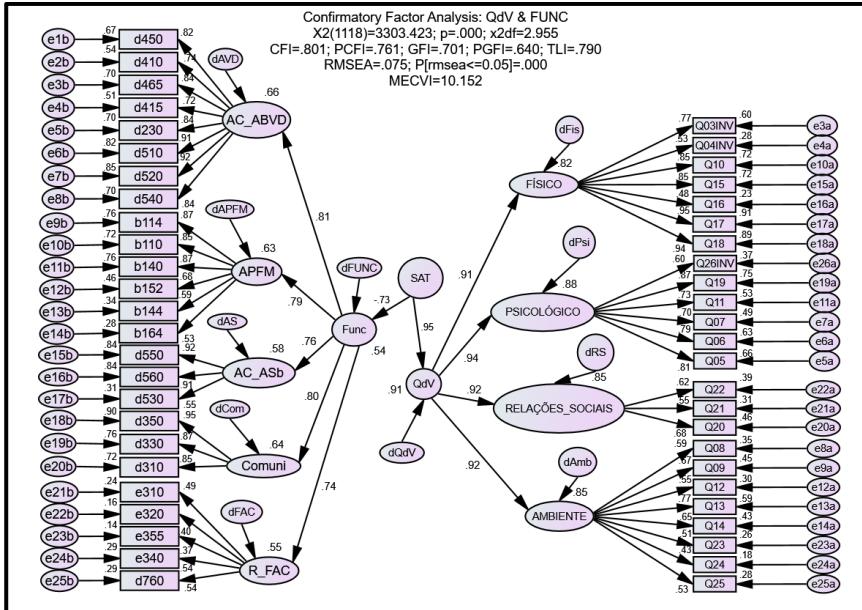


Figura 4: Modelo para capturar se a Satisfação, uma dimensão sensível aos cuidados de enfermagem, de acordo com ([Dubois et al., 2013](#)), se manifesta na Funcionalidade e na QdV.

O modelo apresentado na Figura 5 apresenta fiabilidade compósita, com valores de FC sempre superiores a 0.7, exceto para o constructo (fator latente) “R_FAC”, cujo valor obtido foi de FC=0.585. No que diz respeito à validade de constructo, o modelo exibe validade fatorial, pois, tal como os anteriores modelos, mostram que os itens são o reflexo do fator latente que se pretende medir. No que diz respeito à validade convergente, verifica-se que os valores de AVE são todos superiores a 0.5, exceto novamente para os fatores latentes “R_FAC” e “Relações Sociais” e “Ambiente”. Já em relação à validade discriminante e na verificação da expressão

$(AVE_i \wedge AVE_j) \geq \phi_{ij}^2$, constata-se, conjuntamente com os resultados apresentados na Tabela 2, que o modelo falha na validade discriminante somente em quatro casos.

