

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO
EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

ROBERTA JULIANE TONO DE OLIVEIRA

**Governança da prática profissional de enfermagem: revisão
sistemática qualitativa e adaptação do IPNG para uso no Brasil**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Enfermagem ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – área de concentração Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do cuidado em saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Coorientador: Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Roberta Juliane Tono de Oliveira
Governança da Prática Profissional de Enfermagem :
revisão sistemática qualitativa e adaptação do IPNG para
uso no Brasil / Roberta Juliane Tono de Oliveira Oliveira
; orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann Lorenzini
Erdmann ; coorientadora, José Luís Guedes do Santos Santos.
- Florianópolis, SC, 2016.
281 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Gerência em Enfermagem. 3. Governança
. 4. Administração Hospitalar. 5. Processo de Tradução. I. Lorenzini Erdmann, Alacoque Lorenzini Erdmann. II. Santos, José Luís Guedes do Santos. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

ROBERTA JULIANE TONO DE OLIVEIRA

GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: revisão sistemática qualitativa e adaptação do IPNG para uso no Brasil

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 10 de dezembro de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora PEN/UFSC

Banca Examinadora:




Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente



Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Membro



Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Membro



Dra. Maria Elena Echevarría Guani
Membro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que esteve comigo em cada momento dessa caminhada, por ter cuidado de mim em todos os detalhes, por me permitir a vida, renovando minhas forças durante essa trajetória.

A minha orientadora, professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e ao meu co-orientador professor Dr. José Luis Guedes dos Santos, meus pais da pesquisa. Muito obrigada por todo o ensinamento que aprendi. Vocês são meus exemplos de profissionais. Qualquer palavra que eu diga aqui como demonstração de gratidão não é suficiente para expressar o quanto vocês foram meus mestres desde a graduação até aqui. Obrigada por instigar o meu desejo e paixão pela pesquisa científica. Aprendi muito ao lado de excelentes professores como vocês e tenho grande carinho por cada um. Obrigada pela confiança, pelo amparo, e por acreditarem que eu era capaz alcançar mais essa conquista. Divido-a com vocês.

À minha amada família, meu pai José Roberto de Oliveira, mãe Fátima Aparecida Tono de Oliveira e irmã Fátima Cristina Tono de Oliveira. Cada dia longe de vocês foi um desafio. Muito obrigada por ser meu porto seguro, pelo estímulo e incentivo cada vez que esmoreci e pensei em desistir. Obrigada por toda forma de ajuda, pelas palavras, pelas orações. Vocês me ensinaram a ser quem sou hoje e a não desistir dos meus ideais, mesmo que isso me exige permanecer distante. Obrigada por todo o carinho, amo vocês infinitamente.

Ao meu grande amor, Lian Kobarg Cercal Rogério Gomes, por todo amor, compreensão, paciência e ajuda nesse período. Você foi um grande companheiro em todo esse processo. Muito obrigada por todo incentivo.

A todos os integrantes do laboratório de pesquisa Gepades (Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Polícias e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde) em especial a Aline Lima Pestana, Shara de Pin, e Viviane Pecinni por toda parceria em diversos trabalhos, momentos de aprendizado e diversão.

A toda a turma do mestrado 2014. Cada um de vocês conquistou um espaço no meu coração que levarei por onde eu for. Vocês fazem parte da minha história, obrigada por cada momento de descontração, cada ajuda, conselhos e laços de amizade que criamos, em especial a Fernanda Hannah da Silva Copelli, Simony Nunes, Priscila Tramontina e Talita Picolli. Levarei nossas lembranças e diversões em meu coração para sempre minhas amigas queridas.

Aos membros da banca Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Melo, Gabriela Marcelino de Melo Lanzoni, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Maria Elena Echevarría Guanilo, e Greice Lessa. Obrigada por toda contribuição, disponibilidade de tempo para contribuir com esse trabalho. Vocês são essenciais para essa conquista.

A Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e, pelo crescimento profissional e pessoal, foi uma honra ser aluna desta universidade. Representar enfermagem-UFSC são um grande orgulho e responsabilidade que carrego comigo.

A todos os enfermeiros que participaram e contribuíram com essa pesquisa, vocês foram à chave para a realização desse estudo. Muito obrigada pelo tempo em participar da pesquisa e por toda forma de contribuição.

A todos aqueles que, mesmo não citados, torceram por mim e, de algum modo, contribuíram para a realização desta pesquisa, meus sinceros, muito obrigada!

Peço a expressão franca e justa. Aplausos, quando os não fundamenta o mérito, afagam certamente o espírito, mas quem tem vontade de aprender prefere a lição que melhora, ao ruído que lisonjeia.

Machado de Assis

OLIVEIRA, Roberta Juliane Tono de. **GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: revisão sistemática qualitativa e adaptação do IPNG para uso no Brasil**. 2015. 281p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

A governança da prática profissional de enfermagem pode ser compreendida como modelo e estrutura de gestão organizacional, e confere aos enfermeiros um maior controle sobre as decisões relativas à sua prática profissional, contribuindo para uma maior autonomia da prática de enfermagem. Nessa perspectiva, para mensurar a governança, foi desenvolvido em 1998 o instrumento *Index of Professional Nursing Governance* (IPNG), pelo norte-americano Robert Hess. O IPNG contém 86 itens divididos em seis subescalas: controle sobre o pessoal, acesso a informações, recursos, participação, controle da prática e objetivos. O instrumento tem sido utilizado amplamente no EUA há mais de 15 anos e vem ganhando espaço no contexto internacional por relacionar-se a melhora da retenção e satisfação dos enfermeiros. Este estudo teve como objetivos: (i) analisar as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros no ambiente hospitalar, com base nos domínios da governança da prática profissional de enfermagem; e, (ii) realizar a adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance* (IPNG), para a língua portuguesa do Brasil. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), parecer 892.828 CAAE: 38860614.5.0000.0114. A fundamentação teórica baseia-se nos pressupostos das aproximações teóricas da governança da prática profissional de enfermagem e a gestão de enfermagem no contexto brasileiro. A pesquisa envolveu duas etapas metodológicas: uma revisão sistemática qualitativa de literatura e um estudo metodológico da adaptação transcultural do instrumento IPNG. A etapa da revisão sistemática envolveu a análise inicial de 1446 artigos encontrados nas bases: PUBMED, LILACS e BDENF e SCIELO. Foi realizada a releitura dos materiais pré-selecionados inicialmente e avaliação crítica dos artigos baseada no *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Posteriormente, realizou-se a sistematização dos dados em categorias de análise. A extração dos dados baseou-se no modelo de governança da prática profissional de enfermagem e os achados, a partir da extração,

apontaram para as sínteses de ordem qualitativa. Na etapa de adaptação transcultural, realizaram-se as seguintes etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retro traduções, síntese das retro traduções, comitê de juízes e pré-teste. Em todas as etapas o autor do instrumento manteve-se ciente em relação às mudanças sugeridas. O cenário da aplicação do pré-teste foi o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil. O instrumento foi aplicado a uma amostra aleatória de 52 enfermeiros. Em seguida, submetidos à análise estatística através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Os testes estatísticos foram considerados significativos quando de coeficiente de correlação Cronbach global de 0,9, demonstrando confiabilidade interna adequada. Conclui-se que a versão adaptada em português do IPNG foi considerada confiável para a amostra utilizada. São necessárias pesquisas futuras para validação do IPNG a uma amostra maior de enfermeiros e análises psicométricas.

Descritores: Enfermagem, Gerência, Governança Clínica, Pesquisa em Administração de Enfermagem, Administração Hospitalar, Processo de Tradução.

ABSTRACT

The governance in the nursing practice can be understood as a model and structure of organizational management and gives to the nurses a bigger control over decisions relative to the professional practice, contributing to a greater autonomy of the nursing practice. On this context, to measure the governance, it was created in 1998, by the north American researcher Robert Hess, the instrument INPG - Index of Professional Nursing Governance. The INPG has 86 itens that are divided in 6 subscales: control over personnel, access to information, influence over resources supporting practice, ability to participate, control over practice, and ability to set goals and resolve conflict. The goal is to measure the type professional governance practice of a hospital, and the score varies between 86 to 430 points. The Likert scale is used for the answers with 5 score levels. Low score levels tend to identify a traditional management model, without staff participation on the decisions, while high scores shows a shared governance or self-governed model. The instrument has been used widely in USA for more than 15 years e it is gaining ground in the international context because it is related to the improvement on satisfaction and retention of the nurses. The present study had the goal to: show the relations between experiences and management practices of Brazilian nurses and the professional nursing governance on the hospital environment and make a transcultural adaptation of INPG, to the portuguese-brazilian language. The ethical committee of the Federal University of Santa Catarina has approved the research project (parecer 892.828 CAAE: 38860614.5.0000.0114.). The theoretical substantiation is based on the assumption of theoretical approximation of professional nursing governance and the nursing management on the Brazilian context. The research was done in two phases, a qualitative and systematic review of literature and a methodological study of the transcultural adaptation of INPG. On the systematic review phase 1446 papers were analyzed, these papers were found in: PUBMED, LILACS, BDEF and SCIELO. The papers were read and critically evaluated based on the Critical Appraisal Skills Programme (CASP). The next step was to do the data systematization on the analysis category. The data extraction was based on the professional nursing governance model and the findings after the extraction, pointed to the quantitative order synthesis. The transcultural adaptation involved the following phases: initial translation, synthesis of translation, back translation, synthesis of back translation, jury committee and pre-test. In all those phases the author of INPG was

aware about the suggested changes. The pre-test was performed at the University Hospital *Prof. Polydoro Ernani de São Thiago*, in Florianópolis city, state of Santa Catarina in Brazil. The instrument was applied to a random sample of 52 nurses. After that the data was submitted to a statistical analysis using the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 13.0. The statistical data was considered significant with Cronbach correlation coefficient of 0.9, showing an adequate internal confidence level. It was concluded that INPG is likely to be used in Brazil. It will be necessary more researches to validate INPG with a bigger sample and psychometric analysis.

Descriptors: Nursing, Management, Clinical Governance, Nursing Administration Research, Hospital Administration, Translating.

RESUMEN

La gobernanza durante la práctica profesional de la enfermería puede entenderse como un modelo estructural y de gestión organizacional, y otorga a los enfermeros mayor control sobre las decisiones relacionadas a la práctica profesional, contribuyendo a una mayor autonomía durante la práctica de enfermería. En dicha perspectiva, para medir la gobernabilidad, fue establecido en 1998 el instrumento "*Index of Professional Nursing Governance*", por el estadounidense Robert Hess. El IPNG contiene 86 artículos divididos en seis sub-escalas: control del personal, acceso a la información, recursos, participación, control de la práctica y objetivos. Tiene como objetivo medir el tipo de gobernanza de la práctica profesional de enfermería, llevada a cabo en un hospital, variando el puntaje general de 86-430 puntos. Las respuestas son dadas a partir de la escala Likert con cinco anotaciones. Las puntuaciones más bajas tienden a evidenciar un modelo de gestión tradicional de enfermería, sin la participación del personal en la toma de decisiones, mientras que las puntuaciones altas proveen comprensión de un modelo de gestión compartida o autónoma. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en los EE.UU. por más de 15 años y, con el tiempo, fue ganando terreno internacionalmente, relacionando el mismo a una mejora en la preservación y satisfacción de los enfermeros. Este estudio tiene como objetivo: resaltar la relación entre la experiencia y gestión durante la práctica de las enfermeras brasileñas y la gobernanza durante la práctica profesional de enfermería en el ambiente hospitalario y realizar la adaptación transcultural del "*Index of Professional Nursing Governance (IPNG)*" a la lengua portuguesa en el Brasil. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) parecer 892.828 CAAE: 38860614.5.0000.0114. El marco teórico se basa en la hipótesis de aproximaciones teóricas de la gobernanza en la práctica profesional de la enfermería y la gestión de enfermería en el contexto brasileño. La investigación abarcó dos pasos del método, una revisión sistemática cualitativa de la literatura y un estudio metodológico de la adaptación transcultural de instrumentos IPNG. La etapa de revisión sistemática significó el análisis inicial de 1446 artículos que se encuentran en la base de datos: PubMed, LILACS y BDNF y SciELO. Se llevó a cabo una lectura de materiales pre-seleccionados inicialmente y una evaluación crítica de artículos basados en el *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*. Más tarde, se produjo una sistematización de datos en categorías de análisis. La extracción de dichos datos se basó en el

modelo de gobernanza de la práctica de enfermería profesional y los resultados de la extracción, se refirieron a la síntesis cualitativa. La adaptación transcultural envolvió los siguientes pasos: traducción inicial, síntesis de las traducciones, retro-traducciones, síntesis de retro-traducciones, comité de jueces y pre-test. En cada una de las etapas, el autor del instrumento permaneció consciente de los cambios sugeridos. El lugar en el que se llevó a cabo la aplicación del pre-test fue el Hospital Universitario Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, Brasil. El instrumento fue administrado a una muestra aleatoria de 52 enfermeras, luego analizado estadísticamente mediante el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Las pruebas estadísticas fueron consideradas significativas si el coeficiente de correlación global de Cronbach resultaba de 0,9, demostrando la fiabilidad interna. Se concluyó que el instrumento IPNG es apto para su uso en el Brasil. Serán necesarias investigaciones futuras para la validación del IPNG a una muestra mayor de enfermeras y análisis psicométrico.

Descriptor: Enfermería, Gerencia, Gestión Clínica, Investigación em Administración em Enfermería, Administración Hospitalaria, Traducción.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDENF- Bases de dados de Enfermagem
BT1 Retro tradução 1
BT12-Síntese das retrotraduções
BT2- Retrotradução 2
CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASP- *Critical Appraisal Skills Programme*
CNPq- Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento
DE- Diretoria de Enfermagem
DECS- Descritores de Ciências de Saúde
EBSERH-Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAPs- Fundação de Apoio e Amparo as Pesquisas
GEPADES- Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde.
HU- Hospital Universitário
ICN- *International Council of Nurses*
IPNG- *Index of Professional Nursing Governance*
LILACS- Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
MAE- Método de Assistência de Enfermagem
MCTI- Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MEC- Ministério da Educação
NWI-R- *Nursing Work Index- Revised*
PBE- Prática Baseada em Evidência
PUBMED- Publisher Medline
SCIELO- Biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online
SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*
T1- Tradução 1
T12-Síntese das traduções as retrotraduções na versão T1 e T2
T2- Tradução 2
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

DISSERTAÇÃO - LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das pontuações de governança. Florianópolis, SC, Brasil, 2015	49
Quadro 2 - Estratégias de busca utilizadas nas bases Lilacs, Bdenf, Pubmed e Scielo. Florianópolis, SC, BRASIL, 2015	63

MANUSCRITOS - LISTA DE QUADROS

MANUSCRITO 1

Quadro 1- Estratégias de busca nas bases Lilacs, Bdenf, Pubmed e Scielo- Florianópolis, SC, BRASIL, 2015.....	81
Quadro 2- Estudos selecionados pela pesquisa- Florianópolis, SC, BRASIL, 2015.....	87
Quadro 3- Achados e síntese qualitativa dos estudos selecionados pela pesquisa-Florianópolis, SC, BRASIL, 2015.....	89

MANUSCRITO 2

Quadro 1. Porcentagem de concordância entre os juízes. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.	127
--	-----

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 2 - LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas (n=52). Florianópolis, SC, 2015.....	132
Tabela 2. Principais sugestões dos participantes do pré-teste. Florianópolis, SC, 2015.....	133
Tabela 3. Confiabilidade geral e das subescalas. Florianópolis, SC, 2015.....	136
Tabela 4. Frequências de itens não respondidos. Florianópolis, SC, 2015.....	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os princípios da governança compartilhada- Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Elaborado pela autora.....	43
Figura 2- Analogia do pêndulo sobre diferentes tipos de governança - Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Adaptado pela autora.	45
Figura 3- Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos na revisão sistemática. Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Elaborado pela autora.....	64
Figura 4- Processos de adaptação e validação de instrumentos- Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Elaborado pela autora.....	67
Figura 5- Processo adotado na tradução e adaptação do instrumento <i>IPNG</i> -Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Adaptado Beaton et.al. (2000)...	69

MANUSCRITO 1

Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos na revisão sistemática. Florianópolis, SC, 2015	82
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	27
2. OBJETIVOS	35
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	37
3.1 GOVERNANÇA EM ENFERMAGEM.....	38
3.2 APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO <i>INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE (IPNG)</i>	47
4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS	51
4.1 PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS	51
4.1.1 Tradução do instrumento para língua alvo	52
4.1.2 Síntese das traduções	53
4.1.3 Retrotradução do instrumento para o idioma de origem (“Back Translation”).....	53
4.1.4 Apresentação da síntese retrotraduzida aos desenvolvedores do instrumento original.....	53
4.1.5 Avaliação por um comitê de juízes	54
4.1.6 Pré-teste para a avaliação da compreensão verbal	54
4.1.7 Apresentação dos relatórios e versão final aos desenvolvedores do instrumento original.....	55
4.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	55
4.2.1 Validade.....	55
4.2.1.1 <i>Validade de Conteúdo</i>	56
4.2.1.2 <i>Validade Relacionada ao Critério</i>	56
4.2.1.3 <i>Validade do Construto</i>	57
4.2.2 Confiabilidade.....	57
4.2.3 Equivalência semântica.....	57
4.2.4 Equivalência idiomática.....	57

4.2.5	Equivalência conceitual	57
4.2.6	Equivalência experimental ou cultural.....	58
5.	MÉTODO	59
5.1	ETAPA 1: REVISÃO SISTEMÁTICA.....	59
5.1.1	Pergunta de pesquisa- PICO	61
5.1.2	Critérios de inclusão e exclusão.....	61
5.1.3	Coleta dos artigos	62
5.1.4	Análise e extração dos dados	65
5.2	ETAPA 2: ESTUDO METODOLÓGICO.....	66
5.3	DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO <i>IPNG</i>	67
5.3.1	Tradução do instrumento para a Língua Portuguesa	69
5.3.2	Versão síntese das traduções.....	69
5.3.3	Retrotradução do instrumento para o idioma de origem (“ <i>Back Translation</i> ”).....	69
5.3.4	Comitê de juízes	70
5.3.5	Instrumento de avaliação das equivalências	71
5.3.6	Cenário de pesquisa e aplicação do pré-teste.....	71
5.3.7	Aspectos éticos	73
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
6.1	MANUSCRITO 1 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA	75
6.2	MANUSCRITO 2- RESULTADOS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO <i>IPNG</i>	116
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS.....	149
	APÊNDICE A – TRADUÇÃO 1 (T1), TRADUÇÃO 2 (T2) E SÍNTESE DAS TRADUÇÕES (T12)	162
	APÊNDICE B – BACK TRANSLATION 1 (BT1), BACK TRANSLATION 2 (BT2) E SÍNTESE DA BACK-TRANSLATION 1 E 2.....	175

APÊNDICE C – CONVITE PARA AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO <i>INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE (IPNG)</i>.....	191
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO COMITÊ DE JUÍZES.....	235
APÊNDICE E – SUGESTÕES DOS JUÍZES REALIZADAS NO IPNG.....	238
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE.....	252
APÊNDICE G – INSTRUMENTO IPNG VERSÃO BRASILEIRA ...	255
APÊNDICE H – PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA	264
ANEXO A – <i>INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE (IPNG)</i>.....	267
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO DO IPNG.....	278
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	279

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais representam uma das formas mais complexa de organização humana e uma das que mais utiliza diferentes tipos de recursos, dentre eles: humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Consequentemente necessita de uma equipe de profissionais e gestores qualificados para gerir e tomar decisões que vão ao encontro dos objetivos tanto da organização como de seus pacientes (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001; RAPOSO, 2007). Sabe-se que o enfermeiro, além de suas funções assistenciais, executa diversas atividades gerenciais. Nesse meandro, desempenha papel fundamental no contexto em que está inserido, tanto com a responsabilidade na realização de cuidados direto e indireto ao paciente, quanto na promoção, prevenção e proteção da saúde (UMPIÉRREZ; MERIGHI; MUNOZ, 2013).

O mercado competitivo das organizações faz com que as instituições de saúde vivenciem um desafio em proporcionar condições tanto para atrair como para reter profissionais, os quais constituem a força motriz das organizações (BALSANELLI; CUNHA, 2013). Somados ao aumento da complexidade hospitalar e interesses cotidianos conflitantes na forma como realizam a gestão organizacional, estudos apontam para a necessidade do repensar a política hospitalar e experimentar novas formas de realizar sua gestão (BERNARDES *et al.*, 2011).

Em resposta a esses desafios, muitas instituições estão buscando novos modelos de gestão. Dentre os novos modelos destaque-se a governança, estudada sobre diversos aspectos: governança clínica, governança compartilhada, governança global em saúde, governança hospitalar e governança pública (SANTOS *et al.*, 2013). O foco deste estudo estará voltado à governança da prática profissional de enfermagem.

Nesse contexto, na área da saúde o conceito de governança vem ganhando espaço ao longo dos anos. O modelo de governança, portanto, visa inovar a gestão do cuidado que é realizado no ambiente hospitalar. Como líder da equipe e responsável pela tomada de decisões sobre inúmeros aspectos de uma unidade, cabe ao enfermeiro conhecer os elementos que sustentam uma prática adequada e os diferentes modos de gestão em enfermagem (POTER O'GRADY, 1987; POTER O'GRADY; SWIHART, 2006).

O termo governo advém ideia de governabilidade, que propõe atividades sustentadas por uma autoridade formal e pelo poder que

garante a implementação de políticas formalmente instituídas. Já a palavra governança, por sua vez, tem um sentido de atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades adquiridas de modo formal ou não. Desse modo, não estão associadas necessariamente ao poder de autoridade para que sejam aceitas (SANTOS *et al.*, 2013).

Assim, o conceito de governança é um termo amplo que significa governar, guiar e embora seja um termo antigo, sua utilização na enfermagem aconteceu principalmente nas últimas décadas do século XX (PLUMPTRE; GRAHAM, 1999). Apesar de o termo ser confundido algumas vezes, transmitindo ideias de autoridade, a proposta do modelo de governança compartilhada é proporcionar autonomia e acesso dos profissionais aos processos decisórios (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Segundo Santos *et al.* (2013), o conceito de governança teve suas origens na enfermagem em meados da década de 1980, com os trabalhos de Tim Potter O'Grady. O norte-americano descreveu a governança compartilhada como um modelo e estrutura de gestão organizacional não hierárquica para a enfermagem, como uma estratégia para conferir aos enfermeiros um maior controle sobre as decisões relativas à sua prática profissional (SANTOS *et al.*, 2013a). Nesse sentido, o modelo confere maior autonomia aos profissionais e um equilíbrio entre o líder e a equipe (BARDEN *et al.*, 2011).

Dentro desse construto há uma corresponsabilização durante a tomada de decisão sobre a prática realizada, fazendo com que o enfermeiro obtenha maior controle sobre a prática, com maior valorização de seu trabalho (CLAVELLE; O'GRADY; DRENKARD, 2013). Nessa perspectiva, a governança da prática profissional de enfermagem, é um modelo de gestão pautado no compartilhamento de tomada de decisão, com base nos princípios da parceria, equidade, participação ativa das decisões e corresponsabilização das decisões. Assim sendo, é um modelo que capacita os profissionais de saúde para tomada de decisões, de modo a estimular sua participação (CLAVELLE; O'GRADY; DRENKARD, 2013).

O incentivo da criatividade dos enfermeiros, portanto, contribuem para o alcance dos objetivos e da missão das organizações de saúde. Em essência, a governança compartilhada proporciona à equipe maior autonomia, fazendo com que se sintam aptos a tomar decisões tanto quanto os gestores, empoderando-os, e consequentemente alcançando o sucesso da organização (SWIHART; 2011).

As atividades de governança compartilhada incluem o planejamento participativo, decisões conjuntas, responsabilidades

compartilhadas e empoderamento dos profissionais para o alcance dos melhores resultados aos pacientes (SANTOS et al., 2013b). Relaciona-se aos processos que conferem aos enfermeiros autonomia e controle sobre sua prática em uma organização ou serviço de saúde visando à melhoria da qualidade assistencial (BENNETT, 2012).

Assim, a governança compartilhada promove benefícios tanto aos trabalhadores como também aos pacientes, à medida que promove aos profissionais da instituição a participação compartilhada, repercutindo sua permanência no emprego; o aumento da satisfação do funcionário; melhora dos cuidados ao paciente e consequentemente diminuição do tempo de internação (SWIHART; 2011).

Ademais, as vantagens obtidas com a implantação da governança compartilhada destacam-se: criação e manutenção de uma rede de comunicação entre gestores e profissionais assistenciais, potencialização da liderança do enfermeiro, maior autonomia deste nos processos decisórios, diminuição da rotatividade do enfermeiro, maior reconhecimento e visibilidade profissional e diminuição dos custos assistenciais (GORMLEY, 2011; FRAY, 2011; KRAMER *et al.*, 2008; ROBERTSON-MALT; CHAPMAN, 2008).

Apesar destes estudos, anteriormente citados, relataram vantagens na implementação de um modelo pautado na governança compartilhada, a literatura demonstra ainda uma carência em estudos que demonstrem de modo consistente a relação entre a governança e resultados esperados, já que os achados são relatos de estudos de casos individuais (ANDERSON, 2011).

Para avançarmos na compreensão sobre a temática da relação entre a governança e melhores resultados esperados tanto aos pacientes como aos trabalhadores de enfermagem, é fundamental primeiramente que alguma mensuração avalie o nível governança em determinado local, de modo a perceber que tipo de governança existe e permeia as decisões neste ambiente, e então proceda à implementação do modelo e estrutura da governança compartilhada (ANDERSON, 2011).

A aproximação com o tema a ser pesquisado neste estudo decorre da minha experiência como bolsista de Iniciação Científica no Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES) durante o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Ao longo da minha inserção no GEPADES, participei de projetos de pesquisa sobre gerência do cuidado e governança do enfermeiro em um Hospital Universitário. Nesse sentido, no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) estudei a governança da

prática profissional de enfermagem no contexto de um Centro Obstétrico.

Entre os resultados dos estudos supracitados destacam-se:

- O conceito de governança está relacionado à atuação dos enfermeiros na gerência do cuidado e gestão dos serviços de enfermagem buscando alcançar autonomia, controle sobre o ambiente e boas relações e interações profissionais visando à qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes (SANTOS, 2014).
- Pesquisas sobre governança em enfermagem na América Latina ainda são incipientes, o que acena para a necessidade de realização de estudos sobre a temática no Brasil com o intuito de analisar e avaliar sua pertinência e aplicabilidade em diferentes contextos (SANTOS *et al.*, 2013a).
- A percepção de governança sobre a prática profissional de enfermagem proporciona ao enfermeiro maior satisfação e realização profissional, potencializa a comunicação e relacionamento interpessoal com a equipe de enfermagem e saúde e também favorece o bom funcionamento da unidade (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Dessa forma, com o processo de coleta de dados das pesquisas realizadas tive a oportunidade de me aproximar das temáticas gestão e governança, entendendo seus conceitos e como os enfermeiros significavam governança no ambiente de trabalho em que estavam inseridos, os principais fatores que influenciavam sua prática profissional, bem como as relações e interações de cada ambiente pesquisado. E, a partir desses estudos prévios, surgiu o interesse em continuar pesquisando a temática, formas de implementação e uso de instrumentos confiáveis.

Para ampliação do conceito de governança compartilhada, ainda pouco utilizado na enfermagem brasileira, é notório o levantamento dos aspectos e/ou conceitos relacionados à governança da prática profissional de enfermagem que já existem na literatura brasileira, mas não classificados como tal. Segundo Santos *et al.* (2013a), o tema representa uma possibilidade a ser explorada no campo das pesquisas de gestão e gerenciamento em enfermagem e saúde de modo a contribuir para a ampliação das margens de autonomia e atuação profissional dos enfermeiros.

Para avançar nos estudos relacionados à governança de enfermagem no ambiente hospitalar, considera-se relevante o

investimento em estudos que busquem aproximar o conceito de governança compartilhada às práticas de gestão compartilhada que são desenvolvidas no Brasil.

Além disso, investir em ferramentas confiáveis e válidas para medir governança compartilhada, faz com que os resultados possam refletir na verdadeira relação entre governança compartilhada e melhores resultados relacionados à satisfação no trabalho e satisfação dos pacientes, visto que estudos realizados sem a utilização de um instrumento específico não obteve relações significantes entre a governança e melhores resultados da prática profissional de enfermagem (PRUETT, 1989; ANDERSON, 2011).

Nesse sentido, é relevante aprofundar conhecimentos em pesquisas de tradução, adaptação e validação de instrumentos para mensuração da governança da prática profissional de enfermagem.

Vários são os instrumentos disponíveis que buscam avaliar as condições e satisfação de trabalho do enfermeiro ou que mensuram componentes relacionados ao modelo de governança compartilhada como, por exemplo, o *Shared Governance Staff Assesment Instrument*, *Decisional Involvement Scale*, *Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II*, porém, nenhum destes avalia de modo integral a governança da prática profissional de enfermagem (HESS, 2011).

Desse modo, dentre os instrumentos existentes, destaca-se o *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)*. Trata-se de um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos por Robert Hess, em 1998, que possibilita a mensuração do tipo de governança exercido pelo enfermeiro no ambiente hospitalar, e que, para ser utilizado no Brasil, em língua portuguesa, necessita ser submetido à tradução, adaptação transcultural e validação do mesmo.

O *IPNG* foi escolhido por ser considerado o instrumento com maior confiabilidade para mensurar a governança da prática profissional de enfermagem, sob um conceito multidimensional e é utilizado há mais de 15 anos em diversas instituições com o propósito de mensurar a governança organizacional, tornando-se cada vez mais reconhecido (LAMOUREUX *et al.*, 2013).

Dentre os estudos que já utilizaram o *IPNG* para mensurar as mudanças ocorridas após a implementação do modelo de governança compartilhada tem se mostrado bem-sucedido com poucos anos de implementação (HESS, 2011). As pontuações adquiridas nesses hospitais demonstram os avanços do modelo quando bem orientado, empoderando os profissionais de enfermagem e melhorando sua percepção de participação nas decisões. Um estudo realizado em um

hospital localizado no estado de Illinois, EUA, apontou um progresso em um período de quatro anos após implementação do modelo de governança compartilhada. O estudo sinalizou que a pontuação global inicial da instituição, a partir da aplicação do *IPNG* era de 161.51 pontos, demonstrando a existência governança tradicional no local. Com a implantação do modelo, a instituição passou para uma pontuação de 192 pontos, demonstrando a existência de governança compartilhada (HESS, 2011).

No estado da Florida, outro hospital também obteve avanços significativos. O hospital mensurou periodicamente as pontuações do *IPNG* e obteve mensurações aumentadas progressivamente a cada ano, chegando a uma pontuação de 173 após cinco anos de implementação do modelo (HESS, 2011).

Tais estudos, corroboram a utilidade do instrumento e a necessidade de uma constante avaliação como forma de melhoria da estrutura de governança.

Assim, apresentam-se como perguntas de pesquisa: Como as experiências e práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros relacionam-se à governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar? Quais os resultados da tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* para a realidade brasileira?

A utilização de instrumentos que avaliem determinados atributos organizacionais envolve um conjunto de processos que levam a mensuração direta ou indireta destes atributos e promove a verificação da existência de características que se pretende descobrir, bem como leva a tomada de decisões sobre os resultados encontrados (PASQUALI, 2013). Assim sendo, Pasquali (2013) trás a ideia de que avaliar atributos através de instrumentos significa formar impressões ou imagens de um determinado contexto ou características das pessoas em relação ao meio no qual fazem parte. No caso da presente dissertação, após a validação do instrumento *IPNG*, sua mensuração refletirá o tipo de governança existente em determinada instituição na qual é aplicado.

Além dos benefícios proporcionados com a governança compartilhada tanto para o exercício profissional de enfermagem como na realização de melhores práticas de cuidado, a adaptação transcultural do instrumento contribuirá com a produção do conhecimento na área de administração e gestão em enfermagem de modo inovador, tendo em vista a reestruturação administrativa das organizações e a possibilidade de avaliar as estruturas administrativas. A investigação poderá fornecer subsídios para incrementar o diálogo das práticas de gestão de

enfermagem realizadas no Brasil e outros contextos que já adotaram o modelo de governança compartilhada à luz de instrumentos internacionais.

Julga-se ainda que a adaptação transcultural do *IPNG* possibilitará sua aplicação em pesquisas futuras para avaliar a governança da prática de enfermagem em distintos cenários da prática da profissão e propiciar mudanças na qualidade do cuidado.

Sabe-se que os processos de adaptação transcultural e validação de um instrumento envolvem a realização de análises psicométricas. No entanto, o foco deste estudo é o processo de tradução adaptação transcultural do *IPNG*, deixando-se para estudos posteriores as análises psicométricas e aplicação do instrumento validado de modo a mensurar as tipologias de governança da prática profissional do enfermeiro encontrada nos diferentes contextos hospitalares.

2. OBJETIVOS

Na busca por respostas sobre a mensuração das diferentes formas de governança da prática que vem sendo implementadas na gerência de enfermagem em ambiente hospitalar, estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Analisar as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros no ambiente hospitalar, com base nos domínios da governança da prática profissional de enfermagem.
- Realizar a tradução e adaptação transcultural do “*Index of Professional Nursing Governance (IPNG)*”, para a língua portuguesa no Brasil.

3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Esta sessão apresenta a sustentação teórica do estudo, a qual está estruturada em Governança da enfermagem e assuntos relevantes sobre a temática abordada.

Para o desenvolvimento desses tópicos, foi realizada uma revisão narrativa inicialmente. Revisões narrativas não visam uma busca sistemática dos dados ou uma metodologia para busca das referências de maneira rígida para avaliação e seleção dos trabalhos, mas sim o estado da arte (ROTHER, 2011). Constituem-se de uma análise da literatura publicada em periódicos, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, livros, na busca pela interpretação e análise dos dados pelo autor sobre o assunto em questão de maneira ampla.

A pesquisa das fontes foi realizada inicialmente nas bases de dados PUBMED, Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), utilizando-se os descritores: governança clínica, gestão em saúde, enfermagem, administração hospitalar e/ou palavras chaves como, *Index of Professional Nursing Governance*. Foram selecionados artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, incluindo-se revisões de literatura que focassem aspectos relacionados ao tema.

A seguir, serão apresentados os aspectos gerais sobre governança em enfermagem e estudos que descrevem a relevância da temática.

3.1 GOVERNANÇA EM ENFERMAGEM

Com advento da sociedade pós-industrial e a valorização do conhecimento intelectual, a atenção que antes era dada aos processos, passa a se voltar às capacidades cognitivas de cada indivíduo em uma organização, com ênfase em proporcionar o desenvolvimento criativo dos profissionais (ERDMANN et. al., 2006).

Nessa óptica surgem modelos de gestão com interesse no compartilhamento das decisões superando os modelos tradicionais de gestão, uma vez que inibem mudanças, crescimento individual e organizacional, limitando as possibilidades de atrair e reter enfermeiros qualificados e criando barreiras à autonomia profissional (SWIHART; 2011).

Até aproximadamente 20 anos atrás, os hospitais não tinham um reconhecimento efetivo ou algo que comprovadamente sinalizasse que determinado hospital possuía um modelo de gestão pautada na governança compartilhada e modelos tradicionais de administração. Isso era baseado em opiniões ou mesmo pela reputação do hospital em fornecer ou não empoderamento aos profissionais (HESS, 2011).

O *Internacional Council of Nurses* (ICN) apontou preocupação com o número mundial de enfermeiros, o qual tem diminuído ao longo dos anos. Acredita-se que esta diminuição esteja associada às condições de trabalho e insatisfação em virtude do pouco envolvimento dos enfermeiros nas tomadas de decisões (ICN, 2010).