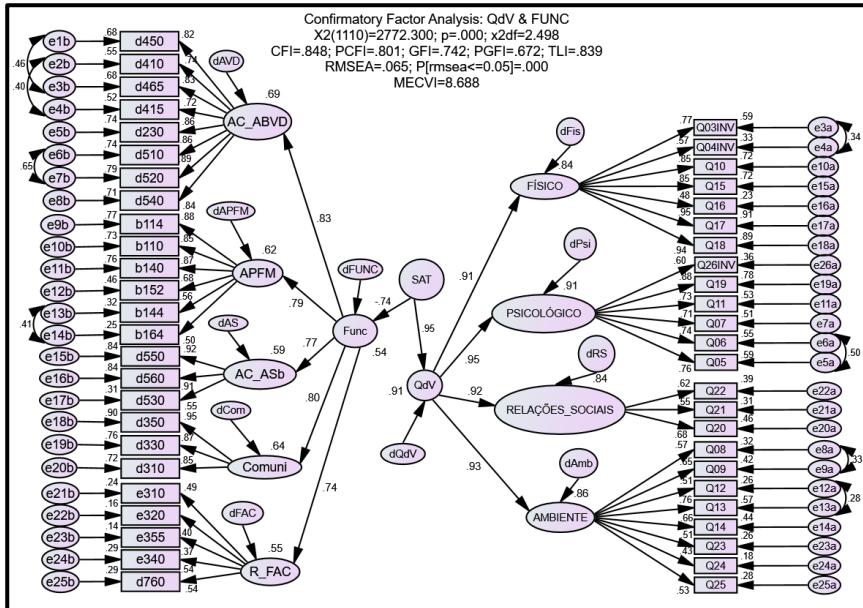


Figura 5: Modelo ajustado do representado na Figura 4.

Tabela 2: Resultados da validação discriminante do modelo da AFC apresentado na Figura 5. As células a azul (diagonal da tabela) representam os valores de AVE para cada fator latente, enquanto os valores na diagonal inferior mostram o quadrado dos valores dos coeficientes de correlação entre fatores³.

Constructos	AC ABVD	AC APFM	AC ASb	Comuni.	R_FAC	Físico	Psico.	RS	Amb.	Func.	QdV	Sat
AC_ABVD	.943	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
APFM	-	.875	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AC_ASb	-	-	.848	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comuni.	-	-	-	.920	-	-	-	-	-	-	-	-
R_FAC	-	-	-	-	.585	-	-	-	-	-	-	-
Físico	-	-	-	-	-	.921	-	-	-	-	-	-
Psico.	-	-	-	-	-	-	.899	-	-	-	-	-
RS	-	-	-	-	-	-	-	.649	-	-	-	-
Amb.	-	-	-	-	-	-	-	-	.802	-	-	-
Func.	.687	.618	.585	.637	.551	-	-	-	-	.889	-	-
QdV	-	-	-	-	-	.835	.908	.845	.865	-	.962	-
Sat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.543	.908	.839

Sobre o modelo da Figura 5 pode afirmar-se que a “**Satisfação**” manifesta-se muito significativamente na QdV, com um muito forte poder de explicação, pois o valor estandardizado do coeficiente de regressão é de $\beta=0.953$ ($p<0.001$), o que leva a rejeitar-se a hipótese nula acima descrita ($H_0: \beta_{(QdV,Sat)} = 0$). Por outro lado, a “**Satisfação**” manifesta-se muito significativamente na Funcionalidade, com um forte poder de explicação, pois o valor estandardizado do coeficiente de regressão é de $\beta=-0.737$ ($p<0.001$), o que leva também a rejeitar-se a hipótese nula acima descrita ($H_0: \beta_{(Func,Sat)} = 0$). Dado que os valores dos betas estandardizados são de 0.953 e -0.737 e que: $(0.935)^2=0.908$ e $(-0.737)^2=0.543$, então o fator latente “**Sat**” explica 90.8% da

³ As células preenchidas a cor verde representam as situações em que a expressão $(AVE_i \wedge AVE_j) \geq \phi_{ij}^2$ retorna o valor lógico “Verdade”, ao passo que as de cor amarela retornam o valor lógico “Falso”.

variância que ocorre no fator latente “**QdV**” e 54.3% da variância que ocorre no fator latente “**Func**”.

Em suma, pode afirmar-se que o maior determinante da Satisfação é a QdV ($\beta=0.953$; $p<0.001$), seguido da Funcionalidade ($\beta=-0.737$; $p<0.001$).

4.3. Scores de “Func”, “QdV” e “Satisfação”

O modelo da AFC representado na Figura 5, modelo final, permite a extração de *fsw* que possibilitam o cálculo de scores para cada uma das três variáveis latentes consideradas, nomeadamente: “**Func**”, “**QdV**” e “**Satisfação**”. De acordo com os *fsw* extraídos, foi possível obter os scores médios para a amostra, para as três variáveis latentes mencionadas, cujo resultado está listado no Gráfico 1.

O Gráfico 1 mostra os valores “Média*” (cilindros a cor azul), que representam os scores médios (não ponderados) da amostra calculados com base na formulação proposta por [Lopes e Fonseca \(2013\)](#), enquanto os valores de "Média_FSW" (cilindros a cor verde) correspondem aos scores calculados usando a formulação apresentada na Tabela 3 (média ponderada pelos valores de *fsw* do modelo AFC representado na Figura 5, quer para o PGF⁴ quer para a QdV (a referência “**QdV24**” refere-se à QdV, englobando simultaneamente as 24 facetas). Os restantes valores representam: (i) "MaxDiff" (cilindros a cor amarela), a máxima diferença positiva, encontrada a nível individual [adotando a expressão (“Média*”–“Media_FSW”)]; (ii) "MinDiff" (cilindros a cor castanho-claro), o valor mais negativo para a diferença mencionada, também

⁴ A sigla PGF é utilizada quando se pretende referir o conjunto dos 25 itens do ENCS25.

no nível individual; (iii) “StdDiff” (cilindros a cor vermelha), o desvio padrão entre todas as diferenças individuais verificadas na amostra. Todos os itens estavam na escala original de Likert de 0 a 4 da Funcionalidade, foram transformados na escala Likert de 1 a 5. Os scores de Funcionalidade foram ainda recalculados, de modo a que “1” correspondesse a 0% e “5” a 100%.

A Tabela 3 mostra os valores de *fsw* extraídos do modelo da AFC representado na Figura 5, e o modo como calcular as novas pontuações para os fatores “Func”, “QdV” e “Satisfação”.

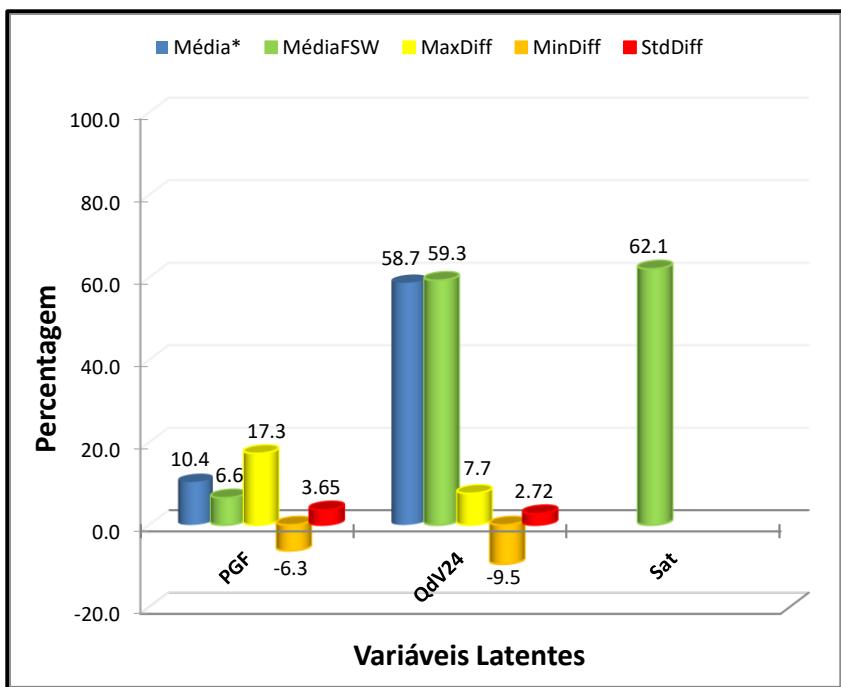


Gráfico 1: Scores médios do PGF, QDV24, usando pesos unitários segundo ([Lopes e Fonseca, 2013](#)) em comparação com os calculados usando os pesos *fsw* extraídos do modelo da AFC (ajustado) de segunda ordem representado na Figura 5. Apresenta-se igualmente o score da Satisfação, numa escala de 0-100%, calculado usando os *fsw* obtidos a partir do mesmo modelo da AFC.