Segundo a literatura, profissionais com maiores níveis de satisfação profissional em seu trabalho tendem a assumir maiores responsabilidades, buscam por melhores resultados aos pacientes, aumentam seu compromisso e produtividade com a organização (POTER O'GRADY; SWIHART, 2006). Esse ciclo faz do modelo da governança compartilhada um importante contribuinte, repercutindo seus benefícios sobre os funcionários, pacientes, comunidades e organização (BOGUE; JOSEPH; SIELOFF, 2009).

Para melhor compreensão do modelo de governança compartilhada, discute-se a seguir suas bases e sua origem.

A palavra governar advinda do latim *gubernãre*, significa ter o controle sobre algo, administrar, exercer o governo ou ter autoridade ou poder de, agir de modo a resolver a situação (FARIA et. al., 1962), controlar, conduzir, cuidar dos interesses de algo ou alguém, dirigir, guiar, gerir, orientar uma situação, regular, rege, ter grande influência sobre algo (ACADEMIA DE CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001). Já a

palavra governança do francês *gouvernance* refere-se à jurisdição que existia em algumas cidades dos países baixos, em que os governadores dessas cidades eram os principais juízes (DOMINGOS, 1918).

Os fundamentos da governança da prática profissional de enfermagem vêm do amplo conjunto de perspectivas que incluem teorias organizacionais, administrativas e sociológicas. Essa noção contribui para o entendimento de como o modelo de governança compartilhada foi projetado e implementado ao longo dos anos (ANTHONY, 2004).

As bases para a governança compartilhada surgiram a partir das teorias organizacionais, com ênfase nos recursos humanos. Teóricos como Herzberg (1966, apud ANTHONY, 2004) e McGregor (1960 apud ANTHONY, 2004) defenderam os trabalhadores como sendo elemento importante de uma organização, incentivando essas organizações a proporcionar motivação aos funcionários para o crescimento das mesmas por meio de práticas como autonomia, capacitação, envolvimento e participação na tomada de decisão.

Da era dos recursos humanos emerge a era dos negócios e da administração, que influenciaram diretamente no desenvolvimento do modelo de governança compartilhada. Deming (1986 apud ANTHONY, 2004) introduz então novos conceitos de gestão da qualidade, propondo a qualidade do ambiente de trabalho e capacitação aos trabalhadores, tornando-os mais produtivos, enfatizando a liderança e formação de equipes. A governança compartilhada começa a surgir e dar seus primeiros passos a partir das iniciativas da gestão da qualidade do ambiente de trabalho, sofrendo influências de propostas com ênfase no empoderamento dos trabalhadores, através da teoria de Kanter, baseada no empoderamento estrutural (ANTHONY, 2004).

Essa teoria sugeria um maior acesso dos funcionários às estruturas organizacionais, maiores oportunidades de aprender e crescer profissionalmente através do conhecimento, maior acesso aos recursos, suporte e informação, permitindo a realização de um trabalho com maior autonomia (MASCOLO, *et al.*, 2011).

Nesse meandro, a enfermagem, não distante dessas correntes e pensamentos sofreu influência nos modos de trabalho, com necessidade de inserção de modelos que lhes proporcionasse maior controle e participação profissional. Consequentemente, os enfermeiros que trabalham em organizações com uma efetiva estrutura de governança compartilhada, sentiam-se empoderados. Cada uma dessas influências, a partir de uma ótica de gestão, tem semelhanças no sentido da ampla

valorização do enfermeiro enquanto ser social, importante para organização (ANTHONY, 2004).

O conceito de governança da prática profissional de enfermagem na enfermagem teve suas origens por volta da década de 1980 nos Estados Unidos, pelo estudioso Tim Potter O'Grady (BARDEN; *et al.*, 2011). Este modelo de gestão propunha que as decisões fossem tomadas no ambiente de prática profissional por meio de um processo pelo qual os enfermeiros detivessem um papel mais ativo nas decisões que afetam sua prática, já que estes enfermeiros representavam a “linha de frente” do cuidado e estavam mais próximos dos acontecimentos da unidade do que os gestores em seu alto nível de hierarquia (POTER O'GRADY, 1987).

Apesar de haver na área da saúde outras denominações referentes a governança, estudos focalizam a governança compartilhada na enfermagem, o que pode estar associado ao fato das primeiras discussões sobre esse modelo terem surgido na década de 80 e ser o modelo que está mais diretamente relacionado com a prática dos enfermeiros nos serviços saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

Assim, pautado em uma estrutura organizacional não hierárquica, o modelo suscita uma maior autonomia dos profissionais e corresponsabilização na tomada de decisão entre líder e equipe, com maior controle sobre a prática por parte do enfermeiro e maior valorização de seu trabalho (CLAVELLE; O'GRADY; DRENKARD, 2013).

Tim Porter O'Grady, em um dos seus primeiros trabalhos sobre o modelo organizacional, descreve a importância das mudanças na prática profissional de enfermagem. Essa nova abordagem oferece melhores condições salariais aos enfermeiros, refletindo na qualidade do cuidado prestado aos pacientes (POTER O'GRADY, 1987).

Para Tim, uma organização que continuasse a ser controladora apenas por gestores, com visões tradicionais até poderia ter uma produção efetiva, no entanto, as relações no ambiente de trabalho, as atitudes dos profissionais e problemas relacionados à escassez dos recursos humanos permaneceriam inalterados. Nessa linha, define gestão participativa como o ato de permitir que outros participem das decisões sobre as quais alguém tem o controle, neste caso, o gerente de enfermagem, o supervisor, administrador. Todavia, o ato de permitir a participação sob as decisões não é suficiente para haver governança compartilhada. Os enfermeiros “participativos” devem perceber sua importância no processo de decisão real e final e não apenas pontuar opiniões sem real envolvimento (POTER O'GRADY, 1987).

O objetivo em um modelo de governança compartilhada é determinar a base da corresponsabilidade e construir estruturas adequadas, pautadas em diretrizes participativas e continuadas como: o administrador tem como atribuição facilitar, integrar e coordenar o sistema e recursos para manutenção e crescimento da organização; o enfermeiro tem funções além de promover o cuidado, garantir que essas atividades caminhem de modo efetivo; o cuidado de enfermagem é um sistema que deve ser auto organizador enquanto se integra com os demais sistemas de cuidado interna e externamente e o de funcionamento dos serviços de enfermagem deve ser estruturado de forma que os padrões esperados sejam assegurados (POTER O'GRADY, 1987).

Desse modo, o modelo propõe ações participativas, passando a ser foco de estudos, inicialmente nos Estados Unidos. Na época, o país passava por um processo generalizado de escassez do número de enfermeiros hospitalares. Com intuito de reduzir os efeitos causados pela carência do número de enfermeiros, novos modos de gestão passaram a ser introduzidos nas organizações de saúde (SWIHART; 2011).

Durante este êxodo de enfermeiros, em 1981 a Academia Americana de Enfermagem (*American Academy of Nursing*) passou a estudar, identificar e avaliar alguns hospitais, denominados “hospitais magnetos” (LAKE, 2002). Estes hospitais eram assim chamados porque eram capazes de reter e manter os profissionais de enfermagem, sendo considerados como excepcionais dentre o ocorrido nos demais hospitais.

Ao identificarem os “hospitais magnetos”, a Academia Americana de Enfermagem propôs entrevistas com profissionais que trabalhavam nestes hospitais perguntando-lhes o que tornava aquele hospital um ambiente adequado de trabalho. As entrevistas ainda abordaram assuntos a respeito da satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros, o papel do enfermeiro para melhoria da qualidade do cuidado ao paciente, relações e interações entre equipe de enfermagem e médicos e enfermagem e supervisores (LAKE, 2002).

Lake (2002) aponta que os resultados destas entrevistas foram de que os “hospitais magnetos” tinham alguns atributos em comum, com valorização do processo de trabalho, descentralização nas tomadas de decisões; notável força, eficiência e liderança dos enfermeiros; reconhecimento e autonomia da enfermagem; corresponsabilização no cuidado aos pacientes para melhora da qualidade dos cuidados prestados e adequado número de pessoal com horários flexíveis para execução do trabalho. Além disso, as taxas de *burnout*, expressão usada para designar

esgotamento profissional, eram menores nesses hospitais, repercutindo em melhores resultados prestados aos pacientes (LAKE, 2002).

Além disso, mais de 370 hospitais têm sido reconhecidos como hospitais Magneto tanto nos EUA como hospitais internacionais. Essas organizações têm uma história de satisfação dos enfermeiros no local de trabalho articulada ao aumento da autonomia na prática, capacitação estrutural e ambiente de trabalho favorável a prática profissional (MOURO *et al.*, 2013).

A operacionalização do modelo de governança compartilhada ocorre por meio do estabelecimento de Unidades de Controle da Prática, que têm como objetivo conferir voz aos profissionais da “linha de frente” e que estão em contato direto com a prática assistencial. A função dessas unidades é a elaboração de um plano de ações e estratégias a serem implementadas em curto, médio e longo prazo, por meio de reuniões em equipe. Assim, encontros frequentes e comunicação verticalizada proporciona o sucesso da implementação do modelo. No entanto, é necessário que os enfermeiros tenham claro a missão e os valores da instituição para que todos os objetivos a serem alcançados promovam benefícios a todos os envolvidos (SANTOS *et al.*, 2013).

Uma vez que governança compartilhada se refere à permissão e capacitação conjuntas dos atores envolvidos na organização, o organograma e estrutura de gestão da organização devem ser descentralizados. Espera-se que 90% das decisões aconteçam no ambiente de prática pelos profissionais desse local, já que conhecem o contexto, ao invés de centralizarem-se em locais fora da prática, em altos níveis de gestão (POTER O´GRADY; SWIHART, 2006).

Assim sendo, em alguns “hospitais magnetos” é comum a implementação da governança compartilhada na estrutura de trabalho para dar suporte a enfermagem, conquistar o comprometimento, desenvolvimento, e reconhecimento profissional, e inter- relações junto aos demais profissionais e pacientes (CLAVELLE; O´GRADY; DRENKARD, 2013).

Para melhor compreensão acerca da temática, é relevante o conhecimento dos quatro princípios defendidos pela governança compartilhada que incluem parceria, equidade, participação e prestação de contas e/ou corresponsabilização, ilustrado na Figura 1.

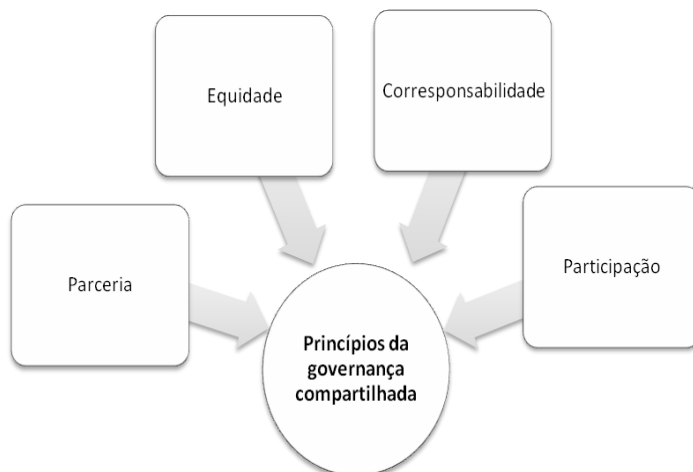


Figura 1 - Os princípios da governança compartilhada- Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Elaborado pela autora.

O princípio da parceria é vislumbrado de modo que os relacionamentos e interações aconteçam para o desenvolvimento dos funcionários com intuito de que todas as profissões possam colaborar e participem tanto das decisões como no cumprimento da missão e propósito da organização, fazendo deste princípio um fator importante para a eficácia do modelo de gestão compartilhada (SWIHART; 2011).

A equidade proposta pelo modelo é uma das melhores maneiras de integrar a equipe, pois leva em consideração que nenhuma profissão ou cargo exercido é melhor que outro, considerando os pontos de vistas de todos os funcionários da equipe (SWIHART; 2011).

Já os princípios que envolvem a participação e prestação de contas ou corresponsabilização conferem que todos os membros participem e seja corresponsável sobre processos decisórios. Dessa forma, o reconhecimento e a aceitação da importância do trabalho de todos estão diretamente relacionados ao sucesso da organização e da

forma como os profissionais da equipe participam, interagem entre si e executam seu trabalho. O modelo requer que todos os membros da equipe se comprometam em contribuir e participar na elaboração dos objetivos institucional (SWIHART; 2011).

A diversidade de ideias dentro de uma equipe, portanto, favorece a construção de debates com vistas à melhoria do cuidado, sendo vista pelos integrantes da equipe de maneira positiva para o compromisso de todos com o trabalho. Assim, estabelecer atitudes profissionais pautadas em modelos participativos são maneiras de consolidar uma nova cultura organizacional (COSTA; DALL'AGNOLL, 2011).

Assim, os estudos demonstram que implantar o alicerce da descentralização do processo decisório, a partir de concepções coletivas, promove um clima de confiança entre as pessoas, valorização da integração entre a equipe, assegura bons resultados ao cuidado, promove novas possibilidades de trabalho, constrói alternativas para diversas situações, dentre inúmeros benefícios para a organização, os membros da equipe, pacientes e familiares (BOGUE; JOSEPH; SIELOFF, 2009; COSTA; DALL'AGNOLL, 2011).

A governança compartilhada, sob a óptica do empoderamento dos profissionais, é definida em estudo, como o suporte e o poder dado aos grupos de enfermagem e o exercício do poder realizado por essas unidades de trabalho. No entanto, empoderamento apenas não é suficiente para o alcance da governança compartilhada. É necessário, portanto de um trabalho em equipe tanto entre os membros da equipe como das diferentes unidades da organização, alcançando o efetivo exercício do poder. Assim, a governança compartilhada de enfermagem será forte onde o poder do grupo de enfermagem for forte, ou seja, onde o partilhar do poder com a equipe aconteça de modo horizontalizado (BOGUE; JOSEPH; SIELOFF, 2009).

Olson (2009) defende que governança compartilhada não é uma questão de consenso, comitê ou corpo de funcionários para assumir as decisões do trabalho. Governança compartilhada é algo complexo; é uma estrutura com um equilíbrio entre a participação dos funcionários no planejamento e processos de tomada de decisão, de um lado, juntamente com a responsabilização administrativa, de outro.

A chave para uma verdadeira governança compartilhada é a comunicação efetiva entre os sujeitos, enxergando-os como verdadeiros parceiros organizacionais (OLSON, 2009).

Assim, foi criado nos Estados Unidos em 1998 por Robert Hess, o *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* oferecendo às organizações a possibilidade de uma mensuração da governança da

prática profissional de enfermagem (ANEXO A). O instrumento está detalhado e descrito na secção seguinte.

Para melhor compreensão, elaborou-se uma analogia da governança da prática profissional de enfermagem a um pêndulo, no qual em uma extremidade encontra-se a governança tradicional, pautada em modelos de gestão verticalizados em que apenas os gestores e equipe da administração hospitalar exercem o acesso às decisões e essas não são constantemente discutidas com as equipes, e em outra extremidade de uma auto-governança, na qual apenas a equipe profissional detém o poder sob as decisões (HESS, 2011).

No meio das extremidades deste pêndulo encontra-se a governança compartilhada, representando um equilíbrio onde os enfermeiros obtêm controle sobre sua prática através de um ambiente organizacional estruturado, de modo que as decisões são partilhadas (HESS, 2011). A Figura 2 seguir ilustra tal analogia.

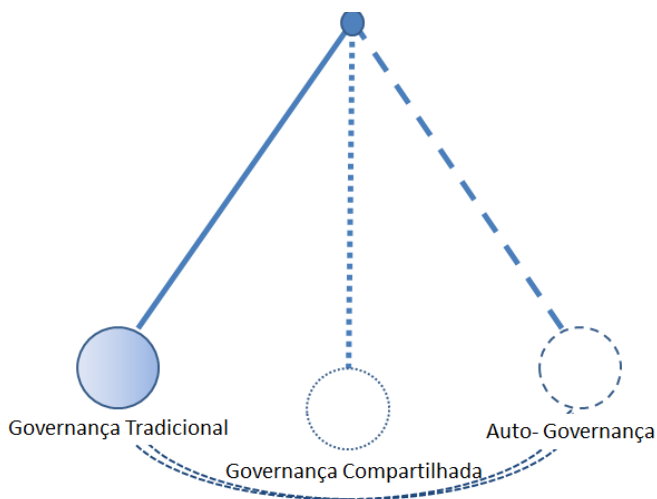


Figura 2- Analogia do pêndulo sobre diferentes tipos de governança - Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Adaptado pela autora.

Em estudo realizado em hospital na Flórida, Estados Unidos, a fim de mensurar a governança dos enfermeiros e avaliar as propriedades psicométricas do *IPNG* autores apontam resultados inovadores, visto que desde a abertura do hospital, em 2011, havia sido o objetivo alcançar o título de “Hospital Magneto”. Uma vez que as evidências demonstram a governança compartilhada como um tema considerado

importante aos hospitais magnetos, o hospital adotou medidas para o compartilhamento das decisões (LAMOUREX et. al., 2013).

Assim, os resultados encontrados por Lamourex et. al. (2013) indicam que todas as sub-escalas (exceto pessoal), a pontuação total do *IPNG* estava dentro dos limites de governança compartilhada e apresentavam alpha de Cronbach, coeficiente de confiabilidade, maior que 0,9, significando alta consistência interna global do instrumento. Outro resultado apontado pelo estudo foi a relação existente entre o *IPNG* e um instrumento chamado *Nursing Work Index- Revised* (NWI-R) associado a satisfação profissional, apontando que quanto maior o *IPNG*, maior os resultados associados a satisfação profissional.

A subescala Pessoal do *IPNG* com pontuação média de 1,74 indica ainda que, este aspecto é visto como um modelo tradicional, em oposição ao modelo de governança compartilhada. No ambiente clínico, este revela que os enfermeiros acreditam que a contratação de novos funcionários é tratada principalmente no formato tradicional (LAMOUREX et. al., 2013).

O *IPNG* tem sido utilizado cada vez mais adotado nos Estados Unidos, incluindo diversos estados do país, em mais de 80 organizações de saúde, com repercussão em novos modelos participativos de gestão para construção de melhores ambientes de trabalho, satisfação e autonomia profissional (SWIHART, 2011).

Recomendam-se novas pesquisas devido à escassez da literatura em torno à temática utilizando o *IPNG* em diferentes contextos organizacionais, populações diversas, com vistas a avançar a tomada de decisão compartilhada na enfermagem, melhora das condições de trabalho, melhora do cuidado voltado aos pacientes e aumento da confiabilidade do instrumento (LAMOUREX et. al., 2013).

Em estudo realizado em diversos “Hospitais Magnetos” em busca da relação de um ambiente favorável à prática de enfermagem associado ao uso de modelos de governança compartilhada demonstrou relação positiva e significativa com o uso de dois instrumentos, o *IPNG* e o *Nursing Work Index- Revised* (NWI-R), os quais avaliam a governança da prática profissional de enfermagem e características do ambiente de prática profissional de enfermagem, respectivamente. Nesse sentido, os índices apresentados por essas instituições variam entre 1.35 a 1.48, o resultado aponta como um ambiente de prática favorável ao desenvolvimento profissional associado à implementação de uma estrutura de governança compartilhada nesses locais (CLAVELLE; O’GRADY; DRENKARD, 2013).

Consequentemente, estudos demonstram que a participação dos enfermeiros nos processos decisórios acarreta maior satisfação profissional, menor rotatividade dos enfermeiros, com impactos positivos sobre a eficácia do trabalho, melhores relacionamentos entre médicos e enfermeiros e satisfação do paciente (WATTERS, 2009; WARSHAWSKY; HAVENS, 2012), bem como melhores resultados dos cuidados prestados aos pacientes quando os enfermeiros participam das decisões de modo compartilhado (CLAVELLE; O'GRADY; DRENKARD, 2013).

3.2 APRESENTAÇÃO DO INSTRUMENTO *INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE* (IPNG)

O amplo crescimento da governança compartilhada na enfermagem a partir da década de 80 resultou na criação de um instrumento que mensurasse as decisões e governança entre gestores e enfermeiros de um ambiente hospitalar (LAMOUREUX et al., 2013).

Em 1998, foi criado por Robert Hess o *Index of Professional Nursing Governance* (IPNG). Trata-se de um instrumento composto por 86 itens que auxilia na análise e avaliação da governança dos enfermeiros no contexto hospitalar, divididos em seis subescalas nomeadas segundo o objetivo de avaliação: (1) o controle sobre o pessoal, (2) acesso à informação, (3) recursos, (4) participação, (5) o controle sobre a prática, e (6) objetivos e resolução de conflitos.

Tais subescalas permitem a mensuração e avaliação de diferentes áreas que podem contribuir para a governança do enfermeiro.

A subescala “controle sobre o pessoal” refere-se ao grupo de pessoas que controlam as estruturas relacionadas à governança da prática profissional tais como, contratação de pessoal, promoção, ajustes salariais e benefícios, criação de novos cargos, conduções de ações disciplinares e avaliação de pessoal (COHEN, 2015).

O “acesso à informação” refere-se ao grupo de pessoas que tem acesso às informações relevantes para atividades da governança profissional, como, acesso às opiniões dos profissionais, acesso aos orçamentos e despesas anuais, metas e objetivos departamentais, protocolos, condição financeira da organização, planos estratégicos, entre outros (COHEN, 2015).

O “acesso aos recursos” relaciona-se ao grupo que tem influência aos recursos que suportam a prática, tais como, suprimento de materiais, recursos humanos, regulação das admissões e transferências de

pacientes, determinação de tarefas, acesso aos serviços que dão suporte a enfermagem, entre outros (COHEN, 2015).

A “participação” refere-se ao grupo que faz parte de atividades relacionadas à governança da prática, como, participação nas políticas e procedimentos relativos a prática assistencial (COHEN, 2015).

O “controle sobre a prática” refere-se a questões relativas ao grupo que realiza o controle da prática profissional como, qualidade do cuidado prestado, exigências e qualificação profissional, inserção de evidências científicas na prática profissional, inserção de procedimentos ou protocolos. Os objetivos e resolução de conflitos fazem menção ao grupo de pessoas. Refere-se ao grupo de pessoas que negociam os objetivos a ser atingidos realizam a intermediação dos conflitos (COHEN, 2015).

Consequentemente, a partir da mensuração feita com o instrumento IPNG, as análises das seis dimensões existentes podem ser feitas de modo individual de modo a perceber quais domínios requer maior atenção para aumentar a pontuação de tais domínios (COHEN, 2015).

Cada item do questionário é respondido utilizando uma escala de Likert com 5 pontos, onde cada item representa a o grupo de pessoas que exercem governança sobre determinado assunto abordado no domínio ou sub-escala em questão, respeitando o seguinte esquema de pontuação.

Opções de resposta:

- 1: apenas a gestão de enfermagem/administração;
- 2: principalmente a gestão de enfermagem / administração com alguma contribuição pessoal;
- 3: igualmente compartilhada por enfermeiros da equipe e gestão de enfermagem/administração;
- 4: principalmente enfermeiros da equipe com alguma gestão de enfermagem /administração
- 5: apenas enfermeiros da equipe.

Cada item do instrumento é agrupado de acordo com seu foco em cada subescala. Após a soma das respostas de cada item, os resultados são comparados com os valores de referência que indicam o tipo de governança da organização percebida de acordo com os participantes da pesquisa (HESS, 2010).

Portanto, as pontuações acontecem a partir da soma de cada resposta dada pelo participante, obtendo o escore total a partir da pontuação global do instrumento (MASCOLLO, 2011). A pontuação

representa a influência dos profissionais de enfermagem e o controle sobre sua prática profissional, refletindo no acesso as decisões organizacionais. Quando ocorre a implantação do modelo de governança compartilhado há um deslocamento do controle organizacional e a equipe passa a ter maior influência participativa (HESS, 2010).

Hospitais com pontuações globais entre 86 e 172 indicam um modelo de governança tradicional, enquanto que pontuações entre 173 e 344 indicam governança compartilhada. Já uma pontuação de 345 ou mais indicam autogovernança (HESS, 2010; HESS, 2011).

Pontuações baixas indicam uma propensão para a governança tradicional, onde a tomada de decisão acontece principalmente de maneira verticalizada e centralizada nos altos níveis de gestão, enquanto que pontuações altas indicam governança compartilhada ou autogovernança (HESS, 2010).

O instrumento é composto ainda por uma ficha de caracterização dos participantes como sexo, idade, nível educacional, setor no qual trabalha função atual exercida, anos de experiência na profissão, e demais informações relevantes para o estudo elaborado pelo autor.

Para melhor compreensão o Quadro 1 ilustra as pontuações que podem ser atingidas a partir da aplicação do instrumento *IPNG*:

Classificação	Pontuação	Grupo Dominante
Governança tradicional	86 a 172	Gestores/Administradores somente
Governança compartilhada	173-257	Principalmente administradores com alguma participação e contribuição da equipe
	258	Igualmente compartilhado pela equipe e administradores/gestores
	259-344	Principalmente pela equipe com alguma participação e contribuição dos gestores/administradores
Auto-governança	345-430	Apenas equipe

**Quadro 1 - Distribuição das pontuações de governança.
Florianópolis, SC, Brasil, 2015**

Os escores para as subescalas podem ser obtidos a partir da soma dos escores das respostas dos sujeitos para cada subescala, podendo variar entre 13 a 65 pontos para a subescala do controle sobre o pessoal; entre 14 e 70 pontos para a subescala acesso à informação; entre 22 a

110 pontos para a subescala de acesso aos recursos; entre 10 e 50 pontos para a subescala participação; entre 15 a 75 pontos para a subescala o controle sobre a prática e entre 12 a 60 pontos para a subescala objetivos e resolução de conflitos.

4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS

4.1 PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DE INSTRUMENTOS

A adaptação de instrumentos internacionais é uma metodologia adotada e uma preocupação atual dos pesquisadores na enfermagem, (GASPARINO, 2008) em virtude do aumento do número de pesquisa e da necessidade de reconhecimento internacional. Nesse sentido, a fim de atingir visibilidade recomenda-se o uso de instrumentos reconhecidos internacionalmente de forma que os resultados possam ser comparados com outros contextos (RIBEIRO et al., 2013).

Assim, as adaptações de instrumentos envolvem aspectos de um estudo metodológico que para sua realização requer execução das etapas de modo sistemático. Todavia não há um consenso entre os autores em relação às etapas adotadas durante todo o processo de tradução e adaptação de instrumentos, variando de autor para autor. De modo geral, o que os autores recomendam é que as etapas aconteçam de modo planejado, para garantir a qualidade do instrumento original permaneça inalterada ao mesmo tempo em que se torne adequado ao público alvo (PASQUALI, 2010).

Nessa linha de pensamento, existem diversas abordagens metodológicas para o processo de adaptação de instrumentos para uso na área da saúde observada na literatura (SOUZA; ROJJANASRIRAT, 2011).

Nesta seção serão relatadas as perspectivas defendidas pelos principais autores utilizados como referência no processo de adaptação de instrumentos.

Historicamente o processo de adaptação de instrumentos era realizado superficialmente, através da simples tradução literal das palavras, comprometendo o sentido dos significados e deixando de lado relevâncias culturais do local para qual se pretendia aplicar o instrumento traduzido (REICHENHEIM; MORAES, 2007; POLIT; BECK, 2011).

Por esse motivo, em países como o Brasil, com vasta extensão territorial, surgem preocupações em observar se essas traduções refletem efetivamente as diferenças culturais existentes no país que se pretende adaptar o instrumento, ou mesmo se determinado termo do instrumento de origem é adaptável aquela realidade (PASQUALI, 2010, p. 509).

Por essas e outras preocupações, o processo de adaptação de instrumentos sofreu mudanças ao longo do tempo na forma como foi realizado. Nos anos 90 a técnica realizada era através da tradução literal do instrumento, chamada também de tradução tradicional, que consistia em um único passo de tradução feita por uma pessoa fluente nos dois idiomas, tanto a língua original do instrumento como língua alvo. Por esse motivo, não era incomum acontecer vieses linguísticos, culturais e de compreensão teórica e prática por parte destes profissionais, ocasionando divergências entre o instrumento original e o instrumento traduzido (VALLERAND apud PASQUALI, 2010, p.508).

4.1.1 Tradução do instrumento para língua alvo

É importante frisar que antes de iniciar um estudo de tradução e adaptação, seja solicitada junto ao autor do instrumento a autorização formal para utilização do instrumento e sua adaptação para língua alvo. A Autorização do autor do instrumento *IPNG* encontra-se em anexo B.

Inicia-se a primeira etapa do processo conforme preconizado pela literatura. O instrumento é entregue a dois tradutores bilíngues, cuja língua materna seja a língua alvo do estudo, e que tenham fluência na língua do instrumento original para que façam a tradução de forma independente. Um dos tradutores é informado sobre os conceitos do estudo para que a tradução aconteça de modo específico e voltado para natureza clínica, enquanto outro tradutor não é informado sobre estes aspectos (BEATON et al., 2000; (PASQUALI, 2010).

Outro motivo pelo qual um dos tradutores não ser informado sobre os conceitos do estudo é que ao realizar as traduções dos instrumentos para a língua alvo, é notória a busca por palavras muito compatíveis com a versão original do instrumento pode acarretar em dificuldade de entendimento da linguagem do instrumento para determinados grupos populacionais. Espera-se, portanto, que os itens sejam compreendidos pela máxima quantidade de pessoas quanto possíveis (PASQUALI, 2010). Para isso, recomenda-se que os dois tradutores tenham perfis ou especialidades diferentes (BEATON et al., 2000).

4.1.2 Síntese das traduções

Durante esta etapa é feito um encontro juntamente com os tradutores, com intuito de analisar cada uma das traduções. O encontro tem como objetivo avaliar a melhor versão traduzida de cada item do instrumento, chegando a uma versão consenso chamada de versão síntese traduzida. As dúvidas e questões relativas as traduções diferentes são discutidas neste encontro e registrado a forma como se chegou a versão síntese (BEATON et al., 2000).

4.1.3 Retrotradução do instrumento para o idioma de origem (“Back Translation”)

Em seguida a versão síntese traduzida é retraduzida para o idioma original por outros dois tradutores que não conheçam o instrumento original, às cegas, aproximando a versão retraduzida da versão original do instrumento (PASQUALI, 2010).

Esse processo é realizado para certificar-se que a versão síntese traduzida refletirá o mesmo conteúdo da versão original. Recomenda-se que a retradução seja feita por no mínimo dois tradutores cuja língua materna deve ser a mesmo do instrumento original. Do mesmo modo, faz-se uma síntese da retradução e essa versão final da retradução é enviada para o autor do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000).

4.1.4 Apresentação da síntese retrotraduzida aos desenvolvedores do instrumento original.

Essa etapa corresponde o encaminhamento ao autor do instrumento original a versão síntese retrotraduzida, de modo que os autores do instrumento possam observar se a versão que será adaptada reflete de modo semelhante os itens do instrumento original, com ajustes apenas ao contexto alvo. Nessa etapa o autor do instrumento também esclarece possíveis dúvidas que possam ser pertinentes ao processo de adaptação do instrumento a outra realidade (BEATON et al., 2000).

4.1.5 Avaliação por um comitê de juízes

Conforme já pontuado previamente, não há um consenso entre os autores em relação a algumas etapas do processo de adaptação transcultural. Alguns autores defendem o processo de elaboração de um comitê de juízes ou especialistas em cada uma das etapas do processo de síntese, tanto da versão traduzida como da versão retraduzida. Enquanto outros defendem a criação de um comitê apenas durante o processo de avaliação das equivalências, com a apresentação aos juízes de todas as versões sínteses, traduzidas e retrotraduzidas (BEATON et. al., 2000; SOUZA; ROJJANASRIRAT, 2010; PASQUALI, 2010).

De qualquer modo, o comitê de juízes tem como objetivo principal produzir uma versão “pré-final” do instrumento, sendo fundamental para o processo de adaptação (BEATON et al., 2000). Assim, o comitê pode analisar as traduções, avaliando item por item do instrumento, palavra por palavra e minimizar vieses. Essa etapa é o momento em que os juízes fazem sugestões de ajustes para que a versão pré-teste chegue aos participantes da melhor forma possível, e que consiga refletir as peculiaridades do país alvo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; PASQUALI, 2010).

Não existem regras fixas quanto ao número e escolha de pessoas que formarão o comitê (PASQUALI, 2010), mas recomenda-se que o comitê de juízes seja formado por uma variedade de profissionais, para proporcionar diferentes contribuições, sejam eles profissionais da temática em questão, tradutores e experts no método (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Sendo assim, cabe ao comitê as decisões críticas sobre a avaliação das equivalências conceitual, semântica, cultural e idiomática (BEATON et al., 2000).

4.1.6 Pré-teste para a avaliação da compreensão verbal

Nessa etapa o novo questionário é testado com uma amostra da população alvo, recomenda-se uma amostra de aproximadamente 40 participantes de modo que cada sujeito responde ao instrumento, e contribui fazendo sugestões (BEATON et al., 2000).

São explorados neste momento a compreensão dos itens, seus significado e respostas. Isto assegura que a versão adaptada estará mantendo a sua equivalência operacional, ou seja, verifica-se a eficácia da aplicação do instrumento (AIRES, 2010).

As respostas são examinadas para compreensão da proporção de itens ou respostas individuais (BEATON et al., 2000). Deve notar-se

que, embora esta etapa proporcione dicas úteis sobre como a pessoa interpreta os itens do questionário, ela não contempla a construção da validade, confiabilidade, ou padrões de resposta ao item do instrumento adaptado. Por isso, recomendam que testes adicionais sejam realizados na versão já adaptada, de modo a avaliar essas propriedades métricas do instrumento (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

4.1.7 Apresentação dos relatórios e versão final aos desenvolvedores do instrumento original.

A fase final do processo de adaptação é uma submissão dos relatórios para o autor do instrumento. O objetivo é informar o autor através do envio de relatórios o comprometimento científico dos pesquisadores em seguir todas as etapas recomendadas pela literatura (BEATON et al., 2000).

4.2 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

O aspecto mais importante de uma pesquisa metodológica é o ramo chamado psicometria. A Psicometria lida com a mensuração de determinado conceito através de ferramentas confiáveis. Consequentemente, a psicometria auxilia na articulação entre teoria e desenvolvimento de instrumentos de medição ou técnicas de medição (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, para que os instrumentos de medida sejam aplicáveis é preciso que tenham características validas e confiáveis (PASQUALI, 2013).

Nessa perspectiva, as propriedades métricas que se pode avaliar em um instrumento dizem respeito a: validade, confiabilidade, interpretabilidade e sensibilidade (HULLEY, 2008). Conforme os objetivos de cada pesquisador e instrumento utilizado serão escolhidos as propriedades psicométricas a serem avaliadas.

Embora esta investigação não realize avaliações psicométricas do instrumento, julgou-se necessário elencar de modo geral os principais componentes necessários para o processo de validação e análises psicométricas futuras, visto que após a aplicação do pré-teste são feitos alguns testes estatísticos.

4.2.1 Validade

O termo validar poder ser definido como o grau em que o instrumento é apropriado para mensurar aquilo que se propõe a medir, possibilitando inferir o quanto os resultados representa a teoria investigada ou quanto se afastam dela (POLIT; BECK, 2011; PASQUALI, 2013). Há três principais tipos de validade que variam de acordo com a informação oferecida e com o objetivo do pesquisador: validade de conteúdo, validade de construto e validade relacionada ao critério (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK, 2011).

Estudo de revisão integrativa sobre estudos de validação na enfermagem demonstrou que o aumento destes estudos na área e os resultados apontam para uma relação quanto ao tipo de validação descrita nos artigos analisados, a validação de conteúdo foi a mais citada e utilizada em 71,4% dos artigos de um total de 21 artigos formados ao final da revisão integrativa. Seguida pela validação de critério (28,5%) e de construto (23,8%). A validação de conteúdo, isoladamente, foi utilizada em 52,4% dos estudos, a validação de critério em 14,2% e a validação de construto em 9,5% (RIBEIRO et al., 2013).