Já relativamente à Satisfação, o score médio foi somente calculado com base nos valores listados na Tabela 3, por não existir nenhuma referência para o seu cálculo nos trabalhos desenvolvidos por [Dubois et al. \(2013\)](#).

Tabela 3: Resultados da formulação para o cálculo do score de cada perfil funcional, baseado no modelo da AFC.

Conceitos	Formulação ($f_{sw} \times$ respostas individuais aos itens)
PGF	$0.020 \times d450 + 0.012 \times d410 + 0.020 \times d465 + 0.013 \times d415 +$ $0.031 \times d230 + 0.014 \times d510 + 0.036 \times d520 + 0.037 \times d540 +$ $0.117 \times d550 + 0.135 \times d560 + 0.010 \times d530 +$ $0.067 \times b114 + 0.055 \times b110 + 0.057 \times b140 + 0.017 \times b152 +$ $0.006 \times b144 + 0.004 \times b164 +$ $0.135 \times d350 + 0.063 \times d330 + 0.037 \times d310 +$ $0.018 \times e310 + 0.011 \times e320 + 0.014 \times e355 + 0.034 \times e340 + 0.036 \times d760$
QdV24	$0.012 \times Q3INV + 0.003 \times Q4INV + 0.030 \times Q10 + 0.025 \times Q15 +$ $0.006 \times Q16 + 0.095 \times Q17 + 0.073 \times Q18 + 0.047 \times Q5 +$ $0.036 \times Q6 + 0.052 \times Q7 + 0.052 \times Q11 +$ $0.128 \times Q19 + 0.027 \times Q26INV + 0.062 \times Q20 + 0.042 \times Q21 +$ $0.054 \times Q22 + 0.022 \times Q08 +$ $0.038 \times Q09 + 0.015 \times Q12 + 0.065 \times Q13 +$ $0.034 \times Q14 + 0.032 \times Q23 + 0.023 \times Q24 + 0.027 \times Q25$
Satisfação	$-0.013 \times d450 - 0.007 \times d410 - 0.013 \times d465 - 0.009 \times d415 -$ $0.020 \times d230 - 0.009 \times d510 - 0.023 \times d520 - 0.023 \times d540 -$ $0.071 \times d550 - 0.084 \times d560 - 0.006 \times d530 -$ $0.041 \times b114 - 0.034 \times b110 - 0.036 \times b140 - 0.010 \times b152 -$ $0.004 \times b144 - 0.003 \times b164 -$ $0.083 \times d350 - 0.029 \times d330 - 0.033 \times d310 -$ $0.011 \times e310 - 0.007 \times e320 - 0.009 \times e355 - 0.021 \times e340 - 0.023 \times d760$ $+ 0.019 \times Q3INV + 0.006 \times Q4INV + 0.050 \times Q10 + 0.041 \times Q15 +$ $0.010 \times Q16 + 0.154 \times Q17 + 0.119 \times Q18 + 0.076 \times Q5 +$ $0.059 \times Q6 + 0.084 \times Q7 + 0.084 \times Q11 +$ $0.207 \times Q19 + 0.043 \times Q26INV + 0.100 \times Q20 + 0.067 \times Q21 +$ $0.087 \times Q22 + 0.036 \times Q08 +$ $0.061 \times Q09 + 0.024 \times Q12 + 0.106 \times Q13 +$ $0.056 \times Q14 + 0.051 \times Q23 + 0.037 \times Q24 + 0.044 \times Q25$

Por fim, foi ainda testado o modo como os três fatores latentes variam com a idade, utilizando o coeficiente de correlação *Ró de Spearman* (ρ). Os resultados mostram que: (i) $\rho_{PGF}=0.434$ (efeito moderado); (ii) $\rho_{QdV24}=-0.289$ (efeito fraco); (iii) $\rho_{SAT}=-0.320$ (efeito fraco), com todas as correlações significativas para $p<0.01$. Numa análise sumária aos resultados obtidos, verifica-se que o PGF apresenta o maior efeito (mais forte) que os restantes dois fatores (maior valor absoluto dos três estudados). Na análise individual a cada fator, é possível inferir que à medida que a idade avança aumenta a probabilidade de se obter um PGF mais grave. Por outro lado, o segundo menor efeito corresponde à Satisfação, permitindo inferir que à medida que a idade avança, a probabilidade de se obterem valores de menor satisfação aumenta. O terceiro menor efeito verifica-se para a QdV24, com os resultados a permitem inferir que à medida que a idade avança, a probabilidade de os idosos possivelmente percecionarem a sua QdV24 como mais negativa é maior.

5. DISCUSSÃO

A saúde pode ser estudada com base na funcionalidade (CIF), um referencial que serviu de base para a realização do estudo desenvolvido por [Goes et al. \(2020\)](#); [Goes e Oliveira \(2022a\)](#). Sobressai-lhe o conceito de multidimensionalidade, ao incluir as dimensões física, social, psicológica e ambiental, como variáveis estruturais interligadas. A CIF tem uma perspetiva neutra em relação à incapacidade, querendo com isto dizer que muda a conceção de “consequência” da doença para a componente de “saúde”, alterando o paradigma do modelo biomédico para um modelo integrativo e holístico. Por outro lado, o conceito de QdV da OMS (que serviu de base para a realização do estudo desenvolvido por [Goes et al. \(2021\)](#); [Goes e Oliveira \(2022b\)](#)) apresenta alguma interligação com as dimensões da CIF, e é igualmente considerado um modelo integrativo e holístico, mas relatada pela percepção da própria pessoa. Ambos os modelos representam aspectos fundamentais para se ter uma boa saúde e não o contrário ([Cruice, 2008](#); [Pereira, Teixeira, et al., 2012](#)).

A avaliação do perfil funcional e a do perfil de QdV, utilizando conjuntamente o ENCS25 ([Goes et al., 2020](#); [Goes e Oliveira, 2022a](#)) com o WHOQOL-BREF ([Goes et al., 2021](#); [Goes e Oliveira, 2022b](#)), possibilitará mapear a avaliação objetiva da funcionalidade na avaliação subjetiva da QdV, porque permite mensurar estes dois resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O que a CIF faz é expandir a gama de parâmetros de saúde medidos no WHOQOL-BREF, pois as suas facetas avaliam a percepção subjetiva da saúde e refletem o que as pessoas 'sentem' sobre seu estado de saúde; portanto, refletem 'bem-estar subjetivo', enquanto os constructos usados na CIF referem-se à descrição objetiva do

estado de saúde do indivíduo ([Cruice, 2008](#); [Pereira, Teixeira, et al., 2012](#)).

Os resultados obtidos neste estudo confirmam empiricamente a relação existente entre os dois modelos teóricos: Funcionalidade e QdV. Ao definirem-se as necessidades de cuidados de enfermagem em função dos diferentes níveis de funcionalidade, com base num modelo de autocuidado ([Goes et al., 2020](#); [Goes e Oliveira, 2022a](#)), verificou-se que esses cuidados de enfermagem se manifestam de modo positivo na QdV dos idosos (o fator latente “**Func**” explica 41.7% da variância que ocorre no fator latente “**QdV24**”). De notar que tal manifestação é estatisticamente significativa, mas não implica uma relação causa-efeito.