4.2.1.1 Validade de Conteúdo

A validade do conteúdo avalia se determinado instrumento contém questões que abordam de modo representativo aquele conteúdo ou tema que se pretende medir (PASQUALI, 2010). Assim, é preciso ter o domínio do conteúdo em questão para se avaliar se as questões representam o constructo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). A validade de conteúdo pode ser avaliada por meio da validade de face ou por um índice de validade de conteúdo (IVC), que representa a porcentagem de concordância entre especialistas sobre o universo de um dado construto (LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001; POLIT et al., 2011).

4.2.1.2 Validade Relacionada ao Critério

Avalia as correlações entre o instrumento utilizado em uma pesquisa e algum critério externo, comparando o instrumento utilizado com outro instrumento já existente que avalia o mesmo conceito. Para essa avaliação é preciso que os dois instrumentos a serem comparados estejam relacionados aos mesmos conceitos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2.1.3 Validade do Construto

A validade de construto testa se as relações das hipóteses previstas entre os construtos são coerentes, utilizando escalas semelhantes. Refere-se à capacidade da aferição se encaixar dentro de um construto sobre o fenômeno estudado e contempla a validade de face e conteúdo (HULLEY, 2008).

4.2.2 Confiabilidade

Uma medida com alta precisão ou confiabilidade é aquela cuja reprodução tenha seus valores semelhantes em cada aferição (HULLEY, 2008). Uma das maneiras de avaliar a confiabilidade de um instrumento é através da realização das validações das equivalências de um instrumento.

4.2.3 Equivalência semântica

A equivalência semântica corresponde à avaliação da equivalência gramatical e de vocabulário, observando se as palavras possuem o mesmo significado, ou seja, se possuíam uma tradução literal com significado semelhante ao que foram traduzidas para o português, apresentando equivalência de significado (BEATON et al., 2000).

4.2.4 Equivalência idiomática

Corresponde a traduções de expressões idiomáticas, ou maneiras coloquiais que são de difícil tradução. Assim, o comitê pode formular uma expressão equivalente na versão em português com significado semelhante (BEATON et al., 2000).

4.2.5 Equivalência conceitual

Os conceitos das palavras ou expressões utilizadas no instrumento original devem ser equivalentes a versão traduzidas, afim de que o significado conceitual seja mantido e se possuem a mesma

importância em países diferentes (GUILLEMI; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

4.2.6 Equivalência experimental ou cultural

Equivalência experimntal ou cultural refere-se à coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população à qual se destina, dentro do seu contexto cultural (BEATON et al., 2000).

Os itens são analisados, buscando captar as experiências diárias, visto que cada país ou cultura realiza determinada tarefa que outra pode não ser experimentado. Os itens do questionário teriam de ser substituídos por algo semelhante, que é de fato vivido na cultura alvo (BEATON et al., 2000).

5. MÉTODO

Esta dissertação integra o escopo do macroprojeto de pesquisa do GEPADES: “Governança e Gestão/Gerência do cuidado em Enfermagem e Saúde: tradução, adaptação e validação de instrumentos internacionais para uso no Brasil”, o qual é financiado pela chamada MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs Nº 71/2013.

Esta dissertação foi desenvolvida em duas etapas com vistas a atingir aos objetivos propostos. A primeira etapa compreende uma revisão sistemática da literatura e a segunda envolve um estudo metodológico. A seguir, apresentar-se-ão os aspectos operativos referentes a cada uma das etapas.

5.1 ETAPA 1: REVISÃO SISTEMÁTICA

Nesta seção, será abordada a revisão sistemática da literatura que corresponde à primeira etapa do estudo.

A revisão sistemática, também chamada de "investigação síntese", é um método de pesquisa que busca organizar achados de pesquisas na tentativa de integrar os dados e revelar as evidências científicas sobre determinada temática, produzir declarações sobre tais evidências para orientar tomada de decisões. Para tanto, o método exige comunicação explícita entre os pesquisadores que fazem parte da revisão e busca exaustiva da literatura (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014).

Tais revisões são assim chamadas de sistemáticas, pois, além de exigirem um planejamento prévio e formulação de protocolo, usam métodos rigorosos na identificação dos textos, análise crítica e síntese dos estudos relevantes (LOPES, FRACOLLI; 2008).

A palavra “prática baseada em evidência” PBE tornou-se um dos termos mais usados na área da saúde, por ser associado, de modo geral, aos aspectos dos cuidados de saúde a partir da prática, orientações e tomada de decisão baseada em evidências científicas (RYCROFT MALONE et. al., 2004; AKOBENG, 2005). O sentido da palavra evidência é definido como uma crença ou aquilo que se pretende provar ou refutar. Nos cuidados de saúde podem ser descritos como informações usadas para decidir se determinada ação é ou não confiável (PEARSON, 2005).

Portanto, realizar uma revisão sistemática de literatura significa reunir estudos primários de modo a extrair a melhor evidência desses

estudos, e possibilitar novos achados e contribuições à saúde, política e comunidade (SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

Entre as principais características da revisão sistemática estão: fontes de busca abrangentes, seleção dos estudos primários sob critérios aplicados uniformemente e de modo reprodutível, avaliação criteriosa da amostra e síntese dos achados, com intuito de reunir estudos de uma mesma temática ou temática correlacionada e desconfigurá-los, examinando-os minuciosamente, na busca por novas interpretações dos dados (LOPES, FRACOLLI, 2008; POTTER, 2011).

Estas revisões podem reunir diferentes abordagens, qualitativas ou quantitativas e diferentes desenhos de pesquisas e tratamento dos resultados. Assim, dentre as revisões sistemáticas cujos achados primários são qualitativos e a síntese dos achados podem ser reunidos por meio de uma agregação dos dados, dá-se o nome de metassíntese ou meta-agregação (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014). A meta-agregação, portanto, é uma ferramenta metodológica que tem como foco principal a construção de uma síntese dos achados qualitativos de modo a apresentar as melhores evidências encontradas para a prática profissional (MICCAS, BATISTA, 2014).

Nesse sentido, é uma abordagem estruturada, cujo processo é conduzido para sintetizar resultados de pesquisas qualitativas, com abordagem inclusiva para a busca e seleção de estudos. Além disso, os critérios de avaliação destes estudos e sua qualidade metodológica são avaliados como critério para seleção dos mesmos (HANNES; LOCKWOOD, 2011).

De acordo com a Joanna Briggs Institute (2014), todas as revisões sistemáticas que utilizam meta-agregação seguem um processo estruturado similar. Tendo apreciado a temática escolhida, os revisores desenvolvem uma proposta rigorosa ou protocolo de definição de um plano predeterminado que:

- declara explicitamente a questão de revisão;
- define os critérios que serão usados para selecionar literatura;
- detalha uma estratégia de busca para identificar a literatura relevante;
- avalia criticamente os estudos para atender aos critérios de inclusão;
- extraem conclusões da investigação preliminar, a intervenção e os principais achados;
- avalia as evidências disponíveis e;
- sintetiza os resultados.

Para construção dessa revisão de literatura utilizou-se das seguintes etapas: formulação do protocolo para orientação da revisão, juntamente com a formulação da pergunta de pesquisa; realização das chaves de busca em diferentes bases eletrônicas, coleta de dados; organização e avaliação crítica dos artigos; análise e extração dos dados dos artigos; síntese qualitativa e apresentação dos resultados.

O protocolo utilizado na revisão sistemática apresenta-se no Apêndice H.

5.1.1 Pergunta de pesquisa- PICo

A pergunta de pesquisa foi quais são as aproximações teóricas relacionadas à governança da prática profissional de enfermagem presentes na literatura científica brasileira sobre gerência de enfermagem?

Na formulação da pergunta de pesquisa e coleta dos artigos organizou-se o problema de pesquisa a partir da estratégia **PICo**, onde **P** representa a **população** ou o tipo de pessoa que a revisão focará, o **I** representa o **fenômeno de interesse**, **Co** o **contexto** (AKOBENG, 2005). Nessa perspectiva, tem-se nesse estudo o **P** – Enfermeiros brasileiros; **I** – o fenômeno de interesse são relações entre as experiências e práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros e a governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar; **Co** – contexto hospitalar.

Como as experiências e práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros relacionam-se à governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar?

5.1.2 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão estabelecidos para esta revisão foram: artigos primários publicados em periódicos na forma completa; estudos relacionados à gerência em enfermagem brasileira; estudos em que a pesquisa tenha sido realizada em um contexto hospitalar, estudos em que as pesquisas tenham sido realizadas com enfermeiros e equipe de enfermagem, estudos que contenham os descritores estabelecidos e atendam aos objetivos do estudo, disponíveis gratuita e eletronicamente,

e publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem limite de ano.

Os critérios de exclusão adotados foram: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; teses; dissertações; TCC; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; livros; artigos em que o cenário não era o ambiente hospitalar e estudos que não eram de livre acesso da Universidade Federal de Santa Catarina.

5.1.3 Coleta dos artigos

O presente estudo desenvolveu busca sistemática em diferentes bases de dados com enfoque em estudos brasileiros. Optaram-se assim pelas bases Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Pubmed Medline (PUBMED). Todas as fontes de dados para as buscas nas bases de dados foram acessadas via VPN fornecida pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Nessas bases, foram feitas estratégias de busca para contemplar o maior número de artigos possíveis e com vistas a responder aos objetivos. Justifica-se que presente revisão foi realizada envolvendo o contexto brasileiro de modo a responder aos objetivos de interesse.

A busca foi realizada pelo acesso *online*, entre os meses de novembro a dezembro de 2014 publicados sem filtro de tempo, com intuito de abarcar o máximo possível de artigos para a revisão. Para a seleção dos artigos foram definidas estratégias de buscas diferentes para cada base de dados, e descritores estabelecidos pelo DECS (Descritores em Ciências de Saúde).

O Quadro 2 abaixo demonstra quais foram as estratégias de busca utilizadas e seus respectivos descritores, utilizando os operadores booleanos AND e OR:

Base eletrônica	Estratégia de busca utilizada
Lilacs e Bdenf	((mh:("governança clinica" OR "Administração Hospitalar" OR "Gestão em Saúde" OR "Gerenciamento da Prática Profissional" OR "Participação nas Decisões" OR

	"Liderança" OR "Autonomia Profissional" OR "Tomada de Decisões Gerenciais") AND (tw:(enfermagem OR enfermeir*) AND (instance:"regional") AND (db:(LILACS OR BDEFNF)) AND (instance:"regional"))
Pubmed	((("clinical governance"[MeSH Terms] OR governance[All Fields] OR "hospital administration"[MeSH Terms] OR "practice management"[MeSH Terms] OR "management quality circles"[MeSH Terms] OR "leadership"[MeSH Terms] OR "professional autonomy"[MeSH Terms] OR "decision making, organizational"[MeSH Terms]) AND ("nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields] OR brazilian[All Fields] OR brazilians[All Fields])) OR ((governance[All Fields] AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields] OR brazilian[All Fields] OR brazilians[All Fields])))
Scielo	(governança\$ OR "Administração Hospitalar" OR "Gestão em Saúde" OR "Gerenciamento da Prática Profissional" OR "Participação nas Decisões" OR "Liderança" OR "Autonomia Profissional" OR "Tomada de Decisões Gerenciais" OR "gestão participativa" OR "gestao colegiada" OR "gestão democratica" OR governance\$ OR "Hospital Administration" OR "Practice Management" OR "Health management" OR "Management quality circles" OR "Leadership" OR "Professional Autonomy" OR "Decision Making organizational" OR "Democratic and Participatory Management" OR "Joint Management" OR "Gestión Clínica" OR "Administración hospitalaria" OR "Gestión de La práctica profesional" OR "Gestión en Salud" OR "Participación de los Empleados" OR "Liderazgo" OR "Autonomia Profesional" OR "Toma de Decisiones em La Organización" OR "Gestión participativa")

Quadro 2 - Estratégias de busca utilizadas nas bases Lilacs, Bdefn, Pubmed e Scielo. Florianópolis, SC, Brasil, 2015.

Na base eletrônica Lilacs e Bdefn, foram encontrados 884 resultados. Na base Pubmed, busca realizada originou 333 artigos localizados. Na Scielo, foram recuperados 229 artigos. Assim, na primeira fase de identificação dos artigos, totalizaram 1446 artigos para posterior seleção pelos critérios estabelecidos.

Os artigos foram encaminhados ao gerenciador de referências *Endnoteweb*® com objetivo de excluir os artigos duplicados. Na segunda fase, os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e submetidos à análise, recebendo um número de identificação. Na sequência, foi realizada a leitura flutuante dos 1446 resumos dos artigos, com o objetivo de analisar os títulos e objetivos dos trabalhos de forma a incluir ou excluí-los das análises posteriores. Dessa etapa, resultaram 186 artigos, sendo 50 da Pubmed, 33 Scielo, 103 Lilacs e Bdenf. Na terceira etapa, a partir da leitura dos 186 artigos na íntegra foi feita uma nova análise.

Dois revisores independentes avaliaram os artigos e a seleção final deu-se por consenso, a partir da avaliação de cada um. A avaliação dos artigos baseou-se no *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* e foi observado nos artigos aspectos quanto ao rigor metodológico, relevância do estudo, delineamento de pesquisa adequado ao tipo de investigação realizado, estratégia de seleção amostral, respeito às questões éticas, análise e declaração suficiente dos resultados e contribuição do estudo para a revisão sistemática (CASP, 2013).

Dessa análise, resultou na quarta etapa, totalizando 26 artigos, 5 encontrados na Pubmed, 4 na Scielo, 17 Lilacs e Bdenf conforme o fluxograma da Figura 3.

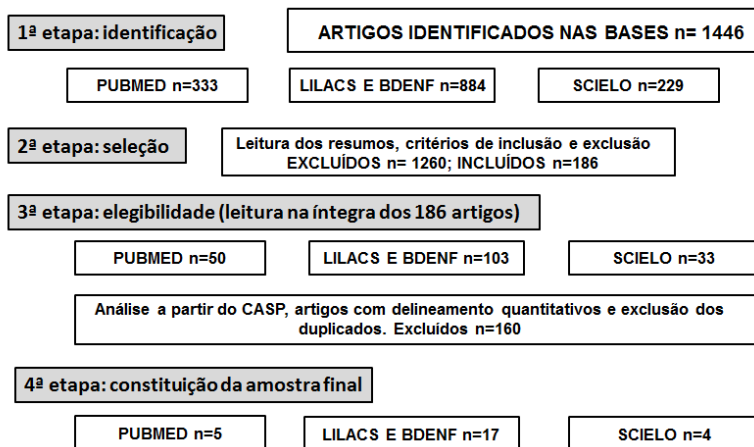


Figura 3- Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos na revisão sistemática. Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Elaborado pela autora.

5.1.4 Análise e extração dos dados

Cada artigo recebeu um número de identificação organizado pela pesquisadora do estudo à medida que foram incluídos na análise. Essa etapa do estudo aconteceu entre o período de janeiro a abril de 2015. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra e seus resultados foram extraídos à medida que os pesquisadores observavam as aproximações de cada artigo com a governança da prática profissional de enfermagem.

O processo de análise dos artigos apesar de ter sido feito pela pesquisadora principal teve auxílio de um segundo revisor. Ambos semanalmente discutiam a inclusão ou exclusão dos artigos conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e demais critérios de análise.

Desse modo, para a avaliação de cada estudo foi observado nos artigos aspectos quanto ao rigor metodológico, relevância do estudo, adequação do desenho de pesquisa a investigação realizada, estratégias de seleção da amostral, respeito as questões éticas, análise e declaração suficiente dos resultados e contribuição do estudo para a revisão sistemática. Seguiu-se o modelo de avaliação dos estudos qualitativos proposto pelo *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, uma vez que o mesmo auxilia na análise crítica de relatos de pesquisa qualitativas, quanto ao rigor, credibilidade e relevância dos estudos, utilizando-o como modelo (CASP, 2013).

Apesar de o modelo propor uma estratégia de avaliação e análise crítica dos artigos, os pesquisadores têm autonomia e liberdade para decidirem sobre a inclusão ou exclusão dos artigos selecionados, já que os mesmos podem ter relevância para a revisão sistemática qualitativa (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014).

Para extração dos dados, foi construída uma planilha junto ao programa Excel[®] de modo a organizar os dados e informações relevantes sobre a governança da prática profissional de enfermagem e melhor visualização dos achados extraídos.

A planilha continha quinze campos que foram preenchidos à medida que os artigos foram lidos na íntegra, são eles: nome do artigo, base eletrônica, autores, ano de publicação, periódico, desenho de pesquisa, cenário do estudo, objetivos do estudo, periódico, vínculo com TCC, seguido pelas seis subescalas relativas as aproximações com a governança da prática profissional de enfermagem, a saber: controle sobre o pessoal, acesso a informação, acesso a recursos, participação, objetivos e resolução de conflitos e outros achados do estudo.

Vale ressaltar que aqueles artigos em que os pesquisadores observaram a ausência de informações para extração dos dados, entrou-se em contato com os autores dos artigos para obtenção das respostas e dúvidas relativas ao estudo realizado.

A descrição dos achados e síntese qualitativa serão descritas na sessão dos resultados desta dissertação.

5.2 ETAPA 2: ESTUDO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo metodológico voltado para o processo de adaptação de um instrumento de medida. A pesquisa metodológica possui relevância para o desenvolvimento e aplicação de instrumentos para coleta de dados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, investiga os aspectos teóricos e aplicados de disciplinas como a estatística, mensuração e os meios de reunir e analisar os dados coletados (POLIT; BECK, 2011). Além disso, “diferentemente de uma pesquisa de abordagem quantitativa, o estudo metodológico não está interessado na inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, tampouco no efeito de uma variável independente sobre uma variável dependente” (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p.117).

O pesquisador de um estudo metodológico busca identificar um construto e torná-lo mensurável através de uma ferramenta como um instrumento para coleta e análise de dados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Para os casos em que o instrumento já existe, o estudo metodológico é relevante para auxiliar nos processos de adaptação e validação de um instrumento para diferentes línguas.

Os instrumentos, portanto, são importantes ferramentas para uma pesquisa já que através deles o pesquisador consegue extrair dados individuais a respeito do conhecimento sobre a temática, atitudes existentes no local, crenças, sentimentos e demais pontos importantes para o tema investigado (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para melhor compreensão de todos os passos que envolvem o processo de validação de um instrumento, observa-se a Figura 4 todos os processos; passando pelas etapas de tradução e adaptação transcultural de um instrumento, avaliação das propriedades psicométricas, até a aplicação efetiva do instrumento validado. Essas fases foram didaticamente divididas, para melhor compreender o que foi abordado neste estudo, que corresponde a fase 1.

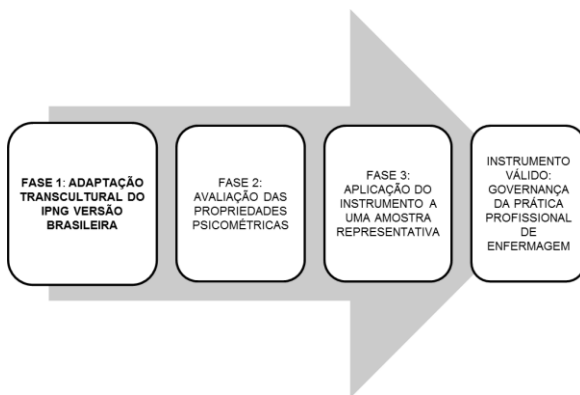


Figura 4- Processos de adaptação e validação de instrumentos- Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Elaborado pela autora.

5.3 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO *IPNG*

A seguir serão descritos os processos de adaptação que será adotado no presente estudo. A Figura 5 representa o diagrama dos passos que serão adotados na pesquisa conforme o referencial metodológico preconizado (BEATON et. al., 2000).

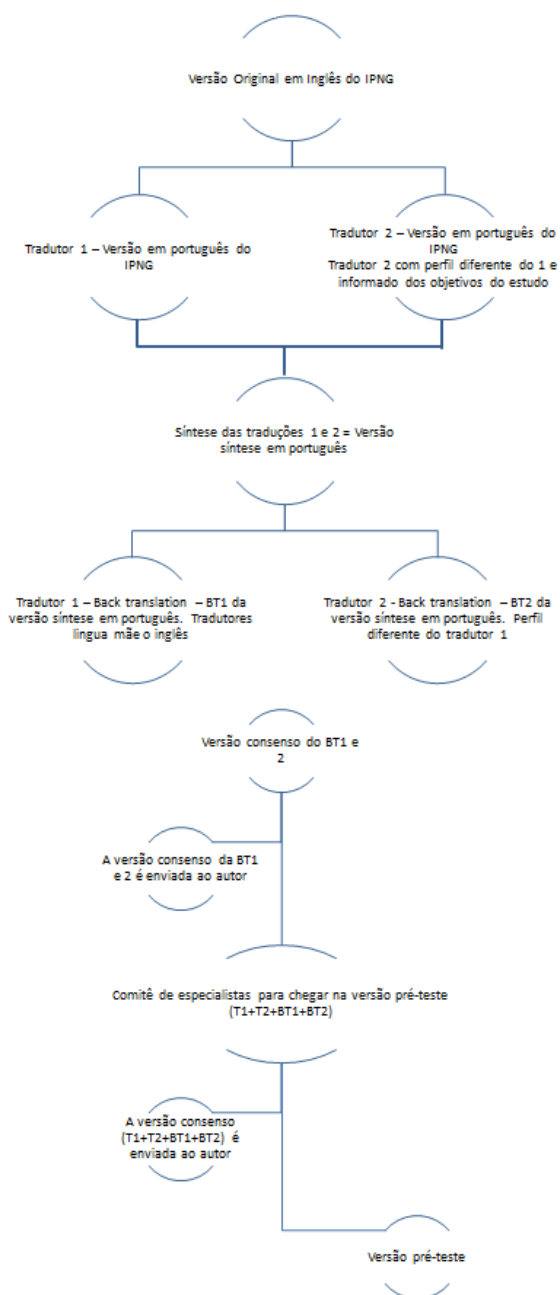


Figura 5- Processo adotado na tradução e adaptação do instrumento *IPNG*-Florianópolis, SC, 2015. Fonte: Adaptado Beaton et.al. (2000).

5.3.1 Tradução do instrumento para a Língua Portuguesa

O *IPNG* foi traduzido por dois tradutores cuja língua materna é o português e com fluência na língua inglesa. Foi realizado o contato prévio com os tradutores convidando-os a traduzir um instrumento. Os objetivos do estudo foram explicados para um dos tradutores para que a tradução acontecesse de modo específico e voltado para natureza clínica, enquanto outro não obteve o mesmo detalhamento. Os tradutores fizeram as traduções do instrumento de forma independente. Cada uma das traduções realizadas encontra-se no apêndice A.

5.3.2 Versão síntese das traduções

Após as traduções, as duas versões traduzidas foram analisadas. Sucedeu-se um encontro entre os pesquisadores e os dois tradutores, de modo a comparar as versões e realizar a síntese das traduções. Nesse encontro foram esclarecidas dúvidas em relação às diferentes traduções, de forma a estabelecer um consenso na melhor tradução para o português.

Portanto, os pesquisadores juntamente com os tradutores organizaram a versão síntese das duas traduções, obtendo uma única versão traduzida em português, versão síntese T12, que se encontra em apêndice A.

5.3.3 Retrotradução do instrumento para o idioma de origem (“Back Translation”)

Nessa etapa a versão síntese traduzida para o português (T12) foi traduzida de volta para língua original do instrumento, o inglês. Desse modo, realizou-se o contato com outros dois tradutores cuja língua materna era o inglês, e de naturalidade estaduniense, mas que fossem fluentes na língua portuguesa. Os tradutores não foram informados os objetivos do estudo e verificado se não tiveram contato prévio com o instrumento original.

Em seguida, os pesquisadores realizaram uma nova síntese, agora das retrotraduções a fim de obter-se uma única versão síntese retraduzida (BT12), que encontra-se em apêndice B.

5.3.4 Comitê de juízes

Os participantes do comitê foram inicialmente convidados e informados sobre os objetivos do estudo. Para compor o comitê, foram convidados nove juízes. Os critérios de inclusão para a escolha dos juízes foi atender ao menos dois dos seguintes fatores: ter disponibilidade em participar do encontro e ser um profissional da área da saúde, experiência assistencial ou gerencial de enfermagem em âmbito hospitalar, ter experiência na temática de gestão em enfermagem, ser docente em enfermagem, apresentar domínio da língua inglesa e conhecimentos sobre a metodologia utilizada nesse estudo.

Desse modo, compôs o comitê de juízes enfermeiros docentes com experiência na metodologia do processo de adaptação de instrumentos, enfermeiros doutores com experiência na temática de governança ou gestão em enfermagem, enfermeiros assistenciais de diferentes instituições e contextos e enfermeiros com amplo domínio na língua inglesa, perfazendo um total de nove juízes.

Em seguida foi agendado um encontro, de acordo com a disponibilidade dos juízes, entregando-lhes um material contendo todas as instruções específicas para avaliação das equivalências, o instrumento original, as traduções T1 e T2, a síntese das traduções (T12), as retrotraduções BT1 e BT2, e a síntese das retrotraduções (BT12) para que pudessem realizar as avaliações (APÊNDICE C).

O encontro com os juízes aconteceu no dia 1 de julho de 2015, em uma reunião de aproximadamente 5 horas de discussão. Foi entregue aos juízes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias (APÊNDICE D) pedindo-lhes a permissão para gravar o encontro, com intuito de analisar todas as alterações sugeridas pelo comitê. Todos os juízes assinaram o termo.

Nesse sentido, o encontro foi gravado e posteriormente transcrito para fins de conferência das alterações sugeridas durante o encontro. A pesquisadora coordenou o encontro apontando ao grupo todas as propostas prévias elencadas pelos juízes, em cada um dos itens e que poderiam ser alterados. As sugestões de cada um dos profissionais presentes no comitê foram observadas e chegou-se a uma versão consensual de cada item.

5.3.5 Instrumento de avaliação das equivalências

Somente a tradução de um instrumento não é um procedimento que garanta a sua aplicabilidade, pois, a tradução literal pode levar a erros e limitações do instrumento. Para tanto, recomenda-se a investigação sobre a clareza da linguagem, pertinência prática e a relevância dos itens, ou seja, a avaliação do conteúdo do instrumento. Desse modo, foi elaborado e enviado aos juízes um instrumento avaliação das equivalências semântica, conceitual, idiomática e cultural de cada item, o qual também encontra-se no apêndice C, mencionado anteriormente. As sugestões do comitê de juízes e porcentagem de concordância das equivalências entre eles serão apresentadas de modo detalhado nos resultados, na seção 8.2 desta Dissertação.

A organização e sistematização das sugestões feitas pelos juízes podem ser encontradas na íntegra no Apêndice E. As mudanças realizadas na versão de uso no Brasil estão em destaque nesse apêndice para melhor visualização.

5.3.6 Cenário de pesquisa e aplicação do pré-teste

O estudo foi realizado no Hospital Universitário (HU) Polydoro Ernani de São Thiago, hospital-escola da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O HU é um hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal, que presta assistência à saúde da população, exclusivamente através do SUS. Inaugurado em 1980, caracteriza-se como órgão suplementar da universidade, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão.

Desempenha ações relacionadas à formação de recursos humanos na área da saúde, com campo de estágio para cursos de enfermagem, farmácia, medicina, serviço social e psicologia. Possui cerca de 280 leitos nas áreas de clínica médica, cirúrgica, tratamento dialítico, terapia intensiva, pediatria, ginecologia, obstetrícia e neonatologia. Conta ainda um serviço de emergência adulto e infantil, ambulatório especializado, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de incentivo ao aleitamento materno e centro de material e esterilização.

A Diretoria de Enfermagem (DE) do HU/UFSC tem finalidade diretiva e organizativa, visando gerir assistência de enfermagem de excelência, produzir conhecimento, formar e educar permanentemente as pessoas, utilizando os princípios científicos, humanísticos, éticos, valorizando o ser humano em sua multidimensionalidade com olhar

holístico, otimizando as relações interpessoais e multidisciplinares bem como contemplando os princípios e a organização do SUS (GELBCKE et al., 2006).

Os trabalhadores de enfermagem estão vinculados à DE, que por sua vez tanto DE como todas as chefias de divisão e serviço são eleitas por um colégio eleitoral, composto pelos trabalhadores de enfermagem do hospital, professores do Departamento de Enfermagem e pelos alunos de enfermagem (GELBCKE et al., 2006).

O hospital conta com a presença de enfermeiros em todos os turnos e em todas as unidades. O instrumento usado para a organização do trabalho em todas as unidades de internação é o Método de Assistência de Enfermagem (MAE), tendo como base a teoria de Wanda de Aguiar Horta. A instituição possui aproximadamente 1800 trabalhadores. Destes, 164 são enfermeiros e 494 técnicos/auxiliares de enfermagem.

O interesse neste local de estudo foi decorrente a sua parceria com a UFSC em realização de estudos e pela diversidade de setores bem como profissionais com diferentes visões que poderiam contribuir para a adaptação do instrumento para uso no Brasil. Ademais, os hospitais universitários tem sido foco de amplas discussões em virtude de novas propostas de gestão a partir da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual defende em seu regimento interno o emprego de práticas de governança corporativas.

Sortearam-se a partir de uma amostra aleatória 80 enfermeiros alocados em diferentes setores. Do período de julho a agosto de 2015 foi realizado a fase do pré-teste com busca exaustiva pelos sujeitos. O contato com os participantes para convidá-los a participarem do estudo foi mediante contato pessoal em suas unidades de trabalho, explicando a eles os objetivos do estudo. Aos que aceitaram participar do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, apêndice F, e o instrumento IPNG versão Brasileira, em apêndice G.

Desse total 8 enfermeiros estavam afastados ou não aceitaram participar do estudo inicialmente, 20 enfermeiros aceitaram participar porém, não retornaram o instrumento respondido e 52 enfermeiros responderam e retornaram o instrumento. Vale salientar que a pesquisadora foi ao encontro dos 80 participantes para busca dos dados e recolhimento dos instrumentos, porém, aqueles que não retornaram após quatro tentativas optaram-se por desconsiderar sua participação.

Foram convidados a participarem do pré-teste enfermeiros de diferentes turnos de trabalho, que prestam assistência aos pacientes de maneira direta ou indiretamente, buscando abranger uma maior de

variedade de enfermeiros e abarcando diversas características organizacionais.

Os critérios de inclusão para participar da etapa do pré-teste considerado foi a experiência mínima de seis meses de trabalho na instituição hospitalar, justificando que seria o período necessário para que sua participação contribuísse avaliando as ações e interações administrativas existentes na instituição. O critério de exclusão foi estar em licença ou afastamento.

Além do IPNG, os participantes responderam questões relativas à caracterização do perfil, o tempo de preenchimento do instrumento, e orientados que respondessem ao instrumento em uma única vez para limitar vieses. Ao final do instrumento, os pesquisadores também adicionaram um campo solicitando apontamentos, sugestões ou críticas pertinentes ao conteúdo do mesmo. A pesquisadora entregava o instrumento ao participante e combinava de retornar para recolher o instrumento respondido em torno de quatro dias ou conforme planejado com o participante.

Na fase de análise, os dados coletados foram transferidos a uma planilha elaborada com auxílio do programa Excel[®] de modo sistematizado. Realizou-se então a exploração dos resultados obtidos com a devolução dos instrumentos. Os resultados coletados também foram gerenciados a um banco de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, e analisados por meio da estatística descritiva.

5.3.7 Aspectos éticos

Esta Dissertação foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer 892.828 e CAAE: 38860614.5.0000.0114 (ANEXO C). Durante o estudo, para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Os Procedimentos éticos envolvidos com as pessoas que participaram do processo de adaptação do instrumento assemelham-se aos processos éticos que os pesquisadores devem ter com os participantes de pesquisa dos demais tipos de estudo. Todos os integrantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia do estudo, bem como assegurado seus direitos de acesso aos dados.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue, por escrito, tanto aos participantes do comitê de juízes como aos participantes do pré-teste, garantindo a confidencialidade da identidade dos participantes e o anonimato das informações colhidas. Foi garantida a eles a liberdade de participar, bem como retirar suas considerações da pesquisa a qualquer momento, caso sentissem necessidade.

É importante ressaltar que foi solicitado junto ao autor do instrumento *IPNG* a autorização formal para utilização do instrumento e sua adaptação para língua portuguesa brasileira.

Foram assegurados a todos os participantes envolvidos no estudo que as informações fornecidas por eles serão confidenciais e que serão utilizadas para fins científicos. Foi garantido ainda que na divulgação das informações sera mantido o anonimato dos participantes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta Dissertação serão apresentados sob forma de manuscritos, conforme a Instrução Normativa nº 10/PEN/2011, que estabelece os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foram elaborados dois manuscritos: O Manuscrito I intitulado “Relações entre as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros e a governança de Enfermagem no ambiente hospitalar: revisão sistemática qualitativa” e o Manuscrito II intitulado “Tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance* para versão Brasileira”.

6.1 MANUSCRITO 1 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

PRÁTICAS GERENCIAIS DE ENFERMEIROS BRASILEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR E GOVERNANÇA EM ENFERMAGEM: REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

Roberta Juliane Tono de Oliveira
José Luis Guedes dos Santos
Alacoque Lorenzini Erdamann

Resumo: O papel do enfermeiro, enquanto gerente é relevantetanto para as relações e interações do ambiente e quanto para as metas a serem alcançadas em uma instituição de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros no ambiente hospitalar, com base nos domínios da governança da prática profissional de enfermagem, sem limite de tempo. Após busca eletrônica em bases de dados PUBMED, LILACS, BDENF e SCIELO encontrou-se 1446 artigos, dos quais 26 artigos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e formaram os achados dessa pesquisa. A presente revisão baseou-se no modelo de governança da prática profissional de enfermagem guiado pelo *Index of Professional Nursing Governance* (IPNG). Nesse meandro, o modelo de governança visa à compreensão que grupo de pessoas detém a governança do ambiente

hospitalar, entre enfermeiros e gestores. Os estudos foram avaliados e classificados segundo o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) e formaram as categorias de análise e sínteses qualitativas da revisão. Os dados foram sintetizados pela abordagem meta-agregação. Em síntese, os principais achados encontrados sinalizam que a gestão/gerência de enfermagem, seja realizada como enfermeiro líder ou como cargo, é vislumbrada como um desafio, na maior parte centralizado nas mãos dos enfermeiros ou dependência de hierarquia para controle da prática. Apontam para a necessidade de para implantação efetiva de novos modelos de gestão pautados em modelos e estruturas de da governança compartilhada, já que não há implantação do modelo no Brasil.

Descritores: Enfermagem, Gerência, Governança Clínica; Pesquisa em Administração de Enfermagem, Administração Hospitalar.

Resumen: El papel del enfermero como gestor, afecta tanto las relaciones e interacciones que envuelve, como las metas y los objetivos a alcanzar durante la organización sanitaria. El objetivo de este estudio fue examinar las prácticas de gestión de las enfermeras brasileñas en el hospital, basado en el modelo de gobernanza de la práctica de la enfermería profesional, sin límite de tiempo. Después de una intensa búsqueda electrónica en las bases de datos de PubMed, LILACS, BDENF y SciELO se reunieron en 1446 artículos, de los cuales 26 artículos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y conformaron los resultados de esta investigación. Dicha revisión se basó en el modelo de gobierno de la práctica de enfermería profesional guiada por el *Index of Professional Nursing Governance* (IPNG). El modelo de gobernanza tiene como objetivo la comprensión que un grupo de personas presenta sobre la gobernanza de enfermeras y administradores en el hospital. Se evaluaron y clasificaron los estudios de acuerdo con el programa Critical Appraisal Skills Program (CASP) y conformaron categorías de análisis y resúmenes cualitativos de revisión. Los datos fueron sintetizados con un enfoque de meta-agregación. En resumen, los principales resultados observados indican que la administración de la gestión de enfermería, realizada tanto como enfermero líder o cuanto como encargado, es concebida como un desafío centrado en su mayor parte en manos de las enfermeras o dependencia jerárquica para el control de la práctica. Señalan la necesidad de una aplicación efectiva de nuevos modelos de gestión, pactados de acuerdo con modelos estructurales de gobierno compartido, ya que no existe tal modelo implementado en el Brasil.