O score médio da amostra relativamente ao fator “**Satisfação**” foi de 61.2%. pelo que se pode inferir que as pessoas com 65 ou mais de idade residentes na comunidade, nas suas casas, apresentam-se maioritariamente satisfeitos com os cuidados de enfermagem que receberam (score médio superior a 50%), o que traduz a maneira como as pessoas avaliaram os efeitos dos cuidados decorrentes da evolução das suas condições de saúde. O modelo mostra que a “**QdV24**” e “**Func**” são determinantes da “**Satisfação**”. Todavia, a “**Satisfação**” manifesta-se com maior impacto na QdV, quando comparado com a Funcionalidade (variâncias explicadas respetivamente de 90.8% e 54.3%). Uma possível explicação para o resultado encontrado é que o modelo capta aquilo que é similar entre os três fatores, nomeadamente as necessidades, padrões e expectativas dos idosos, aspectos que se espelham quer na “**Satisfação**”, quer na “**QdV24**”⁵ e não tanto na “**Func**”.

⁵ A referência “QdV24” diz respeito à QdV incluindo as 24 facetas simultaneamente.

Por fim, e em relação às correlações encontradas entre os três fatores com a “**idade**”, os resultados sugerem possíveis interpretações. No que diz respeito ao efeito que estes fatores exibem, o mais forte é atribuído ao fator “**Func**” (é o que apresenta o maior valor absoluto), quando comparado com os restantes dois fatores. Analisando o valor da correlação da “**Func**” com a “**idade**”, $\rho_{PGF}=0.434$ (efeito moderado); infere-se que à medida que a idade aumenta, maior é a probabilidade de o idoso apresentar problemas funcionais de maior gravidade, aspecto este conducente a uma maior necessidade de cuidados de enfermagem, conforme constatado em [Goes et al. \(2020\)](#); [Goes e Oliveira \(2022a\)](#). Relativamente à correlação entre o fator “**Sat**” e a variável “**idade**”, infere-se que à medida que a idade aumenta, diminui a satisfação das pessoas (relação negativa pois $\rho_{SAT}=-0.320$ de efeito fraco). Esta relação é expectável, na medida em que, se os problemas funcionais se agravarem com a idade, as pessoas idosas ficarão menos satisfeitas com o impacto que tal fato terá na sua QdV. Um cenário desta natureza vem reforçar a importância que os cuidados de enfermagem assumem, especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários, na promoção da saúde e prevenção da doença. Os cuidados de enfermagem nesta área devem ser alavancados com vista a uma utilização mais adequada e eficiente dos recursos disponíveis para o apoio à pessoa idosa residente na comunidade. A última correlação estudada, entre o fator “**QdV**” e a variável “**idade**”, permite inferir que à medida que a idade aumenta, a QdV diminui, resultado este igualmente esperado, salientando a interligação existente entre este fator com a “**Sat**”.

Face ao exposto, percebeu-se a necessidade de mais cuidados de enfermagem à medida que a idade avança nas pessoas com 65 e mais anos residentes na comunidade, uma vez que os cuidados de enfermagem são promotores de mudanças positivas na condição funcional, na QdV e na “**Satisfação**”, e, por isso, necessários para

atenuar os efeitos negativos na condição de saúde, na faixa populacional de maior idade.

Neste estudo avaliou-se a satisfação das pessoas com mais de 65 anos, residentes numa zona rural de baixa densidade populacional. A satisfação é uma medida de “resultado” que decorre das experiências e expectativas vividas relativamente aos cuidados de enfermagem (resultado do efeito dos cuidados recebidos, confiança nos enfermeiros, atendimento prestado, etc.). A avaliação do desempenho dos cuidados de enfermagem, realizada com base na satisfação, é considerada por vários autores como o indicador mais importante, da qualidade dos cuidados e de resultado dos serviços de saúde ([Staniszewska e Ahmed, 1999](#); [Berkowitz, 2016](#); [Karaca e Durna, 2019](#); [Larson et al., 2019](#)).

Adotamos a definição de avaliação do desempenho de enfermagem como *“a capacidade demonstrada por uma organização ou unidade organizacional de adquirir os recursos de enfermagem necessários e usá-los de maneira sustentável para produzir cuidados de enfermagem que melhorem efetivamente as condições de saúde das pessoas”* ([Dubois et al., 2013, p. 6](#))

Em suma, pode-se afirmar que esta amostra populacional mostrou um score de “Satisfação” superior a 50% (valor médio de 62,1%) com os cuidados de enfermagem recebidos. A mudança positiva no estado de saúde das pessoas, é um resultado cuja dimensão é definível e mensurável, que pode, e deve ser usado, para avaliar a contribuição da enfermagem, como referência e mais-valia para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Sistema de Saúde. Simultaneamente, para que se comece a considerar que os utilizadores do sistema estejam envolvidos com os seus cuidados e, garantir, que se está, efetivamente, a realizar cuidados de enfermagem centrados nas pessoas.

6. CONCLUSÕES

Neste texto, procedeu-se à mensuração de um resultado sensível aos cuidados de enfermagem – a “**Satisfação**” da pessoa/utente como parceiro na saúde, de acordo com a proposta de modelo teórico para conceitualizar o desempenho do cuidado de enfermagem apresentado por ([Dubois et al., 2013](#)). De acordo com o autor, a “**Satisfação**” é um indicador significativo da qualidade dos cuidados de saúde e é sensível aos cuidados de enfermagem. Neste texto apresentou-se um estudo que consistiu na operacionalização da medida empírica de “Satisfação”, estabelecendo-se uma relação entre os resultados relativos à Funcionalidade ([Goes et al., 2020](#); [Goes e Oliveira, 2022a](#)) e à QdV ([Goes et al., 2021](#); [Goes e Oliveira, 2022b](#)) das pessoas com 65 e mais anos de idade. O modelo foi avaliado em termos psicométricos e o resultado alcançado foi positivo. Os resultados demonstraram ser possível obter tal medida, em termos quantitativos, a partir da análise dos perfis de “**Func**” e “**QdV**” dos elementos da amostra. Concluiu-se que tanto a Funcionalidade como a QdV, são determinantes da “**Satisfação**”, pese embora o facto de a “**Satisfação**” se manifestar com maior importância na “**QdV24**”⁶, ainda que os coeficientes que medem tal efeito tenham sido elevados para ambos os casos. Por fim, menciona-se que esta amostra populacional mostrou um score de “**Satisfação**” superior a 50% (valor médio de 62,1%). Está-se em condições de afirmar que a “**Satisfação**” é um uma dimensão definível e mensurável, pelo que se sugere que deve ser usada, para avaliar a contribuição da profissão como referência e mais-valia para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Sistema de Saúde. Simultaneamente, para que se comece a considerar que os utilizadores do sistema estejam envolvidos com

⁶ Refere-se à QdV incluído simultaneamente as 24 facetas.

os seus cuidados e, garantir, que se está, efetivamente, a realizar cuidados de enfermagem centrados nas pessoas.

Bibliografia

Amado, J., & Neves, N. (1992). Epidemiologia e Envelhecimento Demográfico. *Geriatría, 44*(5).

Berkowitz, B. (2016). The patient experience and patient satisfaction: Measurement of a complex dynamic [Article]. *Online Journal of Issues in Nursing, 21*(1). Retrieved 01 / 01 /, from

CE-ULSBA. (2019). *Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo*. Obtido em 3 de Maio de 2019 de <http://www.ulsa.min-saude.pt/2019/02/28/comissao-de-etica-para-a-saude/>

CE-ULSBA(a). (2019). *A Comissão de Ética para a Saúde da ULSBA rege-se por um Regulamento de funcionamento homologado, em 17 de setembro de 2015, pelo Conselho de Administração*. Obtido em 3 de Maio de 2019 de <http://www.ulsa.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/Documento-Guia.pdf>

CE-ULSBA(b). (2019). *Declaração de Helsinquia 2008*. Obtido em 3 de Maio de 2019 de <http://www.ulsa.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

Correia, T., Carapinheiro, G., & Raposo, H. (2018). Desigualdades sociais na saúde: um olhar comparativo e compreensivo. In R. Carmo, J. Sebastião, J. Azevedo, S. Martins, & A. Costa (Eds.), *Desigualdades Sociais: Portugal e a Europa*. Editora Mundos Sociais.