Descritores: Enfermería, Gerencia, Gestión Clínica, Investigación em Administración em Enfermería, Administración Hospitalaria

Abstract: The role of the nurse while manager, is important to the relations and interactions of the environment and to the goals to be achieved in a health institution. The objective of this study was to examine the management practices of Brazilian nurses in the hospital, based on the model of governance of professional nursing practice, without year limit. After electronic search over the databases PUBMED, LILACS, BDNF e SCIELO it was founded 1446 papers of which 26 matched the selection criteria and formed the study basis of this paper. The present review was based on the governance model of professional practice of nursing guided by the Index of Professional Nursing Governance (INPG). In this context, the governance model aims at understanding group of people holds the governance of the hospital, the nurses and managers. The studies were evaluated and classified according to the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) and formed the categories of analysis and qualitative review summaries. Data were synthesized by the meta-aggregation approach. In summary, the main results observed indicate that the management / nursing management, be performed as a nurse leader or as office, is envisioned as a challenge for the most part centralized in the hands of nurses or hierarchy of dependence to practice control. It points to the necessity of the effective implementation of new management models and models of shared governance structures, since there is no model such like that in Brazil.

Descriptors: Nursing, Management, Clinical Governance, Nursing Administration Research, Hospital Administration.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a gerência é uma das principais atribuições dos enfermeiros nos serviços de saúde, os quais atuam tanto na gerência do cuidado, quanto na gerência das unidades e dos serviços de enfermagem. Entre as práticas gerenciais dos enfermeiros, destacam-se a gerência de recursos humanos e materiais, a liderança, o planejamento da assistência, a capacitação da equipe de enfermagem, a coordenação da produção do cuidado e a avaliação das ações de enfermagem (SANTOS et al., 2013; LANZONI et al., 2015).

Com o objetivo de potencializar a atuação dos enfermeiros no desempenho dessas atividades são crescentes as discussões acerca dos valores e marcos teórico-filosóficos que embasam o gerenciamento de enfermagem. A origem dessas discussões está relacionada à evolução das teorias da administração e às mudanças no estilo de administrar e gerenciar pessoas e serviços. O gerenciamento que acata a metáfora da organização como uma máquina, que resiste à mudança, centraliza informações, ignora opiniões e recomendações dos trabalhadores está cedendo espaço para uma postura administrativa mais humana, aberta e flexível e que valoriza a aprendizagem contínua. Esse novo paradigma gerencial baseia-se na compreensão de que as pessoas são os recursos mais valiosos de qualquer organização que busca a criatividade, a inovação e a qualidade excelente (TREVIZAN et al., 2011).

Nesse contexto de busca da compreensão das organizações formadas eminentemente por pessoas e cujos serviços se direcionam a pessoas, destaca-se na área da saúde e enfermagem a utilização do termo governança para se referir às boas práticas de gestão que podem ser adotadas para melhorar o cuidado. A governança pode ser definida como o processo de ação coletiva que organiza a interação entre os atores, a dinâmica, os processos e as regras formais e informais, por meio das quais uma sociedade ou organização toma e implementa suas decisões e determina suas condutas (PIERRE, 2000).

A ideia de governança passou a ser adotada na década de 1980, nos Estados Unidos, a partir dos trabalhos pioneiros de Tim Porter-O'Grady, o qual projetou o modelo de governança compartilhada. Trata-se de um modelo de gestão para promover o controle dos enfermeiros sobre sua prática e o ambiente no qual ela é realizada. Representa uma ruptura com os modelos de gestão tradicional, nos quais enfermeiros têm pouco poder dentro das estruturas formais hierárquicas, o que cria barreiras entre os profissionais responsáveis pela assistência e pelas atividades gerenciais em uma organização hospitalar (BALLARD, 2010; FRAY, 2011; SANTOS et al., 2013).

A projeção de um modelo de governança compartilhada envolve a mensuração e avaliação de seis domínios de governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar: controle, acesso a informação, participação, acesso aos recursos, controle sobre a prática, objetivos e resolução de conflitos. O domínio controle sob o pessoal refere-se ao grupo de pessoas que controlam a contratação de novos profissionais, promoção, avaliação, ajustes salariais, benefícios, etc. O domínio acesso a informação visa a compreensão do grupo de pessoas que tem acesso as informações relevantes à governança das

atividades e aos planos estratégicos. O domínio participação refere-se ao grupo que faz parte, que cria e participa dos comitês da prática clínica e comissões orçamentárias. O domínio acesso aos recursos refere-se ao grupo que influencia os recursos que suportam a prática de enfermagem. O domínio controle sobre a prática refere-se aos profissionais que controlam a prática, os padrões de cuidados, as competências e qualificações da equipe de enfermagem. Por fim, o domínio objetivos e resolução de conflitos refere-se ao grupo de define os objetivos a serem alcançados e métodos de resoluções de conflitos (COHEN, 2015).

No Brasil, embora a produção científica sobre governança em enfermagem seja ainda incipiente, observa-se um número crescente de publicações sobre a prática gerencial do enfermeiro, especialmente de estudos de caráter qualitativo (SCOCHI, 2013). Isso gera um importante acúmulo de conhecimento nessa área e aponta a necessidade da realização de uma revisão sistemática qualitativa sobre o tema. Nesse sentido, acredita-se que a identificação de relações entre as práticas gerenciais de enfermeiros e os domínios da governança da prática profissional de enfermagem pode contribuir com a difusão da temática no país, bem como fornecer subsídios para a construção de um modelo de governança compartilhada de enfermagem para a realidade brasileira.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros no ambiente hospitalar, com base nos domínios da governança da prática profissional de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, que é adequado para a busca de consenso sobre uma temática específica e síntese do conhecimento de uma dada área. Isso acontece por meio das seguintes etapas: formulação de uma pergunta de pesquisa, identificação, seleção e avaliação criteriosa de estudos científicos contidos em bases de dados eletrônicas e síntese dos achados (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014).

Na formulação da pergunta de pesquisa e coleta dos artigos, organizou-se o problema de pesquisa a partir da estratégia **PICo**, em que **P** representa a **população**, o **I** o **fenômeno de interesse** e **Co** o **contexto** (AKOBENG, 2005). Tem-se, portanto, o **P** – Enfermeiros brasileiros; **I** – relações entre as experiências e práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros e a governança da prática profissional de enfermagem no

ambiente hospitalar; **Co** – contexto hospitalar. Assim, ajustando o objetivo do estudo à estratégia PICo, definiu-se como questão norteadora: Como as experiências e práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros relacionam-se à governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar?

A busca foi feita sem recorte temporal nas seguintes bases: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), SCIELO e Pubmed Medline (PUBMED). Todas as fontes de dados para as buscas nas bases foram acessada via VPN fornecido pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos originais publicados em periódicos na forma completa nos idiomas português, inglês ou espanhol; estudos realizados no contexto hospitalar, cujos participantes eram enfermeiros e/ou equipe de enfermagem; estudos que contenham os descritores estabelecidos e atendam ao objetivo do estudo. Foram excluídos artigos no prelo e que não eram de livre acesso a partir do VPN da universidade.

Para a seleção dos artigos, foram definidas estratégias de buscas diferentes para cada base de dados, a partir dos Descritores em Ciências de Saúde (DECS).

O quadro deste Quadro 1 apresenta as estratégias de busca utilizadas e seus respectivos descritores, utilizando os operadores booleanos AND e OR:

Base eletrônica	Estratégia de busca utilizada
Lilacs e Bdenf	((mh:("governança clinica" OR "Administração Hospitalar" OR "Gestão em Saúde" OR "Gerenciamento da Prática Profissional" OR "Participação nas Decisões" OR "Liderança" OR "Autonomia Profissional" OR "Tomada de Decisões Gerenciais"))) AND (tw:(enfermagem OR enfermeir*)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDENF")) AND (instance:"regional"))
Pubmed	((("clinical governance"[MeSH Terms] OR governance[All Fields] OR "hospital administration"[MeSH Terms] OR "practice management"[MeSH Terms] OR "management quality circles"[MeSH Terms] OR "leadership"[MeSH Terms] OR "professional autonomy"[MeSH Terms] OR "decision making, organizational"[MeSH Terms]) AND

	("nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields] OR brazilian[All Fields] OR brazilians[All Fields])) OR ((governance[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields] OR brazilian[All Fields] OR brazilians[All Fields]))
Scielo	(governança\$ OR "Administração Hospitalar" OR "Gestão em Saúde" OR "Gerenciamento da Prática Profissional" OR "Participação nas Decisões" OR "Liderança" OR "Autonomia Profissional" OR "Tomada de Decisões Gerenciais" OR "gestão participativa" OR "gestao colegiada" OR "gestão democratica" OR governance\$ OR "Hospital Administration" OR "Practice Management" OR "Health management" OR "Management quality circles" OR "Leadership" OR "Professional Autonomy" OR "Decision Making organizational" OR "Democratic and Participatory Management" OR "Joint Management" OR "Gestión Clínica" OR "Administración hospitalaria" OR "Gestión de La práctica profesional" OR "Gestión en Salud" OR "Participación de los Empleados" OR "Liderazgo" OR "Autonomia Profesional" OR "Toma de Decisiones em La Organización" OR "Gestión participativa")

Quadro 1 – Estratégias de busca nas bases Lilacs, Bdenf, Pubmed e Scielo. Florianópolis, SC, Brasil, 2015

Na na base eletrônica Lilacs e Bdenf, foram encontrados 884 resultados. Na base Pubmed, busca realizada originou 333 artigos localizados. Na Scielo, foram recuperados 229 artigos. Assim, na primeira fase de identificação dos artigos, totalizaram 1446 artigos para posterior seleção pelos critérios estabelecidos.

Os artigos foram encaminhados ao gerenciador de referências *Endnoteweb*® com objetivo de excluir os artigos duplicados. Na segunda fase, os artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e submetidos à análise, recebendo um número de identificação. Na sequência, foi realizada a leitura flutuante dos 1446 resumos dos artigos, com o objetivo de analisar os títulos e objetivos dos trabalhos de forma a incluir ou excluí-los das análises posteriores. Dessa etapa, resultaram 186 artigos, sendo 50 da Pubmed, 33 Scielo, 103 Lilacs e Bdenf. Na terceira etapa, a partir da leitura dos 186 artigos na íntegra foi feita uma nova análise.

Dois revisores independentes avaliaram os artigos e a seleção final deu-se por consenso, a partir da avaliação de cada um. A avaliação dos artigos baseou-se no *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) e foi observado nos artigos aspectos quanto ao rigor metodológico, relevância do estudo, delineamento de pesquisa adequado ao tipo de investigação realizado, estratégia de seleção amostral, respeito às questões éticas, análise e declaração suficiente dos resultados e contribuição do estudo para a revisão sistemática (CASP, 2013).

Dessa análise, resultou na quarta etapa, totalizando 26 artigos, 5 encontrados na Pubmed, 4 na Scielo, 17 Lilacs e Bdenf conforme o fluxograma da figura 1.

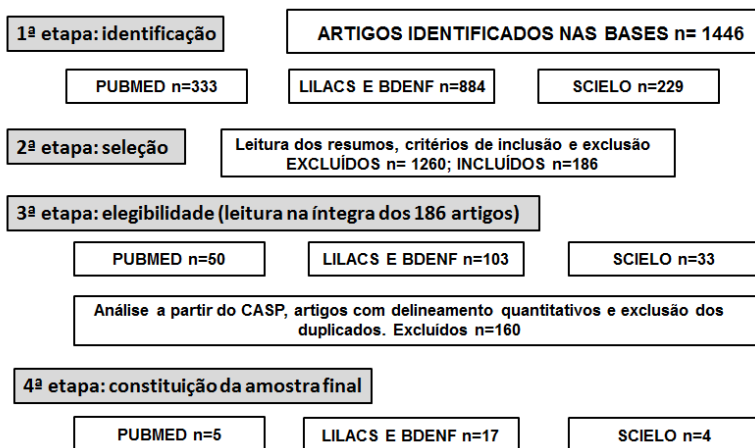


Figura 1. Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos na revisão sistemática. Florianópolis, SC, 2015.

O passo seguinte foi a extração dos dados, realizada então uma tabela com auxílio do programa *Microsoft Excel*® para organização das informações dos artigos e extração dos achados relevantes. A síntese dos achados ocorreu por meio de meta-agregação, que possibilita a síntese interpretativa dos achados de estudos qualitativos, a partir de uma análise na busca por novas interpretações dos resultados (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014; MICCAS; BATISTA, 2014). Para a extração dos dados, seguiu-se a projeção do modelo de governança compartilhado (COHEN, 2015).

RESULTADOS

Descrição dos estudos

Os 26 artigos selecionados foram publicados em 17 periódicos diferentes, com destaque para a Revista Latino-Americana Enfermagem (n=6, 23,07%) e Revista Gaúcha de Enfermagem (n=3, 11,53%) publicados.

Quanto ao ano, foram incluídos estudos publicados entre 2004 e 2014, sendo no ano de 2010 concentrou-se o maior número de publicações (19,2%). Em relação à origem, os estudos estão concentrados nas Regiões Sul e Sudeste, com destaque para os estados do Rio Grande do Sul com dez (38%) publicações e São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná com quatro (15%) cada.

Quanto ao delineamento de estudo, destacou-se a inclusão de dez (38%) estudos exploratório-descritivos, cinco (19%) estudos de caso, três (12%) estudos descritivos e dois (8%) estudos de Teoria Fundamentada nos Dados. Três estudos (12%) não caracterizam especificamente o tipo de estudo qualitativo realizado. A pesquisadora entrou em contato com os autores do estudo, porém não obteve resposta.

No que tange ao contexto em que os trabalhos foram realizados, hospitais de caráter público e universitário concentraram 11 estudos (42,3%), hospitais com caráter público não universitário foram o cenário de seis artigos (23,08%) e hospitais filantrópicos ou privados abarcaram dois artigos cada um (7,6%). Em cinco artigos (19,2%), não foi citada a classificação do hospital quanto ao regime jurídico.

No Quadro 2 apresentam-se as características dos artigos selecionados quanto ao título, periódico e ano de publicação, cenário, local e desenho da pesquisa.

Título	Periódico/ Ano	Cenário	Local	Desenho da pesquisa
Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010	Hospital de ensino	RS	Descritivo exploratório
Conflito na gestão hospitalar: o papel da	Ciênc. saúde coletiva/ 2010	Instituição filantrópica de direitos	SP	Descritivo

liderança		privados		
Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público	Rev. Latino-Am. Enfermagem/ 2012	Hospital público	SP	Estudo de caso
Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem	Rev. Latino-Am. Enfermagem/ 2011	Hospital público, geral e universitário	RS	Descritivo exploratório
Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário	Rev. Latino-Am. Enfermagem/ 2013	Hospital universitário público	RS	Descritivo exploratório
Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar	Ciênc. saúde coletiva/ 2007	Instituição hospitalar	RJ	-
Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente	Rev Latino-am Enfermagem/ 2008	Hospital estadual de médio porte	SP	Grounded Theory
Processo de formação de enfermeiros líderes	Revista Brasileira de Enfermagem/ 2010	Hospital da região sul	RS	Descritivo exploratório

Representações sociais do processo de escolha de chefias na perspectiva da equipe de enfermagem	Rev Esc Enferm USP/ 2012	Hospital de ensino universitário	RS	Descritivo exploratório
A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização	Interface: comunicação saúde educação/ 2011	Unidade Pediátrica de Internação (UPI)	RJ	Etnográfica
Liderança do enfermeiro: desafios da prática	Online Brazilian Journal of Nursing/2004	Hospitais públicos da rede estadual	PB	Exploratório
Competências gerenciais requeridas de enfermeiros em um pronto-socorro	Journal of Research Fundamental Care On Line/ 2013	Hospital universitário filantrópico	PR	Descritivo-exploratório
A utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar	Reuol-Revista de Enfermagem UFPE Online/ 2010	Pronto atendimento de um hospital privado,	PR	Descritivo
Significados atribuídos ao líder na visão de enfermeiras	Ciência Cuidado e Saúde/ 2009	Hospital da região Sul	RS	Descritivo e exploratório
As percepções dos enfermeiros acerca da liderança	Revista Gaúcha de Enfermagem/ 2009	Hospital de grande porte da região sul	RS	Descritivo exploratório
Gestão colegiada na visão dos	Ciência Y Enfermería/	Hospital governamental	RJ	-

técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro	2008			
Análise crítica do serviço de enfermagem de um hospital universitário	Revista Baiana de Enfermagem/ 2004	Hospital universitário	BA	-
Práticas de liderança adotadas por enfermeiros no serviço noturno	Revista de Enfermagem da UERJ/ 2007	Hospital Universitário no setor de hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea	RJ	Estudo de caso.
Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino	Rev Latino-am Enfermagem/ 2008	Hospital universitário	PR	Estudo de caso
Condições intervenientes à governança da prática de enfermagem no centro obstétrico	Revista Gaúcha de enfermagem/ 2014	Centro Obstétrico de um hospital universitário	SC	Grounded Theory
Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência	Revista Gaúcha de Enfermagem/ 2011	Hospital Universitário, setor emergência	RS	Estudo de caso
The Meaning of Evidence-Based Management to Brazilian Senior Nurse Leaders	Journal of Nursing Scholarship/ 2013	Hospitais públicos	SP	Estudo fenomenológico
Gestão participativa na educação permanente em	Rev Bras Enferm./ 2010	Unidade de terapia intensiva de um hospital	RS	Descritivo exploratório

saúde: olhar das enfermeiras permanente em saúde		universitário		
Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros	Acta Paul Enferm./ 2013	Hospital Universitário, setor emergência	RS	Descritivo exploratório
Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar	Texto Contexto Enferm./ 2011	Hospital de Curitiba	PR	Descritivo
Liderança dialógica: estratégias para sua utilização no ambiente hospitalar	Investigacion em educacion enfermeira/ 2014	Hospitais públicos e privados da cidade de Florianópolis	SC	Estudo de caso

Quadro 2 - Estudos selecionados pela pesquisa – Florianópolis, SC, 2015

Os achados dos artigos foram categorizados e sintetizados de acordo com os domínios da governança da prática profissional de enfermagem (COHEN, 2005), conforme apresentado no Quadro 3.

Domínios	Achados	Síntese qualitativa
Controle sobre o pessoal Refere-se ao grupo de pessoas que controlam as estruturas relacionadas prática profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Desafio da liderança • Trabalho em equipe • Relações de trabalho conflituosas 	Ocorre por meio do exercício da liderança pelo enfermeiro. Configura-se como um desafio diante da necessidade de promover o trabalho em equipe e gerenciar as relações e interações profissionais.

<p>Acesso à informação O grupo de pessoas que tem acesso as informações relevantes às atividades da governança profissional, como, acesso as opiniões dos profissionais, acesso aos orçamentos e despesas anuais, entre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação centralizada no enfermeiro e promoção de espaços dialógicos • Comunicação pautada nos níveis hierárquicos e falta de circularidade das informações • Valorização da comunicação entre a equipe 	<p>A comunicação e o acesso a informação são fundamentais para a realização de um cuidado com qualidade. No entanto, a organização hierárquica pode prejudicar o diálogo e as relações interpessoais. Nesse contexto, o enfermeiro pode contribuir para promover a circularidade das informações.</p>
<p>Recursos O grupo que tem influência aos recursos que suportam a prática, tais como o acesso aos serviços que dão suporte a enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Influência pessoal do enfermeiro • Estrutura organizacional e modelo de gestão • Recursos vinculados ao serviço público 	<p>O acesso aos recursos é influenciado pelo modelo de gestão hospitalar, pela influência do cargo ocupado e pelo turno de trabalho. Os entraves aos recursos estão relacionados à não adesão dos profissionais aos novos recursos instituídos em virtude do distanciamento entre a academia e prática, repercutindo sobre o cuidado prestado e desenvolvendo receio pelo novo; e, a falta de resolubilidade em virtude da natureza pública de alguns hospitais.</p>
<p>Participação Refere-se ao grupo que faz parte de atividades relacionadas a governança da prática, como, participação nas políticas e procedimentos relativos a prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para um processo de tomada de decisão compartilhado • Dependência indireta gestores • Desigualdade existente entre as categorias profissionais da equipe de 	<p>A participação coletiva acontece por meio do planejamento estratégico, educação permanente em saúde, reuniões de equipe e abertura a espaços de diálogos. No entanto, esbarra-se no paradoxo de que a participação é centralizada em algumas categorias profissionais ou gestores,</p>

assistencial.	enfermagem	culminando em desestímulo profissional.
<p>Controle sobre a prática Assuntos relativos ao grupo que realiza o controle da prática e qualidade do cuidado prestado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Influência de gestores de outras áreas hospitalares • Enfermeiros, com ou sem a participação de gestores • Autonomia relativa e dependência de uma liderança formalizada para coordenação do cuidado 	<p>O controle é centrado principalmente nos profissionais que exercem cargos de nível superior, contrariando a lógica da busca de decisões em equipe. A autonomia profissional é vislumbrada como um meio de oportunidade e, ao mesmo tempo, medo.</p>
<p>Objetivos e resolução de conflitos Refere-se ao grupo de pessoas que negociam os objetivos a ser atingidos realizam a intermediação dos conflitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade do enfermeiro líder no estabelecimento de objetivos e mediação de conflitos • Importância da participação da equipe no estabelecimento de metas institucionais 	<p>O enfermeiro lidera a equipe de enfermagem na busca pela superação da falta de espaços dialógicos visando ao planejamento de metas e objetivos de modo participativo.</p>

Quadro 3 – Achados e síntese qualitativa dos estudos selecionados pela pesquisa – Florianópolis, SC, 2015

A seguir, apresentam-se cada uma das categorias e seus respectivos achados.

CONTROLE SOBRE O PESSOAL

Desafio da liderança

A liderança é naturalmente associada ao trabalho do enfermeiro, tendo em vista a sua responsabilidade pela coordenação do trabalho da equipe de enfermagem e atuação na articulação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; AMESTOY et al., 2010; SANTOS; MOREIRA, 2004; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; AMESTOY et.al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007; ALMEIDA et al., 2011; SANTOS; LIMA, 2011).

A atuação como líder requer o desenvolvimento de competências, as quais são ensinadas e construídas durante o processo de formação profissional, como por exemplo: conhecimento acerca dos processos administrativos (AMESTOY et al.,2010; DALL'AGNOL et al., 2013; SANTOS et al., 2013), processo de tomada de decisão, a habilidade relacional, compartilhamento de ideias e decisões e motivação da equipe (MOURA, 2010; VENDEMIATTI, et al., 2010; COSTA; DALL'AGNOL; 2011, SANTOS; MOREIRA, 2004; AMESTOY et.al., 2009b; ALMEIDA et al., 2011).

Além dessas competências, também é necessário que o enfermeiro seja um agente promotor de mudanças, com perfil empreendedor e visionário. Essas qualidades são determinantes para que uma organização de saúde atinja os seus objetivos, fazendo do enfermeiro um profissional que mescla caráter afetivo e colaborativo junto à equipe, e ao mesmo tempo gerencial junto à organização, no que tange à gestão de pessoas e custos (VENDEMIATTI, et al., 2010; AMESTOY et.al., 2009a; SPIRI; MACPHEE, 2013).

É importante pontuar que não existe um estilo único de liderança, tampouco um melhor modo de liderar. O exercício da liderança é situacional, conforme as características da equipe e do contexto de trabalho do enfermeiro (MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; ALMEIDA et al., 2011).

Em função desse caráter polivalente da liderança, é importante que o enfermeiro aproprie-se dos estilos de liderança, assumindo um deles para cada situação. Nesse sentido, a mescla de características que permeia o líder, nem sempre conhecidas por eles quanto ao estilo de liderança que exerce, torna o líder dinâmico e flexível (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; ALMEIDA et al., 2011).

Apesar da importância da liderança, muitos enfermeiros têm receio em exercê-la, o que a torna um desafio, especialmente quando está relacionada ao exercício de um cargo gerencial (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; SANTOS; MOREIRA, 2004; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; AMESTOY et.al., 2009b; ALMEIDA et al., 2011). Um dos principais anseios de assumir um cargo de gestão é o “jogo de cintura” relacional demandado (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; DALL'AGNOL et al., 2013; SANTOS; MOREIRA, 2004; SANTOS et al., 2013). Alguns enfermeiros sentem-se inseguros ao entrarem no mercado de trabalho e terem que desenvolver uma liderança nem sempre exercida na graduação (AMESTOY et al., 2010).

Apesar disso, o exercício da gerência é visto também como uma oportunidade de crescimento que vem para aliviar tal tensão (DALL'AGNOL et al., 2013). Assim, estratégias de capacitação da equipe sobre aspectos relacionados ao gerenciamento de enfermagem são formas de amenizar a insegurança de muitos enfermeiros em assumir a responsabilidade pela liderança de uma equipe (SANTOS et al., 2013).

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe e a construção de relações dialógicas são imprescindíveis no processo de gestão em enfermagem (BERTI et al., 2008; SANTOS; MOREIRA, 2004; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010; MOREIRA; SILVA, 2007; MEDEIROS et al., 2010; AMESTOY et al., 2014). A construção de relações de confiança e respeito entre os profissionais de saúde possibilita a valorização das qualidades de cada integrante e traz repercussões positivas para o trabalho da equipe (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; DALL'AGNOL et al., 2013; BERNARDES et al., 2007; MOURA et al., 2012).

O investimento no potencial individual e coletivo dos grupos de trabalho pode auxiliar na construção de modelos de gestão criativos e inovadores, capazes de responder às constantes transformações dos cenários de cuidado nos sistemas de saúde. Nesse sentido, destaca-se a emergência de novos modelos de gestão hospitalar pautados na articulação entre coordenadores/gestores e equipe de trabalho (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; DALL'AGNOL et al., 2013; BERNARDES et al., 2007; MOURA et al., 2012).

Portanto, a autonomia profissional desenvolve-se pelo respeito às sugestões da equipe, sem imposições autoritárias, possibilitando uma

melhor organização do trabalho (BERTI et al., 2008; AMESTOY et al., 2014).

Modelos de gestão participativa, dialógica e a autonomia profissional do enfermeiro dependem tanto da filosofia de trabalho adotada na organização, como da busca dos enfermeiros líderes sobre novas alternativas para organizar o trabalho, abrindo espaços de interação pessoal e o desenvolvimento da criatividade, valorização pessoal e profissional. Para que esse trabalho em equipe seja efetivo, o enfermeiro líder e/ou gestor deve estar aberto ao diálogo e à construção de relações de trabalho pautadas na confiança e humildade, por meio de uma relação de troca e aprendizado mútuo (BERTI et al., 2008; SANTOS; MOREIRA, 2004; MEDEIROS et al., 2010; AMESTOY et al., 2014).

Relações de trabalho conflituosas

Apesar da importância crescente do trabalho em equipe, ainda existem estruturas hierárquicas rígidas como reflexos das representações históricas do processo de trabalho da enfermagem. Essas estruturas geram relações conflituosas entre a equipe de trabalho, principalmente quando o líder se posiciona como um chefe, com postura autoritária e individualista (VENDEMIATTI, et al., 2010). Essa hierarquização profissional é responsável por um sentimento de não pertencimento de profissionais como integrantes da equipe e gera insatisfação pela ausência de processos decisórios coletivos (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; MOURA et al., 2012).

Diante disso, surge a necessidade de maior diálogo entre os cargos de gestão e demais instâncias hierárquicas da enfermagem. O desenvolvimento de uma gestão participativa só é possível a partir da construção de espaços de diálogo entre a equipe visando um melhor relacionamento interpessoal no trabalho (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010; OLIVEIRA et al., 2014).

ACESSO À INFORMAÇÃO

Comunicação centralizada no enfermeiro e promoção de espaços dialógicos

O acesso às informações que envolvem a governança profissional de enfermagem provém de diferentes meios de informação

e comunicação. As principais fontes de informação para a tomada de decisões gerenciais são: as evidências científicas advindas da literatura, relatórios institucionais, ferramentas de trabalho, literatura leiga, participação em conferências, acesso aos resultados laboratoriais, fontes de evidências, o acesso às capacitações realizadas pela instituição para realização de um atendimento qualificado e, a comunicação entre equipe (MOURA, 2010; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; SANTOS; LIMA, 2011; SPIRI; MACPHEE, 2013; SPIRI; MACPHEE, 2013).

Apesar do acesso às informações ser necessário para realização de uma prática profissional eficiente, nem sempre todos os profissionais tem acesso a ela. Os estudos apontam que diversas vezes centra na figura dos enfermeiros o papel de intermediador de equipe e o profissional que tem acesso às informações pertinentes a prática profissional de enfermagem junto aos gestores institucionais, abrindo espaços para questionamentos e reflexões acerca da centralidade das informações sobre os enfermeiros (MOURA, 2010; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; AMESTOY et al., 2014).

Mesmo os profissionais reconhecendo essas diferenças entre o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem, busca-se a superação do distanciamento entre as categoriais profissionais. Esse é um passo importante para melhorar tanto as relações interpessoais, como clarear os processos decisórios e potencializar o acesso às informações (MOURA, 2010).

Para isso, o enfermeiro pode desenvolver ações junto à equipe de trabalho visando à circularidade das informações (DALL'AGNOL et al., 2013; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; AMESTOY et al., 2009a). Entre essas ações, destaca-se o desenvolvimento de estratégias para encorajar maior interação, por exemplo, a promoção de espaços dialógicos de comunicação entre os profissionais de diferentes setores e níveis hierárquicos, o que pode contribuir para a motivação dos trabalhadores e maior qualidade do cuidado (BERNARDES et al., 2012; COSTA; DALL'AGNOL, 2011; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; AMESTOY et al., 2009a).

Dessa forma, a liderança dialógica configura-se como estratégia chave na condução das relações no ambiente de trabalho. A reflexão coletiva sobre a prática e realização de reuniões entre equipe de forma periódica permitem a abertura de novos espaços aos trabalhadores na organização. A adoção de um estilo de liderança democrático e horizontal pode aproximar os sujeitos dialógicos, produzir acordos e

pactuações em prol de todos os envolvidos (MEDEIROS et al., 2010; AMESTOY et al., 2014).

O incentivo a comunicação entre os trabalhadores e um maior acesso a informação propicia, portanto, o afastamento da imagem de líder como um ser distante e autoritário, e também no processo de decisão conjunta e integração da equipe, promovendo relações de trabalho fortalecidas (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; DALL'AGNOL et al., 2013; MOURA et al., 2012; SANTOS; MOREIRA, 2004; SPIRI; MACPHEE, 2013).

Comunicação pautada nos níveis hierárquicos e falta de circularidade das informações

A existência de um nível hierárquico em uma organização por vezes é vista como um aspecto dificultador da comunicação e do acesso às informações (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010). A falta de comunicação entre os níveis mais elevados de uma instituição junto aos funcionários de menor nível hierárquico sobre questões relacionadas ao organograma existente, formas como as decisões são tomadas, proposta de implantação de novos modelos de gestão foram enfatizadas são pontos a serem melhorados (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010).

O acesso limitado às informações gera desconhecimento dos profissionais, que por sua vez se sentem a mercê das questões relativas à sua prática profissional, o que pode gerar conflitos no contexto do trabalho (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; BERNARDES et al., 2007; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008). Nesse sentido, uma estrutura organizacional hierárquica faz com que a comunicação se desenvolva em etapas, desde o nível mais alto até o nível mais baixo da hierarquia, e remete a uma comunicação “truncada” em que cada nível deve se reportar a seu superior para então, alcançar os demais níveis, gerando diferentes níveis de acesso as informações (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012).

Além disso, a existência de decisões pautadas em níveis hierárquicos elevados gera um impasse para agilidade de solução dos problemas em situações em que requer iniciativas e decisões imediatas. Membros do corpo clínico relatam que em meio à necessidade de intervenção imediata é preciso ignorar a hierarquia organizacional para

agilidade dos processos, sem, no entanto, deixar de gerar conflitos futuros por tal iniciativa (VENDEMIATTI, et al., 2010).

Nessa linha de pensamento, nota-se o distanciamento entre as categorias profissionais, entre equipe de enfermagem e demais gestores e falta de processos de comunicação inter-unidades. Os resultados sugerem que a falta de circularidade das informações e uma comunicação pautada numa gestão tradicional e a ausência de interação entre os funcionários de uma instituição acarreta, portanto, em sentimento de isolamento e alienação sobre processos decisórios (BERNARDES et al., 2012; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008). Ademais, quando o acesso às informações é restrito a um grupo específico de pessoas em uma organização, surgem os conflitos transformando o ambiente de trabalho em um local de disputa pelo poder e saber (BERNARDES et al., 2007; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010).

Valorização da comunicação entre a equipe

A comunicação é visualizada como ferramenta para implementação de mudanças a ser discutida junto à equipe, melhoria do cuidado e para o planejamento e avaliação em saúde. A comunicação em equipe permite os *feedbacks* da forma como o cuidado é realizado, assim como permite uma reflexão e análise das ações, abrindo novas possibilidades do pensar e agir em saúde (MEDEIROS et al., 2010).

Os meios mais frequentes utilizados para o processo de comunicação acontecem de forma verbal, por meio de contato eletrônico (BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010), relatórios, formulários internos, memorandos, circulares, livros de ocorrência e passagens verbais de plantão (PERRUCHO et al., 2004).

Nesse sentido, a implantação da comunicação entre a equipe se faz com inserção de modelos pautados no diálogo entre os profissionais de diferentes categorias, adesão a práticas educativas e iniciativas de reuniões em equipe (BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; PERRUCHO et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2014). Desse modo, as reuniões além de serem um instrumento para pautar as tomada de decisões, também favorecem o desenvolvimento das relações interpessoais e a gerência dos conflitos (OLIVEIRA et al., 2014). As reuniões também possibilitam a valorização do conhecimento de todos, discussão coletiva acerca das práticas de trabalho, o fortalecimento do relacionamento interpessoal, com a troca de

conhecimentos, discussões das dificuldades vivenciadas e busca pela resolução dos problemas apresentados (BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; MOREIRA; SILVA, 2007; OLIVEIRA et al., 2014).

RECURSOS

Influência pessoal do enfermeiro

A influência e as características pessoais do enfermeiro favorecem o acesso aos recursos e tomadas de decisões. Entre as características pessoais do enfermeiro que contribuem para que tenham maior influência sobre os recursos e processos decisórios, destacou-se a experiência profissional já que o conhecimento ao longo dos anos o torna atento às demandas e necessidades do setor de trabalho, principalmente quanto à previsão e provisão de recursos para produção do cuidado (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; SANTOS; LIMA, 2011).

Dessa forma, o conhecimento das diversas situações da área em que atua com as demais áreas do hospital, por meio da experiência e do conhecimento dos processos de trabalho institucionais, fornece maiores subsídios para a tomada de decisão e aumenta a influência sobre o que acontece na instituição (COSTA; DALL'AGNOL, 2011). Essa influência também é percebida na nomeação de cargos de chefia, os quais estão ancorados mais na influência do que propriamente na participação e escolhas dos profissionais (MOURA et al., 2012).

Portanto, a aquisição de experiências e o desenvolvimento de competências técnicas e gerenciais para ter influência institucional acontecem ao longo do exercício profissional e são atributos passíveis de serem desenvolvidos pelo enfermeiro (MOURA, 2010; BERNARDES et al., 2012).

Estrutura organizacional e modelo de gestão

O acesso a recursos também é influenciado pelas características organizacionais de cada instituição hospitalar, as quais determinam o método de tomada de decisão e os níveis de autonomia dos enfermeiros. Quando a visão, a missão e os valores de uma organização são estruturados de modo hierárquico, o acesso aos recursos também é burocrático (BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010).