Cruice, M. (2008). The contribution and impact of the International Classification of Functioning, Disability and Health on quality of life in communication disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology, 10*(1-2), 38-49.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/17549500701790520>

Dubois, C., D'Amour, D., Pomey, M., Girard, F., & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing, 12*(1), 7.

- Goes, M., Lopes, M., Marôco, J., Oliveira, H., & Fonseca, C. (2021). Psychometric properties of the WHOQOL-BREF(PT) in a sample of elderly citizens. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01783-z>
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Goes, M., & Oliveira, H. (2022a). *Avaliação da capacidade funcional e necessidades de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade: Análise quantitativa*. Instituto Politécnico de Beja. ISBN: 978-989-8008-75-6. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5373>
- Goes, M., & Oliveira, H. (2022b). *Qualidade de vida das pessoas com 65 e mais anos de idade na região do Baixo Alentejo: Análise quantitativa*. Instituto Politécnico de Beja. ISBN: 978-989-8008-76-3. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5396>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2014). *Multivariate Data Analysis*. Pearson Education Limited. ISBN: 978-0138132637. <https://www.amazon.com/Multivariate-Data-Analysis-Joseph-Hair/dp/0138132631>
- INE. (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545.
- Larson, E., Sharma, J., Bohren, M., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563-569.

- Lopes, M. (2017). Cidadania e participação: de utente-consumidor a cidadão corresponsável. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(3), 795.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2013). The Construction of the Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 121-131.
- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., Cardozo, S., Fonseca, A., Novas, V., Eliseu, G., Serra, I., & Morais, C. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados: Analisando o presente, perspectivando o futuro*. <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>
- Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 52-60. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700008>
- Marôco, J. (2014a). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6^a ed.). Report Number. ISBN: 978-989-96763-4-3. <http://www.reportnumber.pt/ae/>
- Marôco, J. (2014b). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (2^a ed.). Report Number. ISBN: 978-989-96763-3-6. <http://www.reportnumber.pt/aee/>
- Mendes, F., Mantovani, M., Gemito, M., & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 17-25.
- Nazareth, J. (2004). *Demografia - A Ciência da População*. ISBN: 9789722331531.
- OMS. (2008). *Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários*. https://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento - Resumo* (Organizaçao Mundial de Saúde). O. M. d. Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FW_C_ALC_15.01_por.pdf?ua=1

Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*
<https://www.ordemenermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enumciados Descritos.*
<https://www.ordemenermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., Vieira, E., & Meireles, N. (2012). O Papel do Enfermeiro de Família na Prevenção e Superação da Claudicação Familiar em Situação de Doença Crónica. In J.C. Carvalho & M. Barbieri-Figueiredo et al. (Eds.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf

Pereira, E., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>

Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 30(2), 14-19.

Quintana, J., Ferreira, E., Santos, S., Pelzer, M., Lopes, M., & Barros, E. (2014). A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº 1)*, 145-152.

Rosa, J., & Basto, M. (2009). Necessidade e necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*, 13(1), 13-23.
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)

Scheaffer, R., Mendenhall, M., Ott, R., & Gerow, K. (2012). *Elementary Survey Sampling*. Cengage Learning. ISBN: 978-0840053619.

<https://www.amazon.com/Elementary-Survey-Sampling-Richard-Scheaffer/dp/0840053614>

Silva, M., & Vieira, M. (2011, 18-24 Setembro de 2011). As intenções dominantes nas concepções de Enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas. XI Conferência IberoAmericana de Educação em Enfermagem, Coimbra, Portugal.

Sousa, M., Martins, T., & Pereira, F. (2015). Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 6), 55-63.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>

Staniszewska, S., & Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 364-372.