O modelo de gestão ou as mudanças estruturais propostas em uma organização devem vir acompanhados pelo acesso às informações em todos os turnos de trabalho. No entanto, os funcionários que trabalham no período noturno nem sempre tem as mesmas oportunidades em realizar momentos de troca e discussões em equipe junto à chefia de enfermagem, ou mesmo ter o apoio logístico de alguns setores que não funcionam nesse período. Esse distanciamento entre o período diurno e noturno revela diferentes possibilidades de troca, já que as situações a serem decididas são discutidas entre os que estão presentes (COSTA; DALL'AGNOL, 2011).

Outro achado encontrado refere-se ao papel da cultura institucional em estimular os profissionais de enfermagem em seu processo de educação permanente. Nem sempre há um estímulo ao desenvolvimento profissional, por meio de gratificação financeira ou flexibilização de carga horária para profissionais que estão em busca de aperfeiçoamento (AMESTOY et al., 2010).

Nesse sentido, o apoio organizacional por meio de atividades de estímulo profissional, inserção de novos protocolos e *bundles* são exemplos de recursos e instrumentos utilizados que acarretam mudanças da prática. Busca-se a aproximação entre os profissionais que executam tais mudanças e realizam pesquisas com profissionais que estão mais envolvidos com a prática profissional de enfermagem, já que as resistências em utilizar novas práticas e recursos estão associadas à insegurança do novo e de explicações dos benefícios de tais recursos (SPIRI; MACPHEE, 2013).

Recursos vinculados ao serviço público

O acesso aos recursos disponíveis e governabilidade para provê e prevê o que é necessário para realização dos cuidados é um desafio em instituições públicas. Isso decorre de entraves organizacionais, os quais são típicos de hospitais públicos (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; SANTOS; MOREIRA, 2004; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; PERRUCHO et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2014, SANTOS; LIMA, 2011; SANTOS et al., 2013).

Entraves como, precariedade da estrutura física, falta de equipamentos, acesso limitado a materiais em bom estado, falta de recursos financeiros, alto índice de absenteísmo, carga horária excessiva e superlotação são os principais fatores de insatisfação dos profissionais que acarretam em dificuldades no processo de trabalho assistencial e

gerencial. (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; SANTOS; MOREIRA, 2004; PERRUCHO et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2014; SANTOS; LIMA, 2011; SANTOS et al., 2013).

A escassez de tais recursos, relevantes para o cuidado, quando não impedem a atuação adequada dos profissionais, pelo menos limita tal ação, comprometendo a qualidade do cuidado prestado (OLIVEIRA et al., 2014; SANTOS; LIMA, 2011). Além disso, a limitação desses recursos gera um sentimento de frustração, angústia e conflito na equipe de enfermagem, que não tem governança para resolver todos os problemas citados, pertinentes ao poder público, gerando insatisfação dos profissionais com a forma como realizam suas atividades (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; PERRUCHO et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2014). Não o bastante, a enfermagem depara-se ainda com a falta de compreensão da direção institucional que, por vezes, não compreende o serviço de enfermagem e sua valorização das mudanças necessárias a um cuidado qualificado e complexo que é o cuidar do ser humano, que demanda de materiais e instrumentos para tal (SANTOS; MOREIRA, 2004).

PARTICIPAÇÃO

Estratégias para um processo de tomada de decisão compartilhado

As principais estratégias para um processo decisório compartilhado são: planejamento estratégico, educação permanente em saúde, reuniões de equipe, abertura a espaços diálogos e de criatividade conforme os achados apontam abaixo.

Para que a equipe seja contemplada em todas as etapas dos processos decisórios, o planejamento estratégico é o momento propício para o envolvimento coletivo. O planejamento junto à equipe visa analisar os objetivos e planos futuros da organização. Assim, planejar com base nos indicadores de qualidade, identificar pontos fortes e fracos, saber ouvir e conhecer as características da instituição é apontado como estratégias para realizar uma gestão baseada de evidências (SPIRI; MACPHEE, 2013)

Desse modo, estimular a participação do grupo no planejamento das ações acarreta em benefícios tanto a quem participa como para a instituição que a promove, pois alavanca o modo como produz gestão e proporciona sensibilização, autonomia, valorização, confiança e aprendizagem dos envolvidos (BERNARDES et al., 2012; COSTA; DALL'AGNOL, 2011; BERNARDES; MARTINEZ EVORA;

NAKAO, 2008; SPIRI; MACPHEE, 2013; MEDEIROS et al., 2010), enxergando que trabalhar em uma organização cuja cultura de trabalho acredite no potencial do coletivo e reconhece a importância de estratégias integrativas pautadas no apoio e cooperação (SPIRI; MACPHEE, 2013).

Paralelo a isso, outras estratégias encontradas para o envolvimento da equipe foram a educação permanente em saúde (MEDEIROS et al., 2010) e as reuniões em equipe. Essas estratégias criam espaços abertos ao diálogo e discussão junto aos diferentes níveis organizacional (BERNARDES et al., 2012; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; SPIRI; MACPHEE, 2013). Isso é importante porque o trabalho da enfermagem é gerado na articulação do trabalho coletivo, esperando do líder uma atitude dialógica em envolver a todos os participantes, de forma a ser o articulador e operacionalize atividades a serem construídas em grupo, com relações e interações cotidianas (MOURA, 2010; COSTA; DALL'AGNOL, 2011; DALL'AGNOL et al., 2013; BERNARDES et al., 2007; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; AMESTOY et.al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007; AMESTOY et al., 2014).

Para isso, o enfermeiro líder necessita desenvolver competências e atitudes participativas junto à equipe de trabalho (DALL'AGNOL et al., 2013; AMESTOY et.al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007; AMESTOY et al., 2014). Valoriza-se a participação ativa do enfermeiro ao implementar modelos de gestão compartilhada, já que o auxílio desse profissional junto a equipe nos momentos em que requer o auxílio demonstra no líder atitude compreensiva e competência técnico-científica, valorizados pelos membros da equipe (DALL'AGNOL et al., 2013; AMESTOY et al., 2014).

Nessa lógica, as atitudes do enfermeiro-líder junto à equipe visam à construção de laços de amizade, confiança, reconhecimento das potencialidades de cada membro do grupo, estimular a corresponsabilização e socialização do grupo (AMESTOY et.al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007).

Nesse meandro, ao mesmo tempo em que o enfermeiro deve se posicionar perante a equipe com autoridade, sem oprimi-la (AMESTOY et.al., 2009b), também requer a habilidade em desenvolver comportamentos que busquem operacionalizar a construção de espaços flexíveis ao diálogo (DALL'AGNOL et al., 2013; BERNARDES et al., 2007). Dessa forma, atitudes horizontais, portanto, requerem desenvolvimento, incentivo e estratégias contínuas, já falar em mudanças significa mudar todo um sistema de relacionamentos e

compromissos de todos os envolvidos (BERNARDES et al., 2012; DALL'AGNOL et al., 2013; AMESTOY et.al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007). A descentralização do poder e implementação do modelo de gestão compartilhada também geram maior satisfação dos profissionais com o trabalho, liberdade de ação, aumento do comprometimento com a instituição com ganhos de todas as partes envolvidas no processo (BERNARDES et al., 2012; AMESTOY et.al., 2009a; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; MOREIRA; SILVA, 2007).

Dependência indireta dos gestores

Apesar da valorização da participação de todos os trabalhadores nos processos decisórios, os resultados indicam que em alguns casos essa participação é centralizada em categorias profissionais ou em gestores da instituição (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; BERNARDES et al., 2007; SANTOS; MOREIRA, 2004).

As características de um sistema gerencial que centraliza as decisões nas mãos de alguns coordenadores ou gerentes, presença de decisões pautadas em hierarquias pouco flexíveis, ausência de espaços favoráveis ao diálogo, são alguns indícios da presença do modelo tradicional de gestão em uma instituição, ainda que haja a tentativa de mudança (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; BERNARDES et al., 2007). Tal centralização, em alguns casos, com a saída de gestores, os quais buscam por mudanças na forma de gestão, acarreta em rupturas, passando por uma regressão de uma gestão participativa para modelos de gestão tradicional, trazem consigo uma resistência às mudanças e relativização do poder das decisões (BERNARDES et al., 2012; BERNARDES et al., 2007).

Assim sendo, a ausência de incentivo a iniciativas e participação leva alguns funcionários a refletir sobre sua autonomia e decisão sobre sua prática, já que são limitadas às atividades rotineiras que executa (VENDEMIATTI, et al., 2010).

Trabalhar com a participação da enfermagem significa incentivar a participação daqueles que assistem diretamente o paciente. A direção do caminho é a mudança, mudança essa que envolva o conhecimento e participação de todos. A necessidade de se trabalhar com os gestores, coordenadores e profissionais, sobre os benefícios do envolvimento e da participação de todos é algo, portanto que deve ser

constantemente construído de modo a promover uma gestão participativa (SANTOS; MOREIRA, 2004).

Desigualdade existente entre as categorias profissionais da equipe de enfermagem

Em virtude da existência de um modelo de gestão verticalizado, alguns profissionais do nível médio sentem-se a mercê da participação em reuniões e momentos de votação, o que gera sentimentos de desvalorização, não pertencimento e alheamento em relação aos profissionais de nível superior (BERNARDES et al., 2012; BERNARDES et al., 2007; MOURA et al., 2012; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011). Nessa perspectiva, funcionários de nível médio demonstram que mudanças na forma de gestão não promovem alterações em nada em suas práticas profissionais, uma vez que não repercute em um maior envolvimento desses profissionais nos processos decisórios (BERNARDES et al., 2007).

Os enfermeiros, por serem profissionais de nível superior com mais contato com os técnicos de enfermagem, transformam-se nos principais centralizadores das decisões, pois é a eles que os técnicos de enfermagem devem se reportar, criando uma hierarquia nos processos decisórios dentro da hierarquia já existente na instituição (BERNARDES et al., 2007; MOURA et al., 2012; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011). Desse modo, a centralização das decisões no enfermeiro além de refletir uma postura autoritária, reforça o distanciamento entre enfermeiro-equipe, demarcando espaços que não permitem aos sujeitos sua participação, a troca de saberes e por consequência, podem surgir uma série de conflitos na condução do trabalho (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013).

Ao contrário do que se espera em um modelo participativo e democrático, muitas vezes não há participação desses trabalhadores nos processos decisórios, repercutindo em um distanciamento dentro da própria equipe de enfermagem (BERNARDES et al., 2007; MOURA et al., 2012; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013). O enfermeiro-líder é o profissional articulador e motivado da equipe. Por isso, a construção de modelos de co-gestão, participação conjunta e co-responsabilização dependem, em parte, da compreensão do enfermeiro de ele deve conduzir ações para tais mudanças (BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008).

O CONTROLE SOBRE A PRÁTICA

Influência de gestores de outras áreas hospitalares

O cargo ocupado é um fator facilitador para decidir, já que quanto mais alta a colocação no organograma da instituição, maior será a autonomia para a tomada de decisões (BERNARDES et al., 2012; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010). Por isso, o controle sobre a prática acaba recaindo sobre os gestores e coordenadores. Nesse sentido, a implantação de um modelo horizontalizado de decisões é, por vezes, condicionada às características pessoais de cada coordenador, o qual defende ou não esse modo de gestão (BERNARDES et al., 2012; BERNARDES et al., 2007).

O controle sobre a prática e a autonomia são vislumbrados de modo contraditório. Os coordenadores acreditam estar trabalhando em um modelo de gestão democrático, enquanto que os enfermeiros não percebem tal autonomia e visualizam os coordenadores como agentes centralizadores das tomadas de decisões e por vezes autoritários (BERNARDES et al., 2007; SANTOS; MOREIRA, 2004).

Desse modo, a tomada de decisão, que é percebida como algo inerente ao enfermeiro, é cerceada pela influência incisiva da estrutura hierárquica organizacional, fazendo com que o enfermeiro limite as decisões relacionadas ao cuidado a instâncias superiores. Assim, a compreensão da micropolítica que envolve uma organização requer que todos os funcionários sintam-se empoderados para ter o controle sobre sua prática, certo grau de autonomia e estímulo à integração entre as várias profissões (BERNARDES et al., 2007; BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010). Nesse sentido, a tomada de decisões nas organizações exige cada vez mais a participação dos membros da equipe, já que não há o reconhecimento de que esses profissionais estão integrados no controle e pautados em bases de uma administração contemporânea (BRUSAMOLIN; MONTEZELI; PERES, 2010).

Enfermeiros, com ou sem a participação dos gestores

A autonomia e o controle de tudo o que acontece na sua unidade de trabalho é algo pertencente ao enfermeiro (BERTI et al., 2008; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; AMESTOY et al., 2009a; BERNARDINO; FELLI, 2008; OLIVEIRA et al., 2014), pois os achados acenam que para não haver contradição entre as recomendações do médico e equipe de enfermagem, (BERTI et al.,

2008). É necessário ao enfermeiro líder deter o controle da prática do serviço para que a unidade flua perfeitamente, a rotina seja realizada de modo tranquilo e adequada, ocorrendo, portanto, a viabilização dos processos assistenciais e gerenciais (AMESTOY et.al., 2009a; BERNARDINO; FELLI, 2008).

No que concerne ao poder, há contradições entre profissionais do nível médio e enfermeiros, já que técnicos questionam o posicionamento do enfermeiro em deter mais poder (BERNARDINO; FELLI, 2008). Os enfermeiros tornam-se agentes que decidem por si só e não há a participação dos demais membros da equipe de enfermagem, o que reforça sua posição hierárquica diante dos profissionais de nível médio (MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; BERNARDINO; FELLI, 2008).

Nessa ótica, os resultados de alguns estudos reforçam a ideia de que os enfermeiros se comportam como profissionais autoritários por deter o controle e continuam atuando sob influências de um modelo tradicional de gestão (BERNARDES et al., 2007; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2013; AMESTOY et.al., 2009b).

No que se refere às estratégias de obtenção do controle da prática profissional de enfermagem e aos subsídios para a tomada de decisão dos enfermeiros, destacaram-se: conhecimento científico, experiência profissional, planejamento, sistematização da assistência, controle de exames laboratoriais, instrumentos gerenciais e planos de implantação e avaliação constante dos cuidados de enfermagem. Outro instrumento utilizado pelos enfermeiros são os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), os quais se constituem como uma estratégia para tomada de decisões com base na padronização do cuidado (OLIVEIRA et al., 2014; SANTOS; LIMA, 2011; SANTOS et al., 2013; ALMEIDA et al., 2011).

Autonomia relativa e dependência de uma liderança formalizada para a coordenação do cuidado

Os resultados indicam que a autonomia exercida é relativa, já que em alguns casos os enfermeiros necessitam relatar as condutas realizadas a outros profissionais hierarquicamente com maior poder de decisão e controle (BERNARDES et al., 2007; ALMEIDA et al., 2011). Isso sugere a necessidade de refletir se a autonomia profissional é exercida ou se é camuflada pelas atribuições da profissão, já que é exercida com certos limites (BERNARDES et al., 2007).

Os médicos exercem uma influência e um controle informal sobre as condutas assistenciais no ambiente hospitalar. Quando o corpo médico não concorda com as mudanças estabelecidas pela administração, esses profissionais não acatam (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012).

A dependência de uma liderança para conduzir e guiar as ações a serem realizadas também foi encontrados nos resultados a respeito da autonomia para controle da prática profissional. Percebe-se que autonomia possui duas facetas. É reconhecida ora como uma importante forma de desenvolver a criatividade e participação da equipe (BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; ALMEIDA et al., 2011), ora como sinônimo de insegurança, refletindo a necessidade de uma liderança formalizada (ALMEIDA et al., 2011).

Outro motivo encontrado de querer uma liderança formal perto nos momentos de tomada de decisões está relacionado à dificuldade de transição de um modelo de gestão tradicional para compartilhado. É mais cômoda a presença de uma liderança formal indicando o que e como fazer para aqueles que apresentam resistência a modelos pautados no desenvolvimento da autonomia e criatividade (BERNARDES et al., 2007).

Desse modo, a autonomia profissional é questionada seja pelo excesso, seja pela falta quando apontam que a distribuição de poder não é compartilhada com os níveis mais elementares da instituição e quando há espaços privilegiados de poder (BERNARDES et al., 2007; ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; BERNARDES; MARTINEZ EVORA; NAKAO, 2008; PERRUCHO et al., 2004).

OBJETIVOS E RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Responsabilidade do enfermeiro líder no estabelecimento de objetivos e mediação de conflitos

O enfermeiro é um profissional mediador, conciliador e articulador do processo de resolução de conflitos no ambiente hospitalar (VENDEMIATTI, et al., 2010; A4, DALL'AGNOL et al., 2013; MOURA et al., 2012; AMESTOY et al., 2009a; AMESTOY et al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007; AMESTOY et al., 2014).

Quando, por exemplo, um técnico ou auxiliar de enfermagem depara-se com uma situação que julga não conveniente com suas crenças, são aos enfermeiros que esses profissionais recorrem, demonstrando que o enfermeiro é o profissional responsável por

esclarecer e guiar atividades ou objetivos junto à equipe (VENDEMIATTI, et al., 2010). Desse modo, nortear a equipe de modo a atingir os objetivos propostos de maneira conjunta e cultivar o comprometimento de todos com o trabalho, é uma característica do enfermeiro líder (COSTA; DALL'AGNOL, 2011; DALL'AGNOL et al., 2013; MOURA et al., 2012; AMESTOY et al., 2009a).

Outra característica do enfermeiro líder para execução de planejamento, implementação de ações e alcance dos objetivos propostos da instituição é fazer com que a equipe atue de maneira positiva, desenvolvendo um clima agradável no trabalho e com valorização da produtividade. Portanto, por meio da liderança todos caminham rumo àquilo o que é almejado (AMESTOY et al., 2009a; AMESTOY et al., 2009b; MOREIRA; SILVA, 2007).

Desse modo, o enfermeiro é visualizado como agente importante para transformação do ambiente de trabalho (AMESTOY et al., 2014). Conversar com a equipe, promover *feedbacks* sobre os pontos positivos e negativos realizados por todos, compartilhar decisões, realizar planejamento de modo conjunto e ser resolutivo são estratégias que podem ser utilizadas pelo líder para que todos os envolvidos sintam-se estimulados a atingir os objetivos propostos (MOREIRA; SILVA, 2007; AMESTOY et al., 2014).

Importância da participação da equipe no estabelecimento de metas institucionais

A presença de hierarquia, o envolvimento limitado de alguns trabalhadores nas decisões e a falta de um planejamento conjunto levam a ausência de debates e, por conseqüência, a geração de conflitos entre diferentes categorias ou setores institucionais (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; SANTOS; MOREIRA, 2004; PERRUCHO et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2014; ALMEIDA et al., 2011).

Quando os objetivos ou divergências não são debatidas, surge o sentimento de insatisfação profissional, os conflitos e os desejos de mudança na forma como as metas seguem os caminhos para serem atingidas (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012; PERRUCHO et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2014). Desse modo, quando se fala na importância dos debates para alcançar propostas e atingir objetivos comuns entre funcionários junto à organização, comunicação horizontalizada e participação conjunta são estratégias para o alcance de objetivos.

Nessa concepção, não há como dissociar idéias de debates conjunto e corresponsabilidade na resolução dos problemas relacionados com alcance de objetivos, apesar da maior parte desse estímulo vir do enfermeiro (VENDEMIATTI, et al., 2010; BERNARDES et al., 2012). Ademais, o incentivo aos debates em grupo é apontado como uma oportunidade que conduz ao crescimento, gerando ideias e soluções inovadoras (ALMEIDA et al., 2011).

Nessa linha de raciocínio, estimula-se que o estabelecimento de objetivos aconteça em equipe, extraindo de cada indivíduo possibilidades e sugestões de mudanças (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2011; BERNARDINO; FELLI, 2008). Portanto, a falta do envolvimento em equipe é vislumbrada como desperdício de energia e potencial de cada um, duplicação dos esforços e, por consequência, queda na produtividade (AMESTOY et al., 2009a).

Desse modo, o compromisso e desafio enfrentado pelos enfermeiros líderes ou gestores envolvem a gerencia do cuidado, na perspectiva de mediar conflitos, assegurar a articulação entre todos os envolvidos, atingir os objetivos idealizados pela instituição de modo conjunto e avaliar todas essas ações de modo sistemático para analisar os resultados alcançados (MEDEIROS et al., 2010).

DISCUSSÃO

Este trabalho apresentou uma síntese qualitativa dos resultados de 26 artigos com o objetivo de compreender as relações entre as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros, a partir dos domínios da governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar.

Os artigos encontrados concentraram-se na região Sul e Sudeste, com destaque para os estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Destaca-se que, na enfermagem, os primeiros cursos de mestrado acadêmico surgiram em 1972, na cidade do Rio de Janeiro em consonância com a política desenvolvimentista e a necessidade de desenvolvimento de pesquisadores especializados. Acredita-se, portanto, que a concentração de produção deva estar associado à quantidade de programas de pós-graduação em enfermagem nessas regiões, que também concentram grande número de grupos de pesquisa. (SCOCHI et al., 2013).

Em relação aos cenários hospitalares, evidenciou-se a concentração de estudos em Hospitais Universitários (HU), motivo pelo qual grande parte das produções acadêmicas serem vinculadas a

hospitais de ensino. As regiões sul e sudeste também são as responsáveis por abrigar maior número de atendimento hospitalar, reforçando os achados nessas regiões. Nesse sentido, pontua-se a necessidade de explorar outras realidades de atuação do enfermeiro em ambientes hospitalares de natureza privada, já que tem crescido o número de hospitais vinculados a diversos convênios privados. Ressalta-se também a inserção de novos estudos em cenários especializados, já que a maioria dos estudos envolveu hospitais de modo geral e não setores específicos.

Observou-se que alguns estudos carecem de detalhamento quanto ao delineamento de pesquisa abordado. Entretanto, mesmo alguns artigos não contendo tal informação, os pesquisadores julgaram importantes para análise e contribuição nessa pesquisa, incluindo-os e contatando seus autores.

Os principais achados encontrados na categoria controle sobre o pessoal abordam que a gestão/gerência de enfermagem é realizada pelo enfermeiro como um desafio, um trabalho árduo e em alguns casos sem o reconhecido financeiro para tal função, seja ele líder da equipe ou ocupando um cargo de gestor. Sabe-se que o enfermeiro confronta-se com desafios e inquietações advindas de pacientes, organizações e categoria profissional que o leva promover transformações que faça a diferença nas vidas dessas pessoas e instituição. Tais desafios visam fornecer soluções criativas e inovadoras nos modos como realiza o cuidado, direto ou indireto (JOSEPH, 2015).

Apesar disso, trabalhar como enfermeiro gerente nas instituições hospitalares no Brasil nem sempre está relacionado ao desenvolvimento de uma formação específica para tal função, tornando os modos de gerir uma função árdua, desafiadora e pautada na experiência de quem a exerce (AMARAL, 2011).

Os achados relacionados ao acesso a informação e recursos apontam que a comunicação, interações entre a equipe centra-se nas mãos de profissionais de nível superior, esbarrando-se em entraves como distanciamento entre os profissionais. Os empasses dos hospitais de caráter público e o distanciamento entre o que é produzido na academia e a prática profissional também se apresentaram como um entrave para o acesso aos recursos, já que os profissionais da prática não têm resolutibilidade de resolver determinados assuntos estruturais e tem receio de aplicar mudanças propostas pela academia, culminando na qualidade do cuidado realizado.

Em relação à participação e controle sobre a prática, destaca-se o paradoxo de que a participação é centralizada em algumas categorias

profissionais ou gestores, culminando em desestímulo profissional e; que o controle é influenciado por entraves culturais das organizações, cujo modelo de gestão abordado segue uma ótica hierárquica de gestão e características individuais da forma como os enfermeiros exercem a liderança. Assim, atrelado a isso a literatura aponta que além das atitudes dos enfermeiros serem capazes de influenciar mudanças nos modelos de gestão exercidos nas instituições de saúde a cultura organizacional representa um aspecto que implica na mudança de gestão, distribuição de poder, autoridade, comunicação e decisão (GARCIA et al., 2015).

Nesse sentido, embora os achados desta revisão sinalizem a relevância da participação como estratégia, poucos estudos descrevem especificamente a realização de reuniões em equipe para promoção de espaços dialógicos e horizontalizados de tomada de decisão. Sabe-se que as reuniões em equipe são ferramentas para o alcance da decisão compartilhada por meio da construção de vínculo, respaldando-os a expressar suas ideias e opiniões (HAYASHIDA et al., 2014).

Redesenhar os modos de gerenciar enfermagem estende-se muito além dos achados, que focalizam a comunicação horizontalizada e ruptura dos modelos de gestão tradicional. É necessário compreender o valor das transformações e transições que nos permeiam e colocá-las em ação (BEGLINGER, 2015).

Por fim, o domínio referente a objetivos e resolução de conflitos sinaliza a responsabilidade do enfermeiro em estabelecer objetivos e mediação de conflitos e importância da participação da equipe no estabelecimento de metas institucionais. A literatura corrobora com esses resultados, quando afirma que o enfermeiro líder é a figura norteadora da equipe, responsável por promover inovações, reconhecer criatividade no grupo, favorecer aproximações entre os profissionais, promover motivação do grupo, contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes junto à equipe. Entretanto, defende-se a ideia de que não basta oferecer mecanismos de incentivo a ideias e inovações, sem promover a sustentação e ação dessas iniciativas (JOSEPH, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da síntese dos achados evidenciou-se com esta revisão sistemática que o controle sobre o pessoal centra-se no exercício da liderança pelo enfermeiro, o qual se configura como um desafio diante da necessidade de promover o trabalho em equipe e gerenciar as relações e interações profissionais. O acesso à informação pauta-se em na busca pela comunicação dialógica, que por vezes esbarra-se em entraves hierárquicos já que nem todos os trabalhadores possuem a mesma forma de relações e interações. O acesso aos recursos sofrem influência do modelo de gestão instituído, cargo ocupado e turno de trabalho. Os entraves tratam da não adesão dos profissionais aos novos recursos instituídos, repercutindo sobre o cuidado prestado e desenvolvendo; e a falta de resolutibilidade em virtude da natureza pública de alguns hospitais. A participação concentra-se em algumas categorias profissionais ou gestores, culminando em desestímulo profissional. O controle da prática é percebido majoritariamente por profissionais que exercem cargos de nível superior indo em contrapartida as tentativas de decisões em equipe, cuja autonomia profissional é vislumbrada como um meio de oportunidade e ao mesmo tempo, medo. Os objetivos e resolução de conflitos contemplam a busca por espaços dialógicos de debates em rumo ao planejamento de metas e objetivos de modo participativo.

Ao analisar o conhecimento produzido sobre relações entre o gerenciamento de enfermagem e a governança da prática profissional de enfermagem, percebem-se aproximações em relação: aos desafios que permeiam a profissão, ao grupo de pessoas que tem acesso as informações relativas a suas atividades, às articulações e interações existentes entre a enfermagem e demais gestores, o acesso aos recursos para promover uma prática adequada, a participação nos processos decisórios, às formas para atingir objetivos e metas comuns entre trabalhadores e organização e formas para resolução de conflitos.

Este estudo poderá contribuir com a discussão sobre as bases que podem sustentar a elaboração de um modelo de governança compartilhada para a prática profissional de enfermagem no Brasil. Assim, pontua-se a necessidade do desenvolvimento de estudos com o objetivo de compreender como as experiências e práticas gerenciais dos enfermeiros podem contribuir com a implementação das estruturas de governança da prática profissional de enfermagem em diferentes contextos. As limitações do estudo referem-se a pesquisa realizada no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.L. de et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.20 n.esp, p. 131-137,2011.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R.M. de A. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 351-361, June 2011.

AMARAL, A.E.E.H.B. Gestão de Pessoas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (Org) Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: **Cealag**; p. 553-85. 2011.

AMESTOY, S.C. et al . Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. **Investigación y educación enfermería**, v. 32, n. 1, 2014. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.

AMESTOY, S.C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 617-624, Dec. 2009b. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400006>.

AMESTOY, S.C. et.al. Significados atribuídos ao líder na visão de enfermeiras. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.8, n.4, p.579-585, out/dez 2009a.

AMESTOY, Simone Coelho et al . Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 940-945, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600011>.

BALLARD N. Factors associated with success and breakdown of shared governance. **Journal of Nursing Administration**, v.40, n.10, p.411-116, 2010.

B EGLINGER, J.E. Designing tomorrow: transitioning from participation to governance. **Journal of Nursing Administration**, v. 45, n.3, p.128-129, 2015.

BENNETT, P.N. et. al. Professional nursing governance in a large Australian health service. **Contemporary Nurse Journal**, v.43, n.1, p.99-106, 2012.

BERNARDES, A. et al . Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.861-870, Aug. 2007.

Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400008>.

BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n.6, p.10 telas, nov.-dez. 2012.

BERNARDES, A.; MARTINEZ EVORA, Y.D.; NAKAO, J.R.S.

Gestão colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro. **Ciencia y enfermería**, v.14, n.2, p.65-74, 2008. Disponible en

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200009&lng=es&nrm=iso>.

BERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.6, nov-dez, 2008.

BERTI, H.W. et al . Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 2, p. 184-191, Apr. 2008. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692008000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200003>.

BRUSAMOLIN, L.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. A utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**. v.4, n.2, p.808-14, abr./jun, 2010.

COHEN, C.S. **Leveraging the Power of Shared Governance**. 2015. 131p. Nursing (Doctor of Nursing Practice)- Walden University, Mineapolis- EUA.

COSTA, D.G. da; DALL'AGNOL, C.M. Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 6, p. 1306-1313, Dec. 2011 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600005&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600005>.

DALL'AGNOL, C.M et al. Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n.5, p.07 telas, set.-out. 2013.

FRAY, B. Evaluating shared governance: measuring functionality of Unit Practice Councils at the point of care. **Creat Nurse**. 2011;17(2):87-95.

GARCIA, A. B. et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** (Online), v. 7, n.2, p. 2615-2627, 2015.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). Reviewers' manual [internet]. Adelaide. 2014. Disponível em:
<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>
JOSEPH, M.L. Organizational culture and climate for promoting innovativeness. **Journal of Nursing Administration**, v.45, n.3, p.172-178, 2015.

LANZONI, et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17 n.2, p.322-332, abr./jun 2015
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>.

LAUREEN, J.H. et al. Nurse turnover: A literature review – An update. **International Journal of Nursing Studies**.; v. 49, n.7, p.887-905, 2012.

MAZIERO, V.G. et.al. Construindo significados sobre gerência da assistência: um estudo fenomenológico. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.13, n.3, p. 563-570, jul/set 2014.

MEDEIROS, A.C. de et al . Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 38-42, Feb. 2010 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>

MONTÉZELI, J.H.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E. Nurse Management skills required at na emergency care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v.5, n.3, p. 245-252, maio 2013.

MOREIRA, M.C.; SILVA, S.C.S.B. Práticas de liderança adotadas por enfermeiros no serviço noturno. **Revista Enfermagem UERJ**, v.15, n.2, p.183-119, abr/jun 2007.

MOURA, G.M.S.S. de et al . Representações sociais do processo de escolha de chefias na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 46, n. 5, p. 1156-1162, Oct. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500017>.

MOURA, G.M.S.S. de et.al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v18, n.6, p.09 telas, nov-dez 2010.

OLIVEIRA, R.J.T.; et.al. Condições intervenientes à governança da prática de enfermagem no centro obstétrico. **Revista Gaúcha de**

Enfermagem, v.35, n.1, p.47-54, mar

2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43125>

OVERCASH, J.; PETTY, L.J.; BROWN, S. Perceptions of shared governance among nurses at a midwestern hospital. **Nursing Administration Quarterly**, v.36, n.4, p.1-11, out-dez 2012.

PEARSON, A. et al. The JBI model of evidence based healthcare. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v.3, n. 8, p.207-215, 2005.

PERRUCHO, M. et al. Análise crítica do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.19, n.20, p. 53-62, jan/dez, 2004.

RHEINGANS, J.I. The alchemy of shared governance: Turning steel (and sweat) into gold. **Nurse Leader**, v.10, n.1, p.40-42, 2012.

PIERRE J, Peters BG. Governance, politics and the state. New York: St. Martin's Press; 2000.

RYCROFT-MALONE, J. et al. What counts as evidence in evidence-based practice? **Journal of Advanced Nursing**, v.47, n.1, p.81-90, 2004.

SANTOS, J. L.G. dos et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta paulista de Enfermagem** [online], vol.26, n.2, p. 136-143. 2013.

SANTOS, J.L.G. dos; LIMA, M.A.D. da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 32, n. 4, p. 695-702, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>.

SANTOS, S.R.; MOREIRA, R.C. Liderança do enfermeiro: desafios da prática. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.3. 2004.

SCOCHI, C.G.S. et al . Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, Brasília, v.66, n.spe, p.80-89, set. 2013.
Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700011>.

SPIRI, W.C.; MACPHEE, M. The Meaning of Evidence-Based Management to Brazilian Senior Nurse Leaders. **Journal of Nursing Scholarship**. Sep;v. 45, n. 3, p. 265-272, 2013. doi: 10.1111/jnu.12024.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al . Resocialization of the nurse manager. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra , v. serIII, n. 4, jul. 2011 . Disponível em
<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2015.

VENDEMIATTI, M. et al . Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1301-1314, June 2010 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700039&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700039>

6.2 MANUSCRITO 2- RESULTADOS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO IPNG

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO “INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE” PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Roberta Juliane Tono de Oliveira
José Luis Guedes dos Santos
Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMO

Objetivo: Esse estudo teve como objetivo descrever a adaptação transcultural do instrumento *Index of Professional Nursing Governance* para o português Brasileiro. Método: Este processo envolveu as seguintes etapas: tradução, síntese, retrotraduções, síntese, comitê de juízes e pré-teste. Resultados: As principais alterações realizadas no IPNG versão brasileira ocorreram nos itens pertencentes aos domínios II e III, relativos à avaliação semântica e idiomática das palavras, adequando-as ao contexto da enfermagem do Brasil. O pré-teste foi realizado em uma amostra aleatória de 52 enfermeiros. Utilizou-se software SPSS versão 13.0 para analisar a confiabilidade geral da medida pelo alfa de Cronbach, demonstrando confiabilidade de 0.98. A confiabilidade interna por domínios também apresentou um α alto, variando entre 0.86 a 0.93. O pré-teste apresentou suas principais avaliações nos domínios II, III e V. Conclusões: A adaptação resultou em uma versão preliminar do instrumento, a qual apresentou consistência interna significativa. Assim, o presente estudo atingiu aos objetivos propostos e será relevante para os estudos de gestão em enfermagem no Brasil. Recomendam-se estudos futuros visando à validação das propriedades psicométricas do instrumento e a avaliação da governança da prática profissional de enfermagem.

Descritores: Gerência; Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Gestão em Saúde, Estudos de Tradução.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir la adaptación transcultural del *Index of Professional Nursing Governance* para el portugués brasileño. Método: Este proceso implicó las siguientes etapas: traducción, síntesis,

retro-traducciones, síntesis de retro-traducciones, comités de jueces y pre-test. Resultados: Los principales cambios introducidos en la versión brasileña IPNG producen en elementos pertenecientes a las zonas II y III, en la evaluación semántica y palabras idiomáticas, adaptándolas al contexto de la enfermería en Brasil. El pre-test fue realizado a una muestra aleatoria de 52 enfermeras. Se utilizó el software SPSS versión 13.0 para analizar la fiabilidad general medida por el alfa de Cronbach, lo que demuestra la fiabilidad de 0,98. La confiabilidad interna para dominios también presentó una alta α van 0,86-0,93. El pre-test mostró sus principales evaluaciones en las zonas II, III y V. Conclusiones: El ajuste dio lugar a una versión preliminar del instrumento, el cual mostró una consistencia interna significativa. Por lo tanto, este estudio logró los objetivos propuestos y será relevante para los estudios de gestión de enfermería en Brasil. Se recomiendan futuros estudios encaminados a validar las propiedades psicométricas del instrumento y la evaluación de la gobernanza de la práctica de la enfermería profesional.

Descriptor: Gerencia; Enfermería; Supervisión de Enfermería; Gestión em Salud, Estudos de Validación.

ABSTRACT

This study aimed to describe the cross-cultural adaptation of the instrument *Index of Professional Nursing Governance* for Brazilian Portuguese. Method: This process involved the following steps: translation, synthesis, back-translations, synthesis, expert committee and pretest. Results: The main changes made to the Brazilian version IPNG occur in items belonging to the areas II and III, on the semantic evaluation and idiomatic words, adapting them to the context of nursing in Brazil. The pre-test was conducted on a random sample of 52 nurses. We used SPSS version 13.0 software to analyze the overall reliability measured by Cronbach's alpha, demonstrating reliability 0.98. The internal reliability for domains also presented a high α ranging from 0.86 to 0.93. The pretest showed its main assessments in areas II, III and V. Conclusions: The adjustment resulted in a preliminary version of the instrument, which showed significant internal consistency. Thus, this study achieved the proposed objectives and will be relevant to the nursing management studies in Brazil. Are recommended future studies aimed at validating the psychometric properties of the instrument and the evaluation of the governance of professional nursing practice.

Descriptors: Management; Nursing; Nursing Supervisory; Health Management, Validation Studies.

INTRODUÇÃO

Estudos metodológicos usados para o processo de adaptação e validação de instrumentos são cada vez mais frequentes nas pesquisas de enfermagem no âmbito internacional e nacional. No entanto, apesar de existir diversos estudos, uma variedade de orientações para o processo de adaptação transcultural, uma parcela de pesquisadores tendem a limitar-se à realização de tradução e retradução informal, sem o rigor metodológico necessário para o processo de adaptação, comprometendo tanto a qualidade da tradução, quanto comparações casuísticas de estudos com a mesma temática entre os estudos (SQUIRES, 2013; PASQUALI, 2013).

Países com diferentes crenças e culturas impõem a necessidade de uma adaptação prévia do instrumento, com ajustes em relação às equivalências semânticas, conceituais, culturais e idiomáticas, bem como à relevância das perguntas contidas na versão original do instrumento à realidade que se pretende adaptar (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Já que a maioria dos instrumentos tem origem no idioma inglês, torna-se necessário, portanto, a adaptação a outros contextos (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011; THORSTEINSSON, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2013). O processo de adaptação contribui com a adequação de novos termos pertinentes no que diz respeito à linguístico e ortografia do país alvo (REICHENHEIM; MORAES, 2007; SQUIRES, 2013).

No contexto da Enfermagem brasileira, os principais fenômenos abordados nos instrumentos validados nas últimas décadas têm como foco aspectos assistenciais da prática de profissão, com ênfase para temáticas relacionadas aos cuidados direto ao paciente (RIBEIRO *et al.*, 2013). Portanto, há uma lacuna de estudos de delineamento metodológico no âmbito da pesquisa em gerenciamento em enfermagem, de modo a possibilitar aprimorar estudos qualitativos prévios e fortalecer as preposições para o estabelecimento de novos modelos de gestão em enfermagem (MUNARI *et al.*, 2011; GARCIA; CASSIANI; REVEIZ, 2015; PARMAR, 2015).

A ciência da enfermagem tem sido objeto de diferentes tipos de investigação e requer estudos voltados à investigação organizacional e aos serviços de saúde, já que profissionais de enfermagem representam uma importante força de trabalho nessas organizações de saúde (GARCIA; CASSIANI; REVEIZ, 2015). Desse modo, estudos de validação são métodos fundamentais para incrementar a qualidade do

cuidado, seja ele direto ou indireto e atingir a visibilidade profissional que se almeja (RIBEIRO *et al.*, 2013).

No cenário internacional da pesquisa em gerenciamento de enfermagem, o instrumento “*Index of Professional Nursing Governance*” (IPNG) tem por finalidade a mensuração e avaliação da governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar. Trata-se do único instrumento desenvolvido especificamente para mensurar quantitativamente a governança de enfermagem e sua distribuição dentro dos grupos existentes nas instituições hospitalares (SWIHART, 2011). Pesquisa realizada para verificar a confiabilidade e validade do IPNG identificou que o instrumento tem sido utilizado há mais de 15 anos em diversos estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, nos quais tem apresentado propriedades psicométricas satisfatórias, contribuindo para mensuração da percepção dos enfermeiros a respeito da governança da prática profissional existente na instituição e alcance futuro da inserção do modelo de governança compartilhada (LAMOUREUX *et al.*, 2013).

A definição de governança profissional de enfermagem engloba uma estrutura e processo multidimensional por meio do qual os enfermeiros controlam sua prática profissional e tem o poder de influenciar o contexto organizacional em que se insere. Assim, a governança compartilhada relaciona-se a um sistema estruturado que fornece aos enfermeiros a responsabilidade de decisões relativas à sua prática, atribuindo-lhes controle, poder ou autoridade mutuamente adquiridos entre as partes interessadas (SWIHART, 2011).

O IPNG foi desenvolvido pelo pesquisador norte-americano Robert Hess em 1998 e é composto por 86 itens, divididos em seis subescalas nomeadas segundo o objetivo de avaliação: (I) controle sobre o pessoal, (II) acesso a informação, (III) recursos, (IV) participação, (V) controle sobre a prática, (VI) objetivos e resolução de conflitos.

A subescala controle sobre o pessoal refere-se ao grupo de enfermeiros que controla, contrata, promove, avalia, recomenda ajustes, cria novos cargos e conduz ações disciplinares a equipe. A subescala acesso à informação ao grupo que tem acesso as informações relativas à sua prática, tais como opiniões de gestores, médicos, pacientes, informações relacionadas a setor financeiro e planos estratégicos (SWIHART, 2011). A subescala recursos refere-se ao grupo de pessoas que influenciam os recursos que suportam a prática, recomenda e consulta outros serviços e, regula a movimentação de pacientes na instituição, composta pelos itens. A participação relaciona-se ao grupo de pessoas que estão envolvidas com na participação de comitês

relativos a procedimentos e processos da prática, orçamentos e organogramas. O controle sobre a prática relaciona-se aos profissionais que controlam as padronizações dos cuidados de enfermagem ao paciente, qualidade do cuidado, competências necessárias, qualificações, desenvolvimento de educação continuada e demais atividades que suportam a prática baseada em evidência. Por fim, a subescala objetivos e resolução de conflitos envolve o grupo de pessoas que negocia a resolução de conflitos, a filosofia, metas e objetivos institucionais (SWIHART, 2011).

Os itens do instrumento são respondidos utilizando uma escala de Likert, em que cada pontuação representa o grupo de pessoas que exercem a governança no ambiente hospitalar (SWIHART, 2011). As pontuações acontecem a partir da soma de cada resposta dada pelo participante, obtendo o escore total a partir da pontuação global do instrumento, o qual varia entre 86 a 345 pontos (MASCOLLO, 2011). Pontuações entre 86 e 172 indicam um modelo de governança tradicional, enquanto que pontuações entre 173 e 344 indicam governança compartilhada. Já uma pontuação de 345 ou mais indica auto-governança (HESS, 2010; HESS, 2011).

Embora a governança seja um conceito relativamente recente no Brasil, o seu estudo é importante para fundamentar as crescentes discussões acerca dos modelos de gestão em enfermagem. Pode contribuir com a ampliação da autonomia do enfermeiro para gerência do cuidado, proporcionando maior satisfação e retenção profissional mediante a participação e o envolvimento dos processos de gestão e tomada de decisão nas organizações (SANTOS et al., 2013).

Considerando a inexistência de um instrumento na cultura brasileira que mensure e avalie a governança da prática profissional de enfermagem, o presente estudo teve como objetivo realizar a tradução e adaptação transcultural do “*Index of Professional Nursing Governance (IPNG)*” para a língua portuguesa do Brasil.

MÉTODODO

Trata-se de um estudo metodológico, aprovado pelo Comitê de Ética de referência (CAAE: 38860614.5.0000.0114). Esse tipo de delineamento permite o desenvolvimento, avaliação e validação de instrumentos confiáveis, precisos e utilizáveis por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011). O estudo metodológico busca identificar um construto e torná-lo mensurável por meio de um instrumento para coleta e análise de dados, bem como auxiliar nos processos de adaptação e

validação de um instrumento para diferentes línguas (BEATON et.al., 2000; LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001).

Para o processo de adaptação transcultural do IPNG, seguiram-se as etapas preconizadas pela literatura: tradução do instrumento para língua portuguesa; síntese das traduções; retradução do instrumento para a língua de origem, síntese das retraduições, comitê de juízes e pré-teste (BEATON et.al., 2000), as quais serão detalhadas a seguir.

Destaca-se que, previamente ao início do processo de adaptação transcultural, foi obtido a anuência do autor do instrumento para a realização da pesquisa.

Tradução do instrumento para a língua portuguesa

A primeira etapa consistiu na entrega do instrumento a dois tradutores cuja língua materna era a língua alvo e que tinha fluência no idioma de origem do instrumento. Conforme recomendado, um dos tradutores foi informado sobre os objetivos e propostas do estudo enquanto outro permaneceu sem tais informações. O objetivo foi a obtenção de duas traduções realizadas de modo independente, as quais preservassem possíveis diferenças entre os tradutores (BEATON et.al., 2000).

Dessa forma, o *IPNG* foi traduzido por dois tradutores (T1 e T2), cuja língua materna era o português e com fluência na língua inglesa.

Síntese das traduções

Esta etapa consiste na comparação das traduções para o português, com o objetivo de obter a versão uma síntese das duas traduções realizadas (BEATON et.al., 2000).

Desse modo, as duas versões foram analisadas e comparadas pelos pesquisadores, na busca por diferenças e semelhanças encontradas em cada uma das traduções. A partir disso, foi elaborada uma versão síntese visando à obtenção de uma única versão traduzida em português, ou seja, a versão síntese T12. Em seguida, foi marcado um encontro com os tradutores para esclarecimento de dúvidas relativas às traduções e as diferenças foram discutidas.

Retradução e síntese do instrumento para o idioma de origem

A versão síntese foi retraduzida de volta para língua original do instrumento com intuito de verificar se a versão síntese traduzida reflete

o mesmo conteúdo da versão original. Recomenda-se que a retradução seja feita por, no mínimo, dois tradutores. Porém, nessa etapa é necessário que a língua materna seja a mesma do instrumento de origem (BEATON et.al., 2000). Assim, dois tradutores norte-americanos, com fluência na língua portuguesa, realizaram a retrotradução da versão síntese traduzida (BT1e BT2).

Em seguida, os pesquisadores realizaram novamente a leitura e comparação das duas retrotraduções a fim de obter a síntese das duas versões retrotraduzidas (BT12). As dúvidas quanto às retrotraduções foram esclarecidas diretamente com os tradutores.

Envio das sínteses da retrotradução e apreciação do autor do instrumento original

Nesta etapa foi elaborada uma versão síntese das retrotraduções e, encaminhada junto a todos os documentos de tradução produzidos até o momento, para que o autor do instrumento original.

O objetivo dessa etapa foi a identificação de possíveis discrepâncias em relação à versão original (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BEATON et.al., 2000), tanto no processo de elaboração da síntese, realizadas pelos pesquisadores, quanto na apreciação do autor original.

Avaliação por um comitê de juízes

A etapa de revisão pelo comitê de juízes visou consolidar uma versão “pré-final” do instrumento na língua alvo. O objetivo do comitê foi assegurar que a versão final se apresente compreensível e adequada para aplicação do pré-teste. Assim, esta etapa destina-se à avaliação das equivalências semânticas, idiomáticas, culturais e conceituais, fundamentais no processo de adaptação de instrumento de avaliação (BEATON et.al., 2000). Não existem regras fixas quanto ao número e escolha de pessoas que formarão o comitê, já que uma variedade de profissionais proporciona diferentes contribuições (PASQUALI, 2013).

Recomenda-se que o comitê seja formado por uma equipe de diferentes profissionais da linha de estudo, tradutores e profissionais experts no método, envolvidos no processo até este momento (PASQUALI, 2013). Os participantes do comitê foram convidados a participar desta etapa e informados sobre os objetivos do estudo. Dessa forma, foi agendado uma reunião conforme a disponibilidade dos juízes, os quais receberam previamente um material contendo instruções específicas sobre o encontro, o instrumento original, a síntese das

traduções (T12 e BT12) e as demais versões (T1, T2, BT1 e BT2) para que possam realizar a análise das equivalências.

Ao total, foram dois encontros com o comitê de juízes. O primeiro encontro com o comitê de juízes aconteceu no dia 1 de julho de 2015, em uma reunião de aproximadamente 5 horas. Os integrantes do comitê de juízes foram nove participantes, os quais eram enfermeiros docentes com experiência na metodologia do processo de adaptação de instrumentos, enfermeiros doutores com experiência na temática de governança ou gestão em enfermagem, enfermeiros assistenciais de diferentes instituições e contextos e enfermeiros com amplo domínio na língua inglesa. Foi entregue a eles um Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias solicitando a formalização da anuência em participar do encontro, bem como a autorização para a gravação das discussões. Todos os juízes assinaram o termo.

Previamente ao encontro, os juízes receberam um material com as instruções para avaliação das equivalências, o instrumento original, as traduções T1 e T2, a síntese das traduções (T12), as retrotraduções BT1 e BT2 e a síntese das retrotraduções (BT12) para possibilitar as avaliações e esclarecimento das etapas realizadas. Esse material foi recolhido antes do encontro, a fim de que as avaliações dos juízes fossem compiladas.

Dessa forma, no dia do encontro, a pesquisadora apresentou a porcentagem de concordância entre os juízes e as sugestões elencadas em cada um dos itens. Todas as sugestões e alterações propostas foram discutidas para a obtenção de uma versão consenso unânime.

O segundo encontro com o comitê de juízes aconteceu no dia 5 de novembro de 2015, do qual participaram três integrantes do grupo original. O objetivo do encontro foi apresentar os resultados advindos do pré-teste, bem como ouvir a opinião sobre mudanças que poderiam contribuir com a clareza e processo de adaptação do instrumento.

Avaliação por um comitê de juízes

As equivalências foram avaliadas pelo comitê por meio de uma pontuação que variou de -1, quando item julgado não pertinente; 0 (zero), quando item julgado como não sendo possível de avaliação; e, +1, quando item julgado como pertinente. A avaliação da porcentagem de concordância dos itens foram preenchidas as respostas julgadas por cada um dos juízes, que variaram de -1 a 1 aconteceu com a elaboração de uma planilha, onde, com auxílio do programa excel[®].

Elaborou-se o Quadro 1, com as notas de cada um dos juízes totalizadas referente a cada tipo de equivalências: semântica (S), idiomática (I), conceitual (Co) e cultural (C), em como sua respectiva porcentagem de concordância.

A equivalência semântica refere-se ao significado das palavras; a Idiomática corresponde a traduções de expressões idiomáticas, ou maneiras coloquiais que são de difícil tradução. Assim, o comitê pode formular uma expressão equivalente na versão em português com significado semelhante. A equivalência Cultural à coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população à qual se destina, dentro do seu contexto cultural; e, a Conceitual aos conceitos das palavras ou expressões utilizadas no instrumento original devem ser equivalentes a versão traduzidas, afim de que o significado conceitual seja mantido e possuam a mesma importância em países diferentes.

Em seguida, foram analisadas as porcentagens de concordâncias obtidas a partir das respostas dos juízes para quantificar o grau de concordância entre os juízes durante o processo de avaliação da validade de conteúdo do instrumento. Considera-se aceitável uma taxa de concordância em torno de 90% entre os membros do comitê (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

IPNG- Itens avaliados	S	I	C	Co	Tota l	% Concordânci a
Domínio I - controle	8,75	7,5	10	10	9,06	90,63
1	7,5	7,5	10	7,5	8,13	81,25
2	7,5	10	10	10	9,38	93,75
3	7,5	10	10	10	9,38	93,75
4	7,5	10	7,5	10	8,75	87,50
5	2,5	2,5	2,5	5	3,13	31,25
6	5	7,5	10	7,5	7,50	75,00
7	5	5	7,5	5	5,63	56,25
8	7,5	10	10	10	9,38	93,75
9	10	7,5	10	10	9,38	93,75
10	10	10	10	10	10,0	100,00
11	10	10	10	10	10,0	100,00
12	10	10	10	10	10,0	100,00

13	7,5	5	5	3,75	5,31	53,13
Domínio II - influência	10	10	10	10	10,0	100,00
14	2,5	7,5	7,5	7,5	6,25	62,50
15	5	5	7,5	7,5	6,25	62,50
16	7,5	7,5	10	10	8,75	87,50
17	6,25	10	7,5	10	8,44	84,38
18	7,5	10	10	10	9,38	93,75
19	7,5	10	7,5	10	8,75	87,50
20	7,5	7,5	7,5	10	8,13	81,25
21	7,5	5	10	10	8,13	81,25
22	7,5	2,5	10	10	7,50	75,00
23	10	10	7,5	10	9,38	93,75
24	5	5	5	2,5	4,38	43,75
25	7,5	10	8,75	10	9,06	90,63
26	7,5	10	6,25	7,5	7,81	78,13
27	7,5	10	8,75	10	9,06	90,63
Domínio III - autoridade formal	5	7,5	10	7,5	7,50	75,00
28	7,5	10	10	7,5	8,75	87,50
29	7,5	2,5	10	7,5	6,88	68,75
30	2,5	5	5	5	4,38	43,75
31	7,5	7,5	10	10	8,75	87,50
32	10	10	10	10	10,0	100,00
33	10	10	10	10	10,0	100,00
34	10	10	5	5	7,50	75,00
35	7,5	10	10	10	9,38	93,75
36	2,5	10	7,5	7,5	6,88	68,75
37	10	7,5	10	10	9,38	93,75
38	7,5	10	10	10	9,38	93,75
39	10	10	10	10	10,0	100,00
40	7,5	10	7,5	10	8,75	87,50
41	7,5	10	7,5	10	8,75	87,50

42	7,5	10	10	10	9,38	93,75
43	5	10	7,5	10	8,13	81,25
44	10	10	10	10	10,0	100,00
45	2,5	10	8,75	10	7,81	78,13
46	0	7,5	10	10	6,88	68,75
47	10	7,5	8,75	10	9,06	90,63
48	10	10	5	10	8,75	87,50
49	10	10	10	10	10,0	100,00
Domínio IV- participação	10	10	10	10	10,0	100,00
50	10	10	8,75	10	9,69	96,88
51	7,5	10	10	10	9,38	93,75
52	10	10	8,75	10	9,69	96,88
53	2,5	10	8,75	10	7,81	78,13
54	8,75	7,5	10	8,75	8,75	87,50
55	10	10	8,75	10	9,69	96,88
56	10	10	8,75	10	9,69	96,88
57	8,75	7,5	8,75	10	8,75	87,50
58	8,75	7,5	8,75	10	8,75	87,50
59	8,75	10	8,75	10	9,38	93,75
Domínio V- acesso à informação	10	10	10	10	10,0	100,00
60	10	7,5	10	10	9,38	93,75
61	3,75	6,25	5	6,25	5,31	53,13
62	7,5	10	10	10	9,38	93,75
63	10	10	10	10	10,0	100,00
64	7,5	10	10	10	9,38	93,75
65	10	10	10	10	10,0	100,00
66	10	10	10	10	10,0	100,00
67	10	10	10	10	10,0	100,00
68	7,5	10	10	7,5	8,75	87,50
69	10	10	10	10	10,0	100,00
70	7,5	10	10	10	9,38	93,75

71	10	7,5	10	10	9,38	93,75
72	10	7,5	10	10	9,38	93,75
73	5	7,5	10	10	8,13	81,25
74	10	10	10	10	10,0 0	100,00
Domínio VI - capacidade	7,5	10	10	10	9,38	93,75
75	7,5	10	10	10	9,38	93,75
76	7,5	10	10	10	9,38	93,75
77	2,5	10	7,5	10	7,50	75,00
78	7,5	10	10	10	9,38	93,75
79	7,5	10	10	10	9,38	93,75
80	10	10	10	10	10,0	100,00
81	10	10	10	10	10,0	100,00
82	10	10	10	10	10,0	100,00
83	7,5	10	10	10	9,38	93,75
84	10	10	10	10	10,0	100,00
85	10	10	10	10	10,0	100,00
86	10	10	10	10	10,0	100,00

**Quadro 1. Porcentagem de concordância entre os juízes.
Florianópolis, SC, Brasil, 2015.**

Pré-teste

O pré-teste consiste na aplicação da versão consenso estabelecida junto ao comitê a uma população-alvo de aproximadamente 30 a 40 pessoas, de modo a assegurar que a versão esteja apta para uma aplicação futura, mantendo sua compreensão e detecte possíveis erros não observados até o momento (BEATON et.al., 2000).

A partir dos 164 enfermeiros do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago HU/UFSC, foi constituída uma amostra probabilística aleatória simples com 52 enfermeiros que participaram do pré-teste os quais foram convidados a participar do pré-teste respondendo ao instrumento. Aos sorteados foram convidados e informados os objetivos do estudo, recebendo o instrumento, o termo de consentimento livre esclarecido em duas vias, e as instruções para

avaliação do instrumento. Ressalta-se que esse cenário foi escolhido em função da vinculação acadêmica do referido hospital com a universidade, bem como pelo fato do mesmo ser um importante campo de atividades práticas e estágio para acadêmicas de enfermagem.

Com o objetivo de alcançar o número mínimo de 40 participantes, 80 enfermeiros foram sorteados para responder o instrumento. Desse total, 8 enfermeiros estavam afastados ou não aceitaram participar do estudo, 20 enfermeiros aceitaram integrar a pesquisa porém, não retornaram o instrumento respondido. Nesse sentido, 52 enfermeiros responderam e retornaram o instrumento.

Com a finalidade de atingir aos objetivos desta etapa, foi definido como público alvo enfermeiros que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: experiência mínima de seis meses de trabalho na instituição hospitalar, justificando que seria o período necessário para que sua participação contribuísse avaliando as ações e interações administrativas existentes na instituição. O critério de exclusão foi estar em licença ou afastamento de qualquer natureza. Foram convidados a participarem do pré-teste enfermeiros de diferentes turnos de trabalho, que prestam assistência aos pacientes de maneira direta ou indiretamente, buscando abranger uma maior variedade de enfermeiros e abarcar diversas características organizacionais.

Do período de julho a agosto de 2015 foi realizado a fase do pré-teste com busca exaustiva pelos sujeitos. O contato com os participantes para convidá-los a participarem do estudo foi mediante contato pessoal em suas unidades de trabalho, explicando a eles os objetivos do estudo. Aos que aceitaram participar do estudo foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, do participante e do pesquisador.

Além do IPNG, os participantes responderam questões relativas à caracterização do perfil, o tempo de preenchimento do instrumento, e foram orientados a responder ao instrumento uma única vez, sem interrupções, de modo a limitar vieses de interpretação. Ao final do instrumento, foi acrescentado pelos pesquisadores um campo no qual foi solicitado aos respondentes o registro dos apontamentos, sugestões, críticas ou dificuldades de interpretação, pertinentes ao conteúdo do mesmo. O instrumento foi entregue pela pesquisadora de forma individual aos participantes, realizando agendamento para retornar e recolher o instrumento respondido em torno de quatro dias ou conforme planejado com o participante.

Para análise dos dados coletados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, sendo

realizada análises descritivas para a caracterização sócio-demográfica dos participantes e cálculo do alpha de Cronbach para avaliação da confiabilidade do instrumento. O Alfa de Cronbach pode variar entre 0 a 1. Para a interpretação do alpha de Cronbach, quanto mais alto o valor, maior a consistência interna do instrumento, o que indica a homogeneidade da medida de um mesmo fenômeno e demonstra que os itens estejam positivamente relacionados. Assim, considera-se que valores acima de 0,70 refletem um alto grau de consistência interna no instrumento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011; PASQUALI, 2013).

RESULTADOS

As etapas descritas previamente foram executadas no processo de adaptação transcultural do IPNG. Os resultados a seguir buscam detalhar as etapas de avaliação pelo comitê de juízes e pré-teste, as quais demandaram maiores discussões. Salienta-se que o instrumento foi encaminhado para o Dr. Robert Hess, autor do instrumento original, o qual se mostrou de acordo com as etapas do trabalho desenvolvido.

Foram discutidas no encontro com os juízes todas as sugestões apontadas por eles, dando ênfase àquelas com porcentagens de concordância inferiores a 80%, que serão descritas a seguir.

No domínio I do IPNG relacionados ao grupo que tem o **controle** sobre determinadas áreas e/ou situações sofreram modificações os itens 5 (31,25%), 6 (75%), 7 (56,25%) e 13 (53,13%). No item 5, as equivalências semântica, idiomática e conceitual obtiveram menores pontuações, já que no Brasil não se utiliza o termo “*secretários*” no ambiente hospitalar ou na equipe de enfermagem, sendo substituído pelo termo “*escriturários*”. No item 6, padronizou-se a tradução de “equipe de enfermagem” ao se referir a “*nursing personnel*”. O item 7, apesar de uma baixa porcentagem de concordância entre os juízes, foi alterado apenas a conjunção “e” e “em” da sentença, não necessitando maiores discussões. O item 13 obteve baixa concordância conceitual e cultural já que no Brasil o exemplo utilizado por modelos de prestação dos cuidados são diferentes do contexto norte-americano. O consenso para o item foi alterar a frase de “*Determina os modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. primário, equipe)*” para “*Determina os modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. funcional, integral e equipe)*”.

No domínio II associados ao grupo que tem **influência** sobre as atividades, sofreram alterações os itens 14(62,5%), 15 (62,5%), 21 (75%), 22 (75%), 24 (43,75%), 26 (78,13%). Os itens 14 e 15 obtiveram

as equivalências semânticas e idiomáticas prejudicadas, pois foi ponderado pelo grupo que no contexto brasileiro a melhor tradução/redação de “*quantidade e nível dos profissionais*” seria “*dimensionamento de pessoal*”.

Os itens 21 e 22 tiveram sua equivalência semântica questionada. Assim, a frase do item 21 passou de “*Consulta e lista o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes)*” para “*Consulta e agenda o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em cuidados com feridas)*”. No Brasil não há “*educadores em diabetes*”, ou um profissional específico que realiza tal atividade. A educação em saúde de pessoas com diabetes é uma atribuição da equipe multiprofissional.

No item 22, a frase também foi alterada em relação à equivalência semântica. Passou de “*Consulta e lista os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças)*” para “*Consulta e agenda os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutrição, serviço social, farmácia, recursos humanos, setor financeiro)*”, deixando os exemplos nas frases de acordo com os setores.

O item 24 obteve uma média da equivalência idiomática e conceitual baixa, os juízes concordaram que no Brasil a utilização da expressão “*medidas de custo-benefício*” ao invés de “*medidas economicamente eficazes*” e, “*classificação de pacientes dependentes de ventilação*” a “*colocação de pacientes dependentes de ventilação*”, sendo mais adequada.

O item 26 e a descrição do domínio III, apesar de obterem baixa porcentagem de concordância entre os juízes, não necessitou de maiores discussões, modificando apenas pontuação na frase.

No domínio III relacionados a grupo de pessoas que tem **autoridade formal** para realização de ações relativas a prática profissional, os itens os itens 29 (68,75%), 30 (43,75%), 34 (75%), 36 (68,75%), 45 (78,13%) e 46 (68,75%) sofreram alterações.

O item 29 teve menor porcentagem de concordância na equivalência idiomática. A tradução do verbo “*written*” no idioma inglês foi discutida junto ao comitê da necessidade de adicionar no idioma português do Brasil a palavra “por escrito” dando ênfase a necessidade dos processos ou protocolos estarem “por escrito”. Assim, ao final da sentença 29 foi adicionando a vírgula e a expressão “*por*

escrito”, fazendo com que o sentido da frase permanecesse o mesmo da versão em inglês.

O item 30 foi amplamente questionado, já que na realidade brasileira não é necessário nenhum tipo de credenciamento para o exercício da enfermagem, mas sim de um registro obrigatório junto ao órgão de regulamentação da Enfermagem. Assim, a frase “*Credenciamento* obrigatório para contratação, promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem” foi alterada para “*Registro* obrigatório para contratação e *certificação para a* promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem”.

O item 34 obteve concordância elevada. A alteração foi apenas relacionada à adição da palavra “*continuada*” na sentença, a qual não estava presente. No item 36, a melhor avaliação foi da equivalência semântica, já que os juízes concordaram que estava deficiente a tradução prévia sem o verbo regular, passando a sentença ser formada pela expressão “*Políticas que regulam a* promoção da equipe de enfermagem” ao invés de “*Políticas de promoção* da equipe de enfermagem”.

Os itens 45 e 46 foram modificados da mesma forma que os itens 21 e 22, padronizando os exemplos de “nutricionista” para “nutrição” e “finanças” para “setor financeiro”. Dessa forma, a sentença do item 45 passou para “Mecanismos formais para *consultar e agendar* os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (*nutrição, serviço social, farmácia, recursos humanos, setor financeiro*)”. O item 46 sofreu as mesmas modificações discutidas nos itens 21 e 21, de modo que a frase “Mecanismos formais para *consulta e recrutamento* de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, *educadores em diabetes*)” foi alterada para “Mecanismos formais para *consulta e agendamento* de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista *em cuidados com feridas*)”.

O domínio IV se refere à **participação**, apresentou alteração apenas no item 53 (78,13%), o qual obteve baixa equivalência semântica. Foi discutido entre os juízes o melhor termo a ser empregado entre “comitê” e “comissões”, optando por padronizar a palavra “comissões” nas sentenças que surgiram o termo.

O domínio V corresponde ao **acesso à informação** e teve modificação quanto ao item 61 (53,13%), que apresentou baixa equivalência semântica. O exemplo utilizado no item 61 foi debatido, já que para realidade brasileira a expressão “*Verifica a* conformidade da

prática de enfermagem com exigências das agências *reguladoras* (*The Joint Commission*, governo estadual e federal, grupos profissionais)” é melhor compreendida do que a sentença “*Conformidade* da prática de enfermagem com exigências das agências de pesquisa (*a Comissão Conjunta*, governo estadual e federal, grupos profissionais)”.

O domínio VI, relacionado à **capacidade**, apresentou alteração apenas no item 77 (75%). O exemplo citado na sentença foi alterado para melhor compreensão na língua portuguesa já que a especialidade médica no Brasil é pneumologia e não respiratória, passando a sentença de “Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (*respiratório*, nutrição, etc)” para “Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (*pneumologia*, nutrição, etc)”.

Quanto ao nome da versão final do instrumento, acatou-se a sugestão dos juízes em adotar a nomenclatura: “*Index of Professional Nursing Governance*- versão Brasileira”. A decisão pela manutenção do nome em inglês do instrumento baseou-se na crença de que dessa forma o IPNG poderá ser identificado mais facilmente em bases de dados a partir da sua utilização.

A organização e sistematização das sugestões feitas pelos juízes podem ser encontradas na íntegra no Apêndice E. Para melhor visualização da mudança realizada, as sugestões realizadas na versão de uso no Brasil estão em destaque.

Pré-teste

O pré-teste consistiu na aplicação do IPNG a uma amostra aleatória de 52 enfermeiros do HU/UFSC.

As características sócio-demográficas dos 52 enfermeiros participantes do pré-teste estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas (n=52). Florianópolis, SC, 2015.

Características	n (%)	M (DP)*
Sexo (Feminino)	46(88,5)	
Idade (Anos)*		40,77(±9,3)
Estado Civil (Casado)	27(51,9)	
Nível Educacional (Mestre em Enfermagem)	28(53,8)	
Renda (4 a 10 salários**)	39(75,0)	
Tempo médio de trabalho (Anos)*		16,04(±8,8)
Tempo de trabalho na instituição*		13,85(±9,27)

*Variável contínua expressa em média (M) \pm desvio padrão (DP).

** Valor salário mínimo nacional 2015: R\$ 788,00

Eram enfermeiros provenientes de diversas especialidades, como: Clínica cirúrgica, Unidade de Emergência e Maternidade com sete (13,5%) representantes cada e Clínica médica, Unidade Terapia Intensiva e Ambulatório com seis (11,5%) enfermeiros participantes cada. Nove (17,3) participantes ocupavam cargo gerencial, com tempo de atuação variando de 1 mês a 25 anos. Seis deles eram chefes de unidade e três coordenadores de área.

O tempo médio para responder ao instrumento foi calculado a partir do tempo de início e término do questionário. Obteve-se uma média de 30 minutos.

Dos 52 enfermeiros participantes, 30 enfermeiros fizeram 49 diferentes sugestões no campo apresentado ao final do instrumento. Essas sugestões foram compiladas por similaridade na

Tabela 2.

Tabela 2. Principais sugestões dos participantes do pré-teste. Florianópolis, SC, 2015.

Nº	Sugestões	N
1	Itens que não se aplicam, acrescentar coluna NA (não se aplica) ou “não sabe/ não soube responder”	2
2	Colocar uma observação especificando o que é cada grupo e quais se referem a cada chefia existente	8
3	Instrumento extenso	5
4	Instrumento confuso	5
5	Alguns itens não condizem com a realidade do HU/ Necessidade de acrescentar uma coluna “sem a participação da enfermagem” já que tem ações que a enfermagem não realiza no HU	5
6	Necessidade de englobar um grupo que envolva também a participação da equipe multiprofissional naqueles 5 grupos	1
7	Necessidade de exemplos nos itens	1
8	Necessidade de um grupo/ coluna que englobe “todos tem acesso”	1
9	Necessidade de um grupo/coluna “apenas enfermeiros executam”	1

Com base nas sugestões, o autor do instrumento foi consultado. Após o autor do instrumento opinar sobre as sugestões dadas pelos participantes do pré-teste, contactou-se novamente parte dos participantes do comitê de juízes para um segundo encontro.

As alterações sugeridas pelo comitê de juízes no segundo encontro foram principalmente em acrescentar no instrumento observações explicativas de modo a satisfazer as sugestões dos participantes do pré-teste. A seguir, serão elencadas as principais sugestões feitas pelos participantes do pré-teste, bem como sugestões do autor do instrumento como do comitê de juízes para resolução e clareza do instrumento.

Sugestão 1 – A principal sugestão dos participantes foi acrescentar uma coluna NA (não se aplica), com 22 sugestões pontuadas. O autor do instrumento, explicou a inviabilidade em acrescentar o item NA, já que entende que um participante ao assinalar o NA, o enfermeiro demonstra que não tem acesso ao item em questão, e consequentemente, são os gestores quem controlam essa dimensão da prática profissional. Ainda enfatiza que o enfermeiro deve ser convidado a responder todos os itens do instrumento, sem deixá-los em branco, refletindo se determinados itens que não sabe ou não se aplicam não estão sob controle dos gestores apenas, seja na instância local ou federal. O instrumento foi construído de modo a ser aplicável em diversos contextos, e por isso, acrescentar ou retirar itens do instrumento inviabilizaria pesquisas comparativas futuras.

O comitê de juízes sugeriu que fosse acrescentada uma observação no instrumento com intuito dos participantes refletirem sobre sua resposta quando julgarem NA com a seguinte observação: *Caso acredite que algum dos itens do instrumento não se aplique a sua realidade, por favor, reflita se você teria a mesma opinião se trabalhasse em outra instituição ou ocupasse outro cargo.*

As sugestões dos juízes, portanto, foram ao encontro do apontado pelo autor, o enfermeiro que julga não ter acesso a determinado item consequentemente, não os controla, e que por isso, devem assinalar que são os gestores quem fazem essa dimensão da prática profissional.

Sugestão 2 – Em relação à inserção de uma observação especificando o que é cada grupo e quais se referem a cada tipo de chefia em questão, seja ela mediata ou imediata, o comitê concordou em ser adicionado ao instrumento a definição do que é o um cargo de chefia. Sabe-se que cada instituição possui diferentes organogramas e que, definir cada cargo gerencial de acordo com a realidade do HU

poderia não abarcar as demais organizações. Portanto, optou-se juntamente com os juízes por adicionar uma observação junto ao IPNG, de modo sucinto, sobre o que deve ser considerado um cargo gerencial, ficando a critério de cada participante a reflexão sobre quais itens estão relacionados às suas respectivas chefias.

Os juízes ressaltaram a importância de não especificar por meio de exemplos em cada item, já que levaria a indução de respostas, contemplando a sugestão 7. Entende-se ainda que a interpretação no momento da leitura do instrumento é parte do processo e que por esse motivo, explicações e exemplos adicionais tornariam o instrumento exaustivo e propenso a vieses. Portanto, exemplos nos itens não foram adicionados.

Sugestão 3 – Os participantes pontuaram a extensão do instrumento. No entanto, nesse momento a retirada de itens do instrumento tornaria inviáveis análises comparativas futuras sem a realização prévia da validação do instrumento.

Sugestão 4 – instrumento confuso. Foi uma sugestão amplamente debatida com os juízes, já que tal sugestão merece análise do que os participantes definem por confusão. Nota-se que as traduções não apresentam dificuldade na compreensão das palavras, justificando que apenas cinco sugestões referiram “instrumento confuso”, podendo estar relacionada a repetição das perguntas, típicas de instrumentos de medida, para não apresentação de vieses.

A sugestão 5 – acrescentar uma coluna “sem a participação da enfermagem” demonstra, conseqüentemente, que a enfermagem não possui participação no item em questão, e por isso, deve ser pontuado 1 dentre os cinco grupos apresentados no instrumento- “somente os gestores/administração de enfermagem que tem acesso”.

A sugestão 6 – necessidade de englobar um grupo que envolva também a participação da equipe multiprofissional naqueles 5 grupos, não foi possível ser contemplada já que o instrumento refere-se a governança da prática profissional de enfermagem e não aos demais profissionais da instituição hospitalar.

A sugestão 8 já existe no instrumento, sendo representada pelo grupo 3 – Iguualmente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem.

Quanto à sugestão 9, o autor do instrumento frisou que os objetivos do instrumento foca na relação entre gestores e enfermeiros/equipe de enfermagem. Assim, mesmo que existam atividades e atribuições profissionais que apenas o enfermeiro realize,

sem a participação do técnico e vice-versa, o instrumento não visa avaliar essa dualidade, mas sim, a relação enfermagem versus gestores.

A confiabilidade da versão adaptada do IPNG foi avaliada por meio do cálculo de alfa de Cronbach para todos os itens e para cada subescala separadamente (Tabela 3).

Tabela 3. Confiabilidade geral e das subescalas do IPNG. Florianópolis, SC, 2015.

Domínios do IPNG	Itens Analisados	Alfa de Cronbach
Confiabilidade geral IPNG	86	0,98
Confiabilidade por Subescalas		
Parte I – controle	13	0,86
Parte II – influência	14	0,90
Parte III - autoridade formal	22	0,93
Parte IV – participação	10	0,90
Parte V - acesso à informação	15	0,90
Parte VI – capacidade	12	0,91

IPNG: Index of Professional Nursing Governance

As principais frequências de itens não respondidos, ou seja, itens que apresentaram ausência de resposta, estão listadas na Tabela 4.

Tabela 4. Frequências de itens não respondidos. Florianópolis, SC, 2015.

Domínio/Item	N(%)
II 20 Recomenda sobre os valores salariais, aumentos e benefícios aos enfermeiros	18(34,6)
II 26 Cria novos cargos clínicos	15(28,8)
III 44 Procedimentos para o reajuste dos salários, aumentos e benefícios dos enfermeiros	12(23,1)
II 24 Determina medidas de custo-benefício, tais como transferências e encaminhamentos de pacientes ou a gestão de recursos (por exemplo, classificação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos pacientes para os cuidados domiciliares)	11(21,2)
III 30 Registro obrigatório para contratação e certificação para a promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem	11(21,2)
II 27 Cria novos cargos administrativos ou de apoio	10(19,2)
II 23 Realiza recomendações relativas aos recursos de outros	9(17,3)

		departamentos	
II	25	Recomenda novos serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, casas de parto)	8(15,4)
V	70	Satisfação do enfermeiro com relação aos seus salários e benefícios	8(15,4)
V	67	Satisfação do médico/enfermeiro em relação à sua prática colaborativa	7(13,5)
V	72	Opinião dos médicos sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”	7(13,5)
II	21	Consulta e agenda o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em cuidados com feridas)	6(11,5)
III	43	Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, materiais, principais equipamentos e educação	6(11,5)
V	71	Opinião da Administração sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”	6(11,5)

A tabela 4 demonstra que os principais itens não respondidos pelos participantes do pré-teste foram itens relativos ao domínio II, o qual se relaciona ao grupo de pessoas que tem influência sobre determinadas atividades. O segundo domínio menos respondido pelos participantes foi o domínio V relacionado ao grupo de pessoas que detém o acesso a informação e por fim, o domínio III, relacionado ao grupo que possui autoridade formal para determinadas ações.

Embora não tenha sido o objetivo do estudo, a média da governança da prática profissional obtida foi 201,61 (dp +/- 57,86, min = 110 e max = 399). Isso indica que o modelo de governança predominante de acordo com as respostas dos enfermeiros participantes do pré-teste é compartilhado, com dimensão executado principalmente pelos administradores com alguma participação e contribuição da equipe de enfermagem.

DISCUSSÃO

Este foi o primeiro estudo metodológico da adaptação transcultural de um instrumento destinado a mensurar e avaliar a governança da prática profissional de enfermagem para uso no Brasil. Apesar do instrumento já ter sido traduzido para o árabe, alemão, chinês, coreano e francês (HESS, 2015), não há artigos publicados com as demonstrações das etapas da adaptação transcultural, sendo a versão

Brasileira a primeira a detalhar o processo de adaptação transcultural do instrumento para outro país.

De modo semelhante a outros estudos (PASKULIN, 2011; LINCH, 2012), as alterações feitas no IPNG no decorrer das etapas do processo da adaptação envolveram modificações em termos e expressões, com o objetivo de facilitar a compreensão dos itens pelos profissionais de enfermagem e assegurar suas equivalências conforme preconizado e realizado por outros estudos que utilizam o mesmo referencial.

As etapas metodológicas de adaptação transcultural utilizado no presente estudo foram eficazes. O processo de adaptação transcultural envolveu etapas de tradução, retrotradução, sínteses, comitê de juízes e pré-teste. Contou com a participação de bilíngues nativos e norte americanos e dois comitês de juízes, compostos por profissionais da assistência, pesquisadores da área de gestão em enfermagem, e pesquisadores com expertise no método. Essa diversidade na composição do comitê de juízes foi fundamental para o sucesso do processo de adaptação transcultural, conforme pontuado por outros estudos metodológicos (WEISSHEIMER, 2007; PASKULIN, 2011).

É importante ressaltar que todo o processo de adaptação envolveu o contato com o autor do instrumento, contribuindo para que as sugestões fossem realizadas sem o comprometimento das avaliações psicométricas futuras.

Apesar da literatura não relatar a necessidade de mais do que um encontro com o comitê de juízes, julgou-se necessário realizá-lo de modo a apresentar os resultados e apresentá-los as sugestões advindas do pré-teste. Tal estratégia também foi utilizada em outros estudos que empregam o mesmo referencial, o que demonstra a flexibilidade das etapas no processo metodológico (GASPARINO, GUIARDELLO; 2009; PASKULIN, 2011).

Os resultados do pré-teste confirmam os pontos de discussão apresentados pelo comitê de juízes no primeiro encontro, com itens relacionados aos domínios II- influência, III- autoridade formal, para exercer determinadas atividades. Uma das justificativas deve-se ao fato de que, os itens em questões são referem-se à influência, que por sua vez permeia a subjetividade de cada participante. Assim, os enfermeiros podem ter influência sob muitos itens ou aspectos que, sem perceber acreditam não exercê-la.

Da mesma forma, alguns dos itens do domínio III referem-se a questões como aumentos salariais, reajustes, criação de cargos e orçamentos. Nota-se que as traduções não contemplam dificuldade na

compreensão das palavras, justificando que tais itens não foram respondidos por se tratar de questões relacionadas à natureza e tradução das palavras, mas pelo caráter público da instituição, que pode ter influenciado a não resolução das mesmas.

Outro fato que contribuiu para afirmação de que os itens estão compreensíveis quanto às traduções foi de que, dentre todas as contribuições sugeridas pelos participantes do pré-teste, apenas cinco delas referiram “instrumento confuso”. Tal sugestão pode estar relacionada à compreensão efetiva do instrumento ou pela repetição das perguntas, típicas de instrumentos de medida, para não apresentação de vieses.

Por fim, a confiabilidade do instrumento indica que os itens do IPNG na versão brasileira possuem correlação entre si e mensuram aquilo que se propõem a mensurar, apresentando um α Cronbach do instrumento geral de 0.98. A confiabilidade interna por domínios também apresentou um α entre 0.86 a 0.93, o que é considerado satisfatório (POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, 2011; PASQUALI, 2013).

Embora esse estudo não tenha uma abordagem que permita comparações entre diferentes contextos, às análises a partir do α Cronbach dos seis domínios apontam para resultados semelhantes a outro estudo que avaliam a confiabilidade e validade do IPNG, cujos coeficientes alfa eram superiores a 0,94 nas seis subescalas, considerado excelente (LAMOUREUX et al.,2013).

Ressalta-se que todas as alterações permitiram melhorar a clareza e compreensão dos itens e elaborar a versão do IPNG para uso no Brasil.

CONCLUSÃO

A adaptação transcultural do IPNG levou a um pré-teste na versão brasileira do instrumento e os resultados obtidos permitem inferir que o IPNG mostrou-se confiável para uso no Brasil, já que sua consistência interna para os 86 itens e os itens de seus domínios apresentaram um alfa de Cronbach satisfatório. Assim, considera-se que o presente estudo atingiu aos objetivos propostos e permite disponibilizar a população brasileira um instrumento que avalie a governança da prática profissional de enfermagem, relevante para os estudos de gestão em enfermagem no Brasil.

Serão necessários estudos futuros para avaliação das propriedades psicométricas do instrumento no Brasil. Este estudo,

portanto, serviu de base para estudos posteriores de validação do instrumento, já que a qualidade da tradução e adaptação de instrumentos é relevante e asseguram que o instrumento esteja adequado ao contexto local.

A disponibilidade de um instrumento que mesure a governança profissional de enfermagem permitirá aos enfermeiros o desenvolvimento de mudanças das atividades relativas à gestão organizacional, na medida em que possibilitará comparação de resultados de estudos internacionais, contribuindo para o conhecimento de gestão em enfermagem em uma perspectiva global.

Este estudo possibilitará ainda que a gestão em enfermagem seja embasada cientificamente em instrumento apto para mensurar a governança, fornecendo aos enfermeiros novos modelos de gestão. Consequentemente, o estudo favorecerá a qualidade do gerenciamento em enfermagem e efetiva construção futura de um modelo pautado nas estruturas da gestão compartilhada em enfermagem, superando modelos intuitivos de gestão e, acompanhar a evolução advinda dessa implantação de um novo modelo ao longo do tempo.

A limitação do estudo volta-se na aplicação do pré-teste em um contexto hospitalar único, já que não foi possível a realização em diferentes instituições. Para a realização de outros estudos visando à adaptação transcultural do IPNG para outros idiomas, sugere-se a aplicação do pré-teste por meio de entrevista, a fim de possibilitar uma maior compreensão do instrumento e a resposta a todos os itens questionados.

Por fim, destaca-se que este trabalho é relevante para pesquisas na área de gestão em enfermagem e governança da prática profissional de enfermagem, diante do ineditismo em realizar a adaptação de um instrumento para língua portuguesa do Brasil, que poderá mensurar e avaliar a governança da enfermagem no contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.

Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Jan. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

- BEATON DE.; et. al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v.25, n.24, p. 3186-3191, 2000.
- GARCIA, A.B.; CASSIANI, S.HB.; REVEIZ, L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. **Revista Panamerica de Salud Publica**, Washington , v. 37, n. 3, p. 162-171, Mar. 2015.
- GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. d B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do" Nursing Work Index-Revised. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 281-7, 2009.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993
- HESS, R. **Forum for Shared Governance**. Disponível em <http://sharedgovernance.org/> Acesso em: 06 nov. 2015.
- HESS, R.G. Slicing and Dicing shared governance in and around the numbers. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n. 3, p. 235-241, 2011.
- HESS, R.G. **The Measurement of professional governance: scoring guidelines and benchmarks**. Forum for Shared Governance. 2010.
- LAMOUREUX, J. et al. Measuring perceptions of shared governance in clinical practice: psychometric testing of the RN-focused Index of Professional Governance (IPNG). **Journal of Research in Nursing**, v. 19, n. 1, p. 69–87, 4 out. 2013.
- LINCH, G. F. da C et al. Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese. **International Journal of Nursing Knowledge**, v.23, n.3,p.153-158 , out 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MASCOLO, K. et.al. **Evaluating the impact of modifications to a shared governance structure**. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree doctor of nursing practice in the graduate school of Ohio State University. Ohio. 2011.

MUNARI, D.B. et al . Cenário das pesquisas na pós-graduação na área de enfermagem e gerenciamento no Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 45, n. spe, p. 1543-1550, 2011.

PARMAR, Jasmine et al . Health literature authored by nurses within the LAC region: a cross-sectional study. **Revista Panamerica de Salud Publica**, Washington , v. 37, n. 6, p. 409-414, June 2015.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi et al . Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 271-277, 2011.

PASQUALI L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 5 ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos em pesquisa em enfermagem: métodos, avaliações e utilização**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.665-673, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2015. Epub May 29, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>.

RIBEIRO, M.A.S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rene**, v.14, n.1, p.218-228, 2013.

SQUIRES, A. et al. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. **Internacional Journal of Nursing Studies**, v. 50, n.2, p. 264-273, 2013.

SWIHART, D. **Shared Governance: A practical approach to transform professional nursing practice**. 2ª edição: HCPro, 2011. 147p.

THORSTEINSSON, H.S. Translation and validation of two evidence-based nursing practice instruments. **International Nursing Review**, v. 59, n.2, p.259-265, 2012.

WEISSHEIMER, AM. Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta sessão retoma os principais achados da pesquisa, pontua as contribuições e limitações do estudo e possíveis desdobramentos para investigações futuras em relação à problemática em foco.

Este estudo cumpriu aos objetivos propostos em compreender as relações entre as práticas gerenciais de enfermeiros brasileiros e a governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar e a tradução e adaptação transcultural do “*Index of Professional Nursing Governance (IPNG)*”, para a língua portuguesa do Brasil.

Tratou-se de uma pesquisa que envolveu duas etapas metodológicas. A etapa 1 foi uma revisão sistemática qualitativa. Nos achados da revisão sistemática, evidenciou-se que o controle sobre o pessoal centra-se essencialmente na figura do enfermeiro, e que o exercício da liderança mostra-se como um desafio diante da necessidade de promover o trabalho em equipe e gerenciar as relações e interações profissionais.

Controle sobre o pessoal ocorre por meio do exercício da liderança pelo enfermeiro e configura-se como um desafio diante da necessidade de promover o trabalho em equipe e gerenciar as relações e interações profissionais.

O acesso a informação pauta-se na comunicação, fundamental para a realização de um cuidado com qualidade. No entanto, a organização hierárquica pode prejudicar o diálogo e as relações interpessoais. Nesse contexto, o enfermeiro pode contribuir para promover a circularidade das informações.

O acesso aos recursos é influenciado pelo modelo de gestão hospitalar, pela influência do cargo ocupado e pelo turno de trabalho. Os entraves aos recursos estão relacionados à não adesão dos profissionais aos novos recursos instituídos em virtude do distanciamento entre a academia e prática, repercutindo sobre o cuidado prestado e desenvolvendo receio pelo novo; e, a falta de resolutibilidade em virtude da natureza pública de alguns hospitais.

A participação coletiva acontece por meio do planejamento estratégico, educação permanente em saúde, reuniões de equipe e abertura a espaços de diálogos. No entanto, esbarra-se no paradoxo de que a participação é centralizada em algumas categorias profissionais ou gestores, culminando em desestímulo profissional. A ausência de incentivo a iniciativas e participação leva alguns funcionários a refletir

sobre sua autonomia e decisão sobre sua prática, já que são limitadas às atividades rotineiras que executa.

O controle da prática é centrado principalmente nos profissionais que exercem cargos de nível superior, contrariando a lógica da busca de decisões em equipe. A autonomia profissional é vislumbrada como um meio de oportunidade e, ao mesmo tempo, medo. Por fim, os objetivos e resolução de conflitos são liderados pelo enfermeiro. O envolvimento limitado de alguns trabalhadores da equipe de enfermagem nas decisões leva a busca pela superação da falta de espaços dialógicos visando ao planejamento de metas e objetivos de modo participativo.

Portanto, conclui-se que as atuais perspectivas de gestão colocam os processos decisórios, reflexivos e atividades centralizados na figura do enfermeiro, líder da equipe, seja ocupando ou não um cargo gerencial. Apesar das limitações presentes neste estudo, advindas, sobretudo, no detalhamento em relação ao desenho de estudo abordado de alguns estudos e escolha do desenho, as evidências citadas podem ser úteis às discussões sobre o tema, e relevante para pesquisas na área de gestão em enfermagem. As principais contribuições para enfermagem, portanto, é que esta revisão serve como base para evidenciar a inexistência de um modelo formal de governança da prática profissional de enfermagem instituída no Brasil.

Ressalta-se a necessidade de pesquisas futuras relacionados à efetiva implementação das estruturas de governança da prática profissional de enfermagem no Brasil.

A etapa 2 com um estudo metodológico. Esse foi o primeiro estudo que retrata de modo detalhado a adaptação transcultural do IPNG, visto que nas demais línguas já validadas não constam artigos científicos relatando esse processo prévio de modo sistematizado. A formação de um comitê de juízes de diferentes áreas vinculados à assistência e gerência de enfermagem, bem como tradutores bilíngues e experts no método estudado deram a sustentação ao estudo e possibilitou solucionar entraves prévios, bem como discussão e argumentação para apresentação de uma versão consensual do modo claro tanto quanto possível aos enfermeiros na aplicação do pré-teste.

Conclui-se que o instrumento IPNG pode ser utilizado na versão Brasileira. A partir dos resultados dessa pesquisa, dar-se-á continuidade a validação do instrumento de modo a permitir comparações com a realidade e contextos internacionais.

Este estudo apresenta limitação em relação à aplicação do pré-teste já que foi aplicado em um único contexto. Sugere-se, portanto, a realização de estudos posteriores envolvendo amostras maiores e

análises psicométricas do IPNG em diversos hospitais do Brasil, de caráter público e privado, com diferentes modelos de gestão, visando à validação do instrumento.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA DE CIÊNCIAS DE LISBOA. **Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea**. Lisboa. 2001. 2ªed. 3014p.

AIRES, M. **Adaptação da epata qualitativa do instrumento do instrumento *Filial Responsibility***. 2010. 168f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

AKOBENG, A.K. Principles of evidence based medicine. **Archives of Disease in Childhood Journals**, aug v. 90, n.8, p. 837-840, 2005.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

ALMEIDA, M.L. de et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.20 n.esp, p. 131-137,2011.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R.M. de A. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 351-361, June 2011.

AMARAL, A.E.E.H.B. Gestão de Pessoas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD (Org) **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: **Cealag**; p. 553-85. 2011.

AMESTOY, S.C. et al . Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. **Investigación y educación enfermería**, v. 32, n. 1, 2014. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015.

AMESTOY, S.C. et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 617-624, Dec. 2009b. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400006>.

AMESTOY, S.C. et.al. SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO LÍDER NA VISÃO DE ENFERMEIRAS. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.8, n.4, p.579-585, out/dez 2009a.

AMESTOY, Simone Coelho et al . Processo de formação de enfermeiros líderes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 940-945, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600011>.

ANDERSON, E.F.A case for measuring governance. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n.3, p.197-203, 2011.

ANTHONY, M. K. Shared governance models: the theory, practice, and evidence. **Online journal of Issues in Nursing**, v. 9, n. 1, p. 7, jan. 2004.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 561–568, 2013.

BALLARD N. Factors associated with success and breakdown of shared governance. **Journal of Nursing Administration**, v.40, n.10, p.411-116, 2010.

BARDEN, A.M. et al. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a hospital setting. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n.3, p.212-218, 2011.

BEATON DE.; et. al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v.25, n.24, p. 3186-3191, 2000.

B EGLINGER, J.E. Designing tomorrow: transitioning from participation to governance. **Journal of Nursing Administration**, v. 45, n.3, p.128-129, 2015.

B ENNETT, P.N. et. al. Professional nursing governance in a large Australian health service. **Contemporary Nurse Journal**, v.43, n.1, p.99-106, 2012.

B ERNARDES, A. et al . Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.861-870, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400008>.

B ERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n.6, p.10 telas, nov.-dez. 2012.

B ERNARDES, A. et.al. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**,v.19,n.4:[08 telas]. 2011.

B ERNARDES, A.; MARTINEZ EVORA, Y.D.; NAKAO, J.R.S. Gestão colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro. **Ciencia y enfermería**, v.14, n.2, p.65-74, 2008. Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200009&lng=es&nrm=iso>.

B ERNARDINO, E.; FELLI, V.E.A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.6, nov-dez, 2008.

B ERTI, H.W. et al . Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto

, v. 16, n. 2, p. 184-191, Apr. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200003>.

BOGUE, R.J.; JOSEPH, M.L.; SIELOFF, C.L. Shared Governance as vertical alignment of nursing group power and nurse practice council effectiveness. **Journal of Nursing Management**, v. 17, p. 4-14, 2009.

BRASIL. **Resolução número 466**, de 12 de dezembro de 2012. Incorpora a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade e ao Estado. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 12 de dez. 2012.

BRUSAMOLIN, L.; MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. A utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**. v.4, n.2, p.808-14, abr./jun, 2010.

CLAVELLE, J. T.; O'GRADY, T. P.; DRENKARD, K. Structural empowerment and the nursing practice environment in Magnet® organizations. **The Journal of nursing administration**, v. 43, n. 11, p. 566-573, nov. 2013.

COHEN, C.S. **Leveraging the Power of Shared Governance**. 2015. 131p. Nursing (Doctor of Nursing Practice)- Walden University, Mineapolis- EUA.

COSTA, D. G.; DALL'AGNOL, C. M. Liderança participativa no processo gerencial do trabalho noturno em enfermagem. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, 2011.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP). Making sense of evidence. Milton Keynes Primary Care Trust. 2013. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf

DALL'AGNOL, C.M et al. Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital

universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n.5, p.07 telas, set.-out. 2013.

DOMINGOS, A. **Grande dicionário francês português**. Lisboa: Bertrand. 1918.

ERDMANN, A.L. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006.

FARIA, E. et.al. **Dicionário escolar latino-português**. 3ª Ed. Rio de Janeiro. 1962

FRAY B. Evaluating shared governance: measuring functionality of Unit Practice Councils at the point of care. **Creat Nursing.**, v.17, n.2, p.87-95, 2011.

GARCIA, A. B. et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** (Online), v. 7, n.2, p. 2615-2627, 2015.

GARCIA, A.B.; CASSIANI, S.HB.; REVEIZ, L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. **Revista Panamerica de Salud Publica**, Washington , v. 37, n. 3, p. 162-171, Mar. 2015.

GASPARINO, R. **Adaptação cultural e validação do instrumento “Nursing Work Index – Revised” para a cultura brasileira**. 2008. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. d B. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do " Nursing Work Index-Revised. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 281-7, 2009.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease-Part I: Differentiation. **Health Care Management Review**, v. 26, n. 1, p. 56-69, 2001.

GORMLEY, D.K. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. **Journal of Nursing Management**, v.19, n.33, p.40, 2011.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993

HANNES, K.; LOCKWOOD, C. Pragmatism as the philosophical foundation for the Joanna Briggs meta-aggregative approach to qualitative evidence synthesis. **Journal of Advanced Nursing**; v.67, n.7, p.1632- 1642, 2011.

HAYASHIDA, K. Y. et al. A Tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 286–293, abr. 2014.

HESS, R. **Forum for Shared Governance**. Disponível em <http://sharedgovernance.org/> Acesso em: 06/11/15.

HESS, R.G. Slicing and Dicing shared governance in and around the numbers. **Nursing Administration Quarterly**, v.35, n. 3, p. 235-241, 2011.

HESS, R.G. **The Measurement of professional governance: scoring guidelines and benchmarks**. Forum for Shared Governance. 2010.

HULLEY, S.B. et. al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**; tradução Michael Schmidt Duncan. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Health systems strengthening: working together to achieve more**. 2010. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial_reports/ICN_Report_2007-2009.pdf

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). Reviewers´ manual [internet]. Adelaide. 2014. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

JOSEPH, M.L. Organizational culture and climate for promoting innovativeness. **Journal of Nursing Administration**, v.45, n.3, p.172-178, 2015.

KRAMER, M. et al. Structures and practices enabling staff nurses to control their practice. **Western Journal of Nursing Research** August vol. 30, n. 5, p. 539-559, 2008.

LAKE, E. T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. **Research in nursing & health**, v. 25, n. 3, p. 176–88, jun. 2002.

LAMOUREUX, J. et al. Measuring perceptions of shared governance in clinical practice: psychometric testing of the RN-focused Index of Professional Governance (IPNG). **Journal of Research in Nursing**, v. 19, n. 1, p. 69–87, 4 out. 2013.

LANZONI, et al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17 n.2, p.322-332, abr./jun 2015
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>.

LAUREEN, J,H. et al. Nurse turnover: A literature review – An update. **International Journal of Nursing Studies**.; v. 49, n.7, p.887-905, 2012.

LINCH, G. F. da C et al. Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese. **International Journal of Nursing Knowledge**, v.23, n.3,p.153-158 , out 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & contexto- Enfermagem**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 771-778, 2008.

MASCOLO, K. et.al. **Evaluating the impact of modifications to a shared governance structure**. Presented in Partial Fulfillment of the

Requeriments for the degree doctor of nursing practice in the graduate school of Ohio State University. Ohio. 2011.

MAZIERO, V.G. et.al. Construindo significados sobre gerência da assistência: um estudo fenomenológico. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.13, n.3, p. 563-570, jul/set 2014.

MEDEIROS, A.C. de et al . Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 38-42, Feb. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>

MICCAS, FL. BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E. Nurse Management skills required at na emergency care unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v.5, n.3, p. 245-252, maio 2013.

MOREIRA, M.C.; SILVA, S.C.S.B. Práticas de liderança adotadas por enfermeiros no serviço noturno. **Revista Enfermagem UERJ**, v.15, n.2, p.183-119, abr/jun 2007.

MOURA, G.M.S.S. de et al . Representações sociais do processo de escolha de chefias na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 46, n. 5, p. 1156-1162, Oct. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500017>.

MOURA, G.M.S.S. de et.al. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha das chefias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v18, n.6, p.09 telas, nov-dez 2010.

MOURO, G. et al. Comparing nurses' perceptions of governance related to hospitals' journeys to excellence status the Middle East. **Nursing economic\$,** v. 31, n. 4, p. 184–189, 2013.

MUNARI, D.B. et al . Cenário das pesquisas na pós-graduação na área de enfermagem e gerenciamento no Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP,** v. 45, n. spe, p. 1543-1550, 2011.

OLIVEIRA, R. J. T. de et al . Condições intervenientes à governança da prática de enfermagem no centro obstétrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 35, n. 1, Mar. 2014.

OLSON, G.A. **Exactly What Is 'Shared Governance'?** 2009. Disponível em: <http://chronicle.com/article/Exactly-What-Is-Shared/47065/>

OVERCASH, J.; PETTY, L.J.; BROWN, S. Perceptions of shared governance among nurses at a midwestern hospital. **Nursing Administration Quarterly,** v.36, n.4, p.1-11, out-dez 2012.

PARMAR, Jasmine et al . Health literature authored by nurses within the LAC region: a cross-sectional study. **Revista Panamerica de Salud Publica,** Washington , v. 37, n. 6, p. 409-414, June 2015.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi et al . Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta paulista de enfermagem,** São Paulo , v. 24, n. 2, p. 271-277, 2011.

PASQUALI L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação.** 5 ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010. 560p.

PEARSON, A. et al. The JBI model of evidence based healthcare. **International Journal of Evidence-Based Healthcare,** v.3, n. 8, p.207-215, 2005.

PERRUCHO, M. et al. Análise crítica do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Baiana de Enfermagem,** v.19, n.20, p. 53-62, jan/dez, 2004.

PIERRE J, Peters BG. Governance, politics and the state. New York: St. Martin's Press; 2000.

PLUMPTRE, T.; GRAHAM, J. **Governance and good governance: international and aboriginal perspectives** [Internet]. Ottawa: Institute of Governance; 1999.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos em pesquisa em enfermagem: métodos, avaliações e utilização**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POTER O'GRADY, T. Shared Governance and organizational models. **Nursing Economics**, v.5, n.6, p.281-287, 1987.

POTER O'GRADY, T.; SWIHART, D. **A Practical approach to reshaping professional nursing practice**. HCPPro. 2006. 131p.

PRUETT, L. A Study of the Degree of Implemented Shared Governance and Nursing Productivity Measures [tese]. Livonia, MI: Madonna College; 1989.

RAPOSO, V. M. R. **Governança hospitalar** - Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. 495p. 2007. Doutorado (Tese) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Doutorado em Organização e Gestão de Empresas, Coimbra, 2007.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.665-673, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2015. Epub May 29, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000035>.

RHEINGANS, J.I.. The alchemy of shared governance: Turning steel (and sweat) into gold. **Nurse Leader**, v.10, n.1, p.40-42, 2012.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Validation studies in nursing : integrative review estudios de validación de enfermería revision integradora.

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste -Rene, v. 14, n. 1, p. 218–228, 2013.

ROBERTSON-MALT S, CHAPMAN Y. Finding the right direction: the importance of open communication in a governance model of nurse management. **Contemporary Nurse**, v.29, n.1, p.60-66, 2008.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, abr-jun 2011.

RYCROFT-MALONE, J. et al. An explanation of the factors that influence the implementation of evidence into practice. **Journal of Clinical Nursing**, v.13, n.8, p.913–924, 2004.

SANTOS, J. L. G. et al. [Nursing governance: an integrative review of the literature]. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1417–25, dez. 2013a.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde : revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 257–263, 2013b.

SANTOS, J. L.G. dos et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta paulista de Enfermagem** [online], vol.26, n.2, p. 136-143. 2013.

SANTOS, J.L.G. dos; LIMA, M.A.D. da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 32, n. 4, p. 695-702, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>.

SANTOS, J.L.G. **Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar**. 2014. 252 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTOS, J.L.G.; GARLET, E.R.; LIMA, M.A.D.S. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n3, p. 525-532, 2009.

SANTOS, S.R.; MOREIRA, R.C. Liderança do enfermeiro: desafios da prática. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.3, n.3. 2004.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática. **Revista escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 184-191, Aug. 2014.

SCOCHI, C.G.S. et al . Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.spe, p.80-89, set. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700011>.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 17, n. 2, p. 268–74, abr. 2011.

[SPIRI, W.C.](#); [MACPHEE, M.](#) The Meaning of Evidence-Based Management to Brazilian Senior Nurse Leaders. [Journal of Nursing Scholarship](#). Sep;v. 45, n. 3, p. 265-272, 2013. doi: 10.1111/jnu.12024.

SQUIRES, A. et al. A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. **Internacional Journal of Nursing Studies**, v. 50, n.2, p. 264-273, 2013.

SWIHART, D. **Shared Governance: A practical approach to transform professional nursing practice**. 2ª edição: HCPro, 2011. 147p.

SWIHART, D. **Shared Governance: A practical approach to transform professional nursing practice**. 2ª edição: HCPro, 2011. 147p.

[THORSTEINSSON, H.S.](#) Translation and validation of two evidence-based nursing practice instruments. **International Nursing Review**, v. 59, n.2, p.259-265, 2012.

TREVIZAN, Maria Auxiliadora et al . Resocialization of the nurse manager. **Revista de Enfermagem Referencia** Coimbra , v. serIII, n. 4, jul. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200017&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2015.

UMPIERREZ, A.H.F.; MERIGHI, M.A.B.; MUNOZ, L.A. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2013.

VENDEMIATTI, M. et al . Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1301-1314, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700039&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700039>

WARSHAWSKY, N. E.; HAVENS, D. S. NIH Public Access. **Nursing Research**, v. 60, n. 1, p. 17–31, 2012.

WATTERS, S. Shared leadership: taking flight. **Journal of Nursing Administration**, v.39, n.1, p: 26-29, 2009.

WEISSHEIMER, AM. Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007

APÊNDICE A – TRADUÇÃO 1 (T1), TRADUÇÃO 2 (T2) E SÍNTESE DAS TRADUÇÕES (T12)

Tradução 1	Tradução 2	Versão síntese T1+T2 (ST12)
GOVERNANÇA PROFISSIONAL NA ENFERMAGEM	ÍNDICE DE GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	ÍNDICE DE GOVERNANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
<p><i>Na instituição em que trabalha, por favor, circule o grupo que controla as seguintes áreas:</i></p> <p>1 = Gestão de Enfermagem/Apenas Administração (opção: Gerenciamento de enfermagem) 2 = Primordialmente Gestão de Enfermagem /administração com algumas pessoas da equipe de enfermagem 3 = Igualmente compartilhado entre equipe de enfermagem e de gestão /administração 4 = Primordialmente equipe de enfermagem com algum gerenciamento de enfermagem/Contribuição da administração 5 = Apenas pela equipe de enfermagem</p>	<p><i>Na sua organização, circule o grupo que CONTROLA as seguintes áreas:</i></p> <p>1 = Gestão de enfermagem/somente administração 2 = Principalmente a gestão de enfermagem/administração com certa contribuição da equipe de enfermagem 3 = Dividido igualmente pela equipe de enfermagem e pela administração de enfermagem/administração 4 = Principalmente a equipe enfermagem com certa gestão de enfermagem/contribuição administrativa 5 = Somente a equipe de enfermagem</p>	<p><i>Na sua instituição, por favor, circule o grupo que CONTROLA as seguintes áreas:</i></p> <p>1= Gestão de enfermagem/somente administração 2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem 3= Igualmente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem 4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem 5= Somente a equipe de enfermagem</p>
PARTE I		
1. Estabelece o que os enfermeiros podem fazer à “beira do leito”.	1. Determinar o que os enfermeiros podem fazer à beira do leito	1. Estabelece o que os enfermeiros podem fazer à “beira do leito”.

2. Desenvolve e avalia políticas, procedimentos e protocolos relacionados com o cuidado do paciente	2. Desenvolver e avaliar políticas, procedimentos e protocolos relacionados ao atendimento dos pacientes.	2. Desenvolve e avalia políticas, procedimentos e protocolos relacionados ao cuidado do paciente.
3. Estabelece níveis de qualificação para a posição de enfermagem	3. Estabelecer os níveis de qualificações para os cargos de enfermagem	3. Estabelece os níveis de qualificação para os cargos de enfermagem
4. Avalia a equipe de enfermagem (avaliações de desempenho e avaliação por pares).	4. Avaliar a equipe de enfermagem (avaliações de desempenho e revisão pelos pares).	4. Avalia a equipe de enfermagem (avaliações de desempenho e avaliação por pares).
5. Determina atividades da equipe de auxiliares de enfermagem (assistentes, técnicos, secretárias).	5. Determinar as atividades de auxílio à equipe de enfermagem (assistentes, técnicos, secretários).	5. Determina as atividades da equipe de enfermagem (assistentes, técnicos, secretárias).
6. Conduz medidas disciplinares da equipe de enfermagem	6. Condução de ações disciplinares da equipe de enfermagem.	6. Conduz ações disciplinares da equipe de enfermagem.
7. Avaliação e fornecimento para os profissionais / desenvolvimento educacional da equipe de enfermagem.	7. Avaliação e provisão em prol do desenvolvimento profissional/educacional da equipe de enfermagem.	7. Avalia e fornece ações em prol do desenvolvimento profissional/educacional da equipe de enfermagem.
8. Toma decisões de contratação acerca de RNs e equipe de enfermagem.	8. Tomada de decisão sobre a contratação de enfermeiros registrados e outro pessoal de enfermagem.	8. Decide sobre a contratação de novos enfermeiros e outros profissionais de enfermagem.
5. Promove RNs e equipe de enfermagem	9. Promoção dos enfermeiros registrados e de outro pessoal de enfermagem.	9. Promove enfermeiros e profissionais da equipe de enfermagem.
6. Nomeia profissionais de enfermagem para cargos de gestão e liderança.	10. Indicação de pessoal de enfermagem a cargos de gestão e de liderança.	10. Nomeia profissionais de enfermagem para cargos de gestão e liderança.
7. Seleciona produtos para o cuidado de	11. Seleção de produtos utilizados nos cuidados	11. Seleciona produtos utilizados nos cuidados

enfermagem	de enfermagem.	de enfermagem.
8. Incorpora a prática baseada em evidência no cuidado de enfermagem	12. Incorporação da prática com base na evidência nos cuidados de enfermagem.	12. Incorpora a prática baseada em evidência no cuidado de enfermagem
9. Determina modelos de assistência ao cuidado (ex: grupo principal)	13. Determinação dos modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. primário, equipe).	13. Determina os modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. primário, equipe).
<i>Em sua instituição, por favor, circule o grupo que influencia as seguintes atividades:</i>	<i>Na sua organização, circule o grupo que INFLUENCIA as seguintes atividades:</i>	<i>Em sua instituição, por favor, circule o grupo que INFLUENCIA as seguintes atividades:</i>
Parte II		
14. Determina quantos e o nível dos profissionais da equipe de enfermagem para a rotina de cuidado ao paciente	14. Determinar a quantidade e o nível da equipe de enfermagem necessário nos cuidados de rotina ao paciente.	14. Determina a quantidade e o nível dos profissionais da equipe de enfermagem para a rotina de cuidado ao paciente
15. Ajustar o nível da equipe para atender às flutuações na acuidade e no censo do paciente	15. Ajustar os níveis de equipe para atender as oscilações nos censos e acuidade do paciente.	15. Ajusta o dimensionamento da equipe para atender as oscilações na quantidade de pacientes e gravidade dos cuidados prestados
16. Realiza atribuições diárias para a equipe de enfermagem no cuidado ao paciente.	16. Atribuir os cuidados diários de pacientes para a equipe de enfermagem.	16. Determina as atribuições diárias da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente.
17. Monitoramento e aquisição de suprimentos para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.	17. Monitorar e adquirir os suprimentos para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.	17. Monitora e adquire materiais para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.
18. Regula o fluxo de admissão de pacientes, transferências e altas dos pacientes.	18. Regular o fluxo de internação, transferências e altas dos pacientes.	18. Regula o fluxo de admissão, transferência e alta dos pacientes.
19. Formula orçamentos anuais de	19. Formular os orçamentos anuais para	19. Formula orçamentos anuais para recursos

recursos humanos, suprimentos, equipamentos e ensino.	o pessoal, suprimentos, equipamento e educação.	humanos, suprimentos, equipamentos e ensino.
20. Recomenda o valor do salário dos enfermeiros, aumentos e benefícios.	20. Fazer recomendações sobre os salários, aumentos salariais e benefícios dos enfermeiros.	20. Faz recomendações sobre o valor do salário dos enfermeiros, aumentos salariais e benefícios dos enfermeiros.
21. Consultoria e recrutamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).	21. Consultar e listar o apoio aos serviços de enfermagem fora da unidade (p. ex. especialistas clínicos tais como psiquiatras ou especialistas em cuidados de ferimentos, educadores sobre a diabetes).	21. Consulta e lista o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).
22. Consulta e lista os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).	22. Consultar e listar o apoio aos serviços de enfermagem fora da unidade (p. ex. dietético, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).	22. Consulta e lista os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).
23. Realiza recomendações relativas aos recursos de outros departamentos.	23. Fazer recomendações relativas aos recursos de outros departamentos.	23. Realiza recomendações relativas aos recursos de outros departamentos.
24. Determina medidas economicamente viáveis como posicionamento do paciente, referências ou gestão de suprimentos (por exemplo, a colocação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos doentes aos cuidados de saúde em casa).	24. Determinar as medidas economicamente eficazes tais como posicionamento e encaminhamento de pacientes ou a gestão de fornecimento (p. ex. posicionamento de pacientes dependentes de ventilação, alta antecipada de pacientes para os cuidados domiciliares).	24. Determina medidas economicamente eficazes, tais como transferência de pacientes ou a gestão de recursos (por exemplo, a colocação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos pacientes para os cuidados domiciliares).
25. Recomenda novos	25. Recomendar novos	25. Recomenda novos

serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, maternidades, centros de parto).	serviços ou especialidades (p. ex. gerontologia, saúde mental, centros de nascimento).	serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, maternidades, centros de parto).
26. Cria novas posições clínicas.	26. Criar novos cargos clínicos.	26. Cria novos cargos clínicos.
27. Cria novas posições administrativas ou de suporte.	27. Criar novos cargos administrativos ou de apoio.	27. Cria novos cargos administrativos ou de apoio.
<i>De acordo com os seguintes indicadores na sua instituição, por favor, círculo o Grupo que tem autoridade pública (ou seja, a autoridade concedida e reconhecido pela Instituição) sobre o que segue:</i>	De acordo com os seguintes indicadores na sua organização, circule qual grupo tem a AUTORIDADE OFICIAL (ou seja, a autoridade concedida e reconhecida pela organização) nas seguintes áreas de prática de controle e que influenciam os recursos que as apoiam:	De acordo com os seguintes indicadores na sua instituição, por favor, circule qual grupo tem a AUTORIDADE FORMAL (ou seja, a autoridade concedida e reconhecida pela instituição) nas seguintes áreas:
Parte III		
28. Cria políticas e procedimentos que afirmam o que enfermeiros podem realizar relacionado ao cuidado direto com o paciente.	28. Políticas e procedimentos por escritos que declaram o que os enfermeiros podem fazer com relação ao cuidado direto do paciente.	28. Políticas e procedimentos por escritos que declaram o que enfermeiros podem realizar com relação ao cuidado direto com o paciente.
29. Escreve padrões/protocolos de cuidado e processos de garantia/melhora da qualidade.	29. Cuidado ao paciente/protocolos e garantia de qualidade/processos de melhorias por escrito.	29. Padrões/protocolos de cuidado e processos de garantia/melhora da qualidade.
30. Credenciamento obrigatório de níveis de enfermagem (licenciamento, ensino, certificações) para a contratação, a manutenção do emprego, promoções e	30. Níveis credenciais de enfermeiros registrados obrigatórios (licenciamento, educação, certificações) para a contratação, emprego continuado, promoções e aumentos.	30. Credenciamento obrigatório para contratação, promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem.

aumentos.		
31. Escreve processos para avaliar a equipe de enfermagem (avaliação de desempenho, avaliação por pares).	31. Processo para a avaliação do pessoal de enfermagem por escrito (avaliação de desempenho, avaliação pelos pares).	31. Processos para avaliar a equipe de enfermagem (avaliação de desempenho, avaliação por pares).
32. Organiza gráficos que mostram cargos e quem se reporta a quem.	32. Organogramas que apresentem os títulos dos cargos e quem reporta a quem.	32. Organogramas que apresentem os cargos e quem se reporta a quem.
33. Escreve diretrizes para disciplinar a equipe de enfermagem.	33. Diretrizes por escrito para o disciplinamento do pessoal de enfermagem.	33. Diretrizes disciplinares por escrito para a equipe de enfermagem.
34. Requerimento anual para educação continuada e aperfeiçoamento (reciclagem).	34. Exigências anuais de educação e serviços internos continuados.	34. Exigências anuais de educação e capacitação profissional.
35. Responsável pela contratação e transferência da equipe de enfermagem	35. Procedimentos de contratação e transferência do pessoal de enfermagem.	35. Contratação e transferência do pessoal de enfermagem.
36. Regulariza políticas de promoção da equipe de enfermagem para cargos de gestão e liderança.	36. Políticas que regulem a promoção do pessoal de enfermagem à cargos de gestão e de liderança.	36. Políticas de promoção da equipe de enfermagem para cargos de gestão e liderança
37. Procedimentos para a geração de horários para enfermeiros e equipe de enfermagem	37. Procedimentos de geração de cronogramas para os enfermeiros registrados e outro pessoal de enfermagem.	37. Procedimentos para a elaboração para escala de trabalho dos enfermeiros e profissionais de enfermagem
38. Utiliza sistemas de classificação do pacientes ou através da acuidade para determinar quantos e qual o nível da equipe de enfermagem é preciso para a assistência de rotina aos	38. Sistemas de acuidade e/ou de classificação de pacientes para determinar a quantidade e o nível do pessoal de enfermagem necessário para os cuidados de rotina dos pacientes.	38. Sistemas de classificação da gravidade de pacientes para determinar a quantidade e o dimensionamento de enfermagem necessário para a assistência de rotina dos pacientes.

pacientes.		
39. Mecanismos para determinar os níveis da equipe de enfermagem quando há flutuações no censo dos pacientes e da acuidade.	39. Mecanismos para a determinação dos níveis de pessoal quando houver oscilações no censo e acuidade de pacientes.	39. Mecanismos para a determinação do dimensionamento de pessoal quando houver oscilações na quantidade e gravidade dos pacientes.
40. Procedimentos para determinar tarefas diárias de cuidado ao paciente.	40. Procedimentos para determinação das tarefas dos cuidados diários de pacientes.	40. Procedimentos para determinar tarefas diárias de cuidado ao paciente.
41. Métodos diários para monitoramento e obter suprimentos para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.	41. Métodos diários para o monitoramento e a obtenção de suprimentos para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.	41. Métodos diários para o monitoramento e a obtenção de suprimentos para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.
42. Procedimentos para controlar o fluxo de admissão de pacientes, transferências e quitação (dispensar).	42. Procedimentos para o controle do fluxo de internação, transferências e altas de pacientes.	42. Procedimentos para o controle do fluxo de internação, transferências e altas de pacientes.
43. Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, suprimentos, principais equipamentos e educação.	43. Processo para a recomendação e formulação de orçamentos anuais da unidade para pessoal, suprimentos, grandes equipamentos e educação.	43. Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, suprimentos, principais equipamentos e educação.
44. Procedimentos de reajuste do salário de enfermagem, aumentos e benefícios.	44. Procedimentos para o ajuste dos salários, aumentos e benefícios dos enfermeiros.	44. Procedimentos para o reajuste dos salários, aumentos e benefícios dos enfermeiros.
45. Mecanismo formal para consulta e recrutamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em	45. Mecanismos formais de consulta e listagem do apoio aos serviços de enfermagem fora da unidade (p. ex. especialistas clínicos tais como psiquiatras ou especialistas de cuidados de ferimentos, educadores diabéticos).	45. Mecanismos formais para consulta e recrutamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).

diabetes).		
46. Mecanismo formal para consulta e lista dos serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).	46. Mecanismos formais de consulta e listagem do apoio aos serviços de enfermagem fora da unidade (p. ex. dietético, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).	46. Mecanismos formais para consulta e listagem dos serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).
47. Procedimento para restringir ou limitar o cuidado ao paciente (por exemplo, o fechamento de leitos hospitalares).	47. Procedimento de restrição ou limitação dos cuidados de pacientes (p. ex. fechar camas hospitalares, executar ponte de safena [by-pass] na sala de emergência).	47. Procedimento para restringir ou limitar o cuidado ao paciente (por exemplo, o fechamento de leitos hospitalares, executar ponte de safena [by-pass] na sala de emergência).
48. Localização, design e acesso ao espaço de escritório, salas de estar pessoal e áreas de criação de gráficos.	48. Localização, projeto e acesso ao espaço de escritório, salas dos funcionários e áreas de preenchimento de prontuários.	48. Localização, projeto e acesso ao espaço de escritório, salas dos funcionários e áreas de preenchimento de prontuários.
49. Acesso a equipamentos de escritório (por exemplo, telefones, computadores, copiadoras) e da Internet.	49. Acesso ao equipamento de escritório (p. ex. telefones inteligentes, computadores, fotocopiadoras) e à Internet.	49. Acesso a equipamentos de escritório (por exemplo, telefones, computadores, copiadoras) e da Internet.
Em seu hospital, por favor, circule o grupo que participa nas seguintes atividades:	No seu hospital, circule o grupo que PARTICIPA nas seguintes atividades:	Em seu hospital, por favor, circule o grupo que PARTICIPA nas seguintes atividades:
Parte IV		
50. Participação em comissões para a prática clínica.	50. Participação em comitês da unidade para prática clínica.	50. Participação em comissões relacionadas a prática clínica.
51. Participação em comissões para as questões administrativas, tais como a contratação de pessoal, programação e	51. Participação em comitês da unidade de questões administrativas, tais como recrutamento, cronograma e orçamento.	51. Participação em comissões relacionadas a questões administrativas, tais como a contratação de pessoal, planejamento e orçamento.

orçamentação.		
52. Participação em comissões de departamentais de enfermagem para a prática clínica.	52. Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre a prática clínica.	52. Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre a prática clínica.
53. Participação em comissões de departamentais de enfermagem para as questões administrativas, como recursos humanos, escala e orçamentos.	53. Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre questões administrativas tais como recrutamento, cronograma e orçamento.	53. Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre questões administrativas tais como recursos humanos, escala e orçamentos.
54. Participação em comissões interprofissionais (médicos, outros profissionais de saúde e departamentos) para a prática colaborativa.	54. Participação em comitês interprofissionais (médicos, outros profissionais e departamentos de cuidados de saúde) em prol da prática colaborativa.	54. Participação em comissões interprofissionais (médicos, outros profissionais e departamentos de saúde) para a prática colaborativa.
55. Participação em comissões de administração hospitalar para questões como benefícios dos empregados e planejamento estratégico.	55. Participação em comitês de administração hospitalar para questões tais como benefícios dos funcionários e planejamento estratégico.	55. Participação em comitês de administração hospitalar para questões tais como benefícios dos funcionários e planejamento estratégico.
56. Formação de novas comissões.	56. Constituição de novos comitês da unidade.	56. Formação de novas comissões.
57. Formação de novas comissões de departamentos de enfermagem.	57. Constituição de novos comitês no departamento de enfermagem.	57. Formação de novas comissões de departamentos de enfermagem.
58. Formação de novas comissões interprofissionais.	58. Constituição de novos comitês interprofissionais.	58. Formação de novas comissões interprofissionais.
59. Formação de novas comissões de administração para a	59. Constituição de novos comitês administrativos para a	59. Formação de novas comissões de administração para a

organização.	organização.	organização.
Em sua instituição, por favor, circule o grupo que tem acesso à informação sobre as seguintes atividades:	Na sua organização, circule o grupo que tem ACESSO À INFORMAÇÃO sobre as seguintes atividades:	Em sua instituição, por favor, circule o grupo que tem ACESSO À INFORMAÇÃO sobre as seguintes atividades:
Parte V		
60. A qualidade da prática de enfermagem na organização.	60. Qualidade da prática de enfermagem na organização.	60. Qualidade da prática de enfermagem na organização.
61. Cumprimento da prática de enfermagem com os requisitos de agências de pesquisa (O Comitê Misto, Estado e governo federal, grupos profissionais).	61. Conformidade da prática de enfermagem com exigências das agências de pesquisa (a Comissão Conjunta, governo estadual e federal, grupos profissionais).	61. Conformidade/verifica da prática de enfermagem com exigências das agências de pesquisa (a Comissão Conjunta, governo estadual e federal, grupos profissionais).
62. Projeto de orçamento e despesas.	62. Orçamento da unidade projetado e despesas atuais.	62. Projeto de orçamento e despesas atuais.
63. Situação financeira da Instituição.	63. Estado financeiro da organização.	63. Situação financeira da Instituição.
64. Metas e objetivos para o ano nas unidades e departamentos de enfermagem.	64. Metas e objetivos da unidade e do departamento de enfermagem para o ano atual.	64. Metas e objetivos anuais da unidade e do departamento de enfermagem.
65. Planos estratégicos da instituição para os próximos anos.	65. Planos estratégicos da organização para os próximos anos.	65. Planejamento estratégico da instituição para os próximos anos.
66. Resultados de pesquisas de satisfação do paciente.	66. Resultados das pesquisas de satisfação dos pacientes.	66. Resultados de pesquisas de satisfação dos pacientes.
67. Satisfação do médico/enfermeiro com sua prática colaborativa.	67. Satisfação do médico/enfermeiro em relação à sua prática colaborativa.	67. Satisfação do médico/enfermeiro em relação à sua prática colaborativa.
68. Estado atual do faturamento e vagas na organização.	68. Estado atual da rotatividade e das vagas de enfermeiros na organização.	68. Estado atual da rotatividade e das vagas de enfermeiros na organização.

69. Satisfação dos enfermeiros com sua prática.	69. Satisfação do enfermeiro com relação à sua prática em geral.	69. Satisfação do enfermeiro com relação à sua prática em geral.
70. Satisfação dos enfermeiros com os seus salários e benefícios.	70. Satisfação do enfermeiro com relação aos seus salários e benefícios.	70. Satisfação do enfermeiro com relação aos seus salários e benefícios.
71. Parecer da Administração sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.	71. Opinião da gerência sobre a qualidade da prática da enfermagem à beira do leito.	71. Opinião da Administração sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
72. Parecer dos médicos sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.	72. Opinião do médico sobre qualidade da prática da enfermagem à beira do leito.	72. Opinião dos médicos sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
73. Parecer dos colegas de Enfermagem sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”. (de cabeceira)	73. Opinião pelos pares de enfermagem sobre a qualidade da prática da enfermagem à beira do leito.	73. Opinião dos colegas de Enfermagem sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
74. Acesso aos recursos de apoio a prática profissional e desenvolvimento (por exemplo, recursos on-line, atividades CE, revistas e livros, biblioteca).	74. Acesso aos recursos que apoiem a prática e o desenvolvimento profissional (p. ex. recursos online, atividades de educação continuada, revistas e livros, biblioteca).	74. Acesso aos recursos que apoiam a prática e o desenvolvimento profissional (p. ex. recursos online, atividades de educação continuada, revistas e livros, biblioteca).
Em seu hospital, por favor, circule o grupo que tem a capacidade de:	Na sua organização, circule o grupo que tem a HABILIDADE:	Em seu hospital, por favor, circule o grupo que tem a CAPACIDADE:
Parte VI		
75. Negociar soluções de conflitos entre os profissionais de enfermagem.	75. Negociar as soluções de conflitos entre os enfermeiros profissionais.	75. Negociar soluções de conflitos entre os profissionais de enfermagem.
76. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e médicos.	76. Negociar as soluções de conflitos entre os enfermeiros profissionais e os médicos.	76. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e médicos.

77. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (respiratório, dietética, etc).	77. Negociar as soluções de conflitos entre os enfermeiros profissionais e outros serviços de cuidados de saúde (respiratório, dietético, etc.).	77. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (respiratório, nutrição, etc).
78. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e gerência de enfermagem.	78. Negociar as soluções de conflitos entre os enfermeiros profissionais e a gestão de enfermagem.	78. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e gerência de enfermagem.
79. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e a administração da instituição.	79. Negociar as soluções de conflitos entre os enfermeiros profissionais e a administração da organização.	79. Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e a administração da instituição.
80. Criar um procedimento de reclamação formal ou um processo de resolução de conflitos internos.	80. Criar um procedimento formal de reclamação ou um processo para resolver disputas internas.	80. Criar um procedimento formal de reclamação ou um processo de resolução de conflitos internos.
81. Escrever as metas e objetivos da unidade de enfermagem.	81. Escrever as metas e os objetivos do departamento de enfermagem.	81. Escrever as metas e objetivos da unidade de enfermagem.
82. Escrever filosofia, metas e objetivos do Departamento de Enfermagem.	82. Escrever a filosofia, metas e objetivos do departamento de enfermagem.	82. Escrever filosofia, metas e objetivos do Departamento de Enfermagem.
83. Formular a missão, filosofia, metas e objetivos da instituição.	83. Formular a missão, a filosofia, as metas e os objetivos da organização.	83. Formular a missão, filosofia, metas e objetivos da organização.
84. Escrever as políticas e procedimentos da unidade.	84. Escrever as políticas e os procedimentos da unidade.	84. Escrever políticas e procedimentos da unidade.
85. Determinar procedimentos e políticas do departamento de	85. Determinar as políticas e os procedimentos do departamento de enfermagem.	85. Determinar as políticas e os procedimentos do departamento de enfermagem.

enfermagem.		
86. Determinar as políticas e procedimentos de toda a instituição.	86. Determinar as políticas e os procedimentos de toda a organização.	86. Determinar as políticas e os procedimentos de toda a instituição.

APÊNDICE B – BACK TRANSLATION 1 (BT1), BACK TRANSLATION 2 (BT2) E SÍNTESE DA BACK-TRANSLATION 1 E 2

Back-translation 1	Back-translation 2	Síntese da back-translation 1 e 2
GOVERNANCE INDEX OF PROFESSIONAL NURSING PRACTICES	INDEX OF PROFESSIONAL NURSING PRACTICE GOVERNANCE	INDEX OF PROFESSIONAL NURSING PRACTICE GOVERNANCE
<p><i>In your institution, please circle the group that CONTROLS the following areas:</i></p> <p>1 = Nursing management / administration only 2 = Mainly nursing management / administration with some contribution from the nursing staff 3 = Equally shared among nursing staff and nursing management / administration 4 = Mainly by nursing staff with some contribution</p>	<p><i>In your institution, please circle the group that CONTROLS the following areas:</i></p> <p>1 = Nursing management/administration only 2 = Mainly nursing management/administration with some contribution from the nursing staff 3 = Equally shared among nursing staff and nursing management/administration 4 = Mainly by the nursing staff with some contribution from nursing management/administration 5 = Only the nursing staff</p>	<p><i>In your institution, please circle the group that CONTROLS the following areas:</i></p> <p>1 = Nursing management/administration only 2 = Mainly nursing management/administration with some contribution from the nursing staff 3 = Equally shared among nursing staff and nursing management/administration 4 = Mainly by the nursing staff with some contribution from nursing management/administration 5 = Only the nursing staff</p>

from nursing management / administration 5 = Only the nursing staff		
PART I	PART I	PART I
1. Establishes what nurses can do bedside.	1. Establish what nurses can do at "bedside".	1. Establish what nurses can do at "bedside".
2. Develops and evaluates policies, procedures and protocols related to patient care.	2. Develop and evaluate policies, procedures, and protocols related to patient care.	2. Develop and evaluate policies, procedures, and protocols related to patient care.
3. Establishes skill levels for nursing positions	3. Establish levels of qualification for nursing positions	3. Establish levels of qualification for nursing positions
4. Evaluates the nursing team (performance evaluations and peer reviews).	4. Evaluate the nursing team (performance evaluations and peer review).	4. Evaluate the nursing team (performance evaluations and peer review).
5. Determines the activities of nursing staff (assistants, technicians, secretaries).	5. Determine the activities for the nursing staff (assistants, technicians, secretaries).	5. Determine the activities for the nursing staff (assistants, technicians, secretaries).
6. Conducts disciplinary actions of the nursing staff.	6. Conduct disciplinary actions for the nursing staff.	6. Conduct disciplinary actions for the nursing staff
7. Evaluates and provides actions for professional development / education of the nursing staff.	7. Assess and provide actions for the professional/educational development of the nursing staff.	7. Evaluates and provides actions for professional development / education of the nursing staff

8. Hires new nurses and other nursing staff.	8. Decide on the hiring of new nurses and other nursing professionals.	8. Decide on the hiring of new nurses and other nursing professionals
9. Promotes nurses and nursing team professionals.	9. Promote nurses and nursing team professionals.	9. Promote nurses and nursing team professionals.
10. Names nursing staff to management and leadership positions.	10. Name nursing professionals to management and leadership positions.	10. Names nursing staff to management and leadership positions.
11. Selects products used in nursing care.	11. Select products used in nursing care.	11. Select products used in nursing care.
12. Incorporates evidence-based practices in nursing care	12. Incorporate evidence-based practice in nursing care	12. Incorporate evidence-based practice in nursing care
13. Determines the delivery models of nursing care (Ex. primary, team).	13. Determine models of nursing care provision (Ex. primary, team).	13. Determine models of nursing care delivery (Ex. primary, team).
<i>In your institution, please circle the group that INFLUENCES the following activities:</i>	<i>In your institution, please circle the group that INFLUENCES the following activities:</i>	<i>In your institution, please circle the group that INFLUENCES the following activities:</i>
Part II	Part II	Part II
14. Determines the amount and the level of nursing team professionals for routine patient care	14. Determine the amount and the level of the nursing team professionals in the patient care routine	14. Determine the amount and the level of the nursing team professionals in the patient care routine

15. Adjust the size of the staff to meet the fluctuations in the number of patients and severity of care provided.	15. Adjust team dimensioning to attend to variations in the number of patients and severity of care provided.	15. Adjust team dimensioning to attend to variations in the number of patients and severity of care provided.
16. Determines the daily tasks of nursing staff for patient care	16. Determine the daily tasks of nursing staff in patient care.	16. Determine the daily tasks of nursing staff in patient care.
17. Monitors and acquires materials for nursing care and support functions.	17. Monitor and acquire materials for nursing care and support functions.	17. Monitor and acquire materials for nursing care and support functions.
18. Adjusts the flow of admission, transfer and discharge of patients.	18. Regulate the intake flow, transfer, and discharge of patients.	18. Regulate the intake flow, transfer, and discharge of patients.
19. Calculates annual budgets for staff, supplies, equipment and training.	19. Formulate annual budgets for staff, supplies, equipment, and training.	19. Formulate annual budgets for staff, supplies, equipment, and training.
20. Makes recommendations on the salaries, wage increases and benefits of nurses.	20. Make recommendations on the salary of nurses, wage increases and benefits of nurses.	20. Make recommendations on the salary of nurses, wage increases and benefits of nurses.
21. Consults and lists the support services for nurses outside	21. Consult and list the nursing support services outside the unit (e.g.: clinical experts in	21. Consult and list the nursing support services outside the unit (e.g.: clinical experts in

the unit (Ex. clinical experts in psychiatry, wound specialists, diabetes educators).	psychiatry, wound specialists, diabetes educators).	psychiatry, wound specialists, diabetes educators).
22. Consults and lists the support services for nurses in other sectors (Ex. nutritionists, social work, pharmacy, human resources, finance).	22. Consult and list the nursing support services in other sectors (nutritionist, social work, pharmacy, human resources, finance).	22. Consults and lists the support services for nurses in other sectors (Ex. nutritionists, social work, pharmacy, human resources, finance).
23. Performs recommendations concerning the resources of other departments.	23. Perform recommendations regarding resources from other departments.	23. Perform recommendations regarding resources from other departments.
24. Determines cost-effective measures such as the transfer of patients or resource management (Ex. placement of patients dependent on ventilators, early discharge of patients for home care).	24. Determine cost-effective measures such as transferring patients or resource management (e.g., placement of patients dependent on ventilation, early discharge of patients for home care).	24. Determine cost-effective measures such as transferring patients or resource management (e.g., placement of patients dependent on ventilation, early discharge of patients for home care).
25. Recommends	25. Recommend new services or specialties	25. Recommend new services or specialties

new services or products (Ex. gerontology, mental health, maternity, birth centers).	(e.g.: gerontology, mental health, maternity, birth centers).	(e.g.: gerontology, mental health, maternity, birth centers).
26. Creates new clinical positions.	26. Create new clinical positions.	26. Create new clinical positions.
27. Creates new administrative or support positions.	27. Create new administrative or support positions.	27. Create new administrative or support positions.
According to the following indicators in your institution, please circle which group has the formal authority (i.e. the authority granted and recognized by the institution) in the following areas:	According to the following indicators in your institution, please circle which group has the FORMAL AUTHORITY (i.e., the authority granted and recognized by the institution) in the following areas:	According to the following indicators in your institution, please circle which group has the FORMAL AUTHORITY (i.e., the authority granted and recognized by the institution) in the following areas:
28. Written policies and procedures declaring what nurses can perform with respect to direct patient care.	28. Written policies and procedures declaring what nurses can perform with respect to direct patient care.	28. Written policies and procedures declaring what nurses can perform with respect to direct patient care.
29. Standards / care protocols and data quality assurance /	29. Care standards/protocols and data quality assurance/improvement	29. Standards/ care protocols and data quality assurance / quality improvement.

quality improvement.	processes.	
30. Credentials required for hiring, promoting and pay rises for nurses.	30. Mandatory accreditation for hiring, promotion, and wage increases for nursing professionals.	30. Mandatory accreditation for hiring, promotion, and wage increases for nursing professionals.
31. Processes for evaluating the nursing staff (performance evaluation, peer review).	31. Processes for evaluating the nursing team (performance evaluation, peer review).	31. Processes for evaluating the nursing staff (performance evaluation, peer review).
32. Organograms showing the positions and who reports to who.	32. Flow charts showing positions and who reports to whom.	32. Organograms showing the positions and who reports to whom.
33. Written Disciplinary Guidelines for the nursing staff.	33. Disciplinary guidelines in writing for the nursing staff.	33. Written Disciplinary Guidelines for the nursing staff.
34. Annual requirements for education and professional training.	34. Annual requirements on education and professional training.	34. Annual requirements on education and professional training.
35. Hiring and transferring of nursing staff.	35. Hiring and transferring of nursing staff.	35. Hiring and transferring of nursing staff.
36. Policies to promote nursing staff for management and leadership positions	36. Policies to promote nursing staff into management and leadership positions	36. Policies to promote nursing staff for management and leadership positions
37. Procedures for preparation of the work	37. Procedures for the preparation of work scale for nurses and	37. Procedures for the preparation of work scale for nurses and

schedule of nurses and nursing professionals	nursing professionals	nursing professionals
38. Rating systems for the severity of ill patients to determine the amount and size of nursing required for routine care of patients.	38. Systems classifying severity of patients to determine quantity and sizing of required nursing staff for routine care of patients.	38. Systems classifying severity of patients to determine quantity and sizing of required nursing staff for routine care of patients.
39. Mechanisms for determining the dimensions of personnel when there are fluctuations in the amount and severity of patients.	39. Mechanisms for determining the scaling of personnel in cases of fluctuations in the quantity and severity of patients.	39. Mechanisms for determining the dimensions of personnel when there are fluctuations in the amount and severity of patients.
40. Procedures to determine daily tasks of patient care.	40. Procedures for determining daily tasks for patient care.	40. Procedures for determining daily tasks for patient care.
41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies for the functions and support of nursing care.	41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies for nursing care and support functions	41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies for nursing care and support functions.
42. Procedures for the control of hospital flow, transfers and discharges of	42. Procedures for control of hospital flow, transfers, and discharge of patients.	42. Procedures for control of hospital flow, transfers, and discharge of patients.

patients.		
43. A process for recommending and formulating annual budgets of the human resources unit, supplies, main equipment and education.	43. Process for recommending and formulating annual budgets of the unit of human resources, supplies, main equipment, and training.	43. A process for recommending and formulating annual budgets of the human resources unit, supplies, main equipment and education.
44. Procedures for the readjustment of salaries, raises and benefits of nurses.	44. Procedures for the readjustment of salaries, raises, and benefits for nurses.	44. Procedures for the readjustment of salaries, raises, and benefits for nurses.
45. Formal mechanisms for consultation and recruitment of nursing services support outside the unit (ex. clinical experts in psychiatry, specialists in wounds, diabetes educators).	45. Formal mechanisms for consultation and recruitment support of nursing services outside of the unit (e.g., clinical experts in psychiatry, wound specialists, diabetes educators).	45. Formal mechanisms for consultation and recruitment support of nursing services outside of the unit (e.g., clinical experts in psychiatry, wound specialists, diabetes educators).
46. Formal mechanisms for consultation and listing of support services for nurses in other sectors (Ex. nutritionists, social work,	46. Formal mechanisms for consultation and listing of nursing support services in other sectors (nutritionist, social work, pharmacy, human resources, finance).	46. Formal mechanisms for consultation and listing of nursing support services in other sectors (nutritionist, social work, pharmacy, human resources, finance).

pharmacy, human resources, finance).		
47. Procedures to restrict or limit patient care (for example, the closure of hospital beds, perform bypass in the emergency room).	47. Procedure to restrict or limit patient care (for example, the closure of hospital beds, perform bypasses in the emergency room).	47. Procedure to restrict or limit patient care (for example, the closure of hospital beds, perform bypasses in the emergency room).
48. Location, design and access to office space, rooms for employees and areas to fill out medical records.	48. Allocate space, design, and give access to office space, workers' rooms, and areas for filling out records.	48. Location, design and access to office space, rooms for employees and areas to fill out medical records.
49. Access to office equipment (ex. telephones, computers, copiers) and the Internet.	49. Access to office equipment (e.g., telephones, computers, copiers) and the Internet.	49. Access to office equipment (e.g., telephones, computers, copiers) and the Internet.
In your hospital, please circle the group that participates in the following activities:	In your hospital, please circle the group that PARTICIPATES in the following activities:	In your hospital, please circle the group that PARTICIPATES in the following activities:
50. Participation in committees related to clinical practice.	50. Participation in commissions related to clinical practice.	50. Participation in commissions related to clinical practice.

51. Participation in committees related to administrative issues, such as staffing, planning and budgeting.	51. Participation in commissions related to administrative issues, such as staffing, planning, and budgeting.	51. Participation in commissions related to administrative issues, such as staffing, planning, and budgeting.
52. Participation in nursing department committees on clinical practice.	52. Participation in committees of the nursing department on clinical practice.	52. Participation in committees of the nursing department on clinical practice.
53. Participation in nursing department committees on administrative issues such as human resources, scale and budgets.	53. Participation in committees of the nursing department on administrative issues such as human resources, work schedules, and budgets.	53. Participation in committees of the nursing department on administrative issues such as human resources, work schedules, and budgets.
54. Participation in interprofessional committees (doctors, other professionals and health departments) for collaborative practice	54. Participation in inter-professional committees (doctors, other professionals, and health departments) for collaborative practice.	54. Participation in inter-professional committees (doctors, other professionals, and health departments) for collaborative practice.
55. Participation in hospital management committees for issues such as employee benefits and strategic	55. Participation in hospital management committees on issues such as employee benefits and strategic planning.	55. Participation in hospital management committees on issues such as employee benefits and strategic planning.

planning.		
56. Formation of new committees.	56. Create new committees.	56. Create new committees.
57. Formation of new nursing departments committees.	57. Create new committees of nursing departments.	57. Create new committees of nursing departments
58. Formation of new interprofessional committees.	58. Create new inter-professional commissions.	58. Create new inter-professional commissions.
59. Formation of new management committees for the organization.	59. Create new management committees for the organization.	59. Create new management committees for the organization.
In your institution, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION on the following activities:	In your institution, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION about the following activities:	In your institution, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION about the following activities:
60. Quality of nursing practices in the organization.	60. Quality of the nursing practice in the organization.	60. Quality of the nursing practice in the organization.
61. Compliance / checks of nursing practices with research agencies requirements (the Joint Commission,	61. Compliance/verification of nursing practice with requirements from research agencies (the Joint Commission, state and federal government, professional groups).	61. Compliance/verification of nursing practice with requirements from research agencies (the Joint Commission, state and federal government, professional groups).

state and federal government, professional groups).		
62. Project budget and actual expenses.	62. Budget and current expenses.	62. Project budget and current expenses.
63. Financial situation of the institution.	63. Financial situation of the institution.	63. Financial situation of the institution.
64. Goals and annual objectives of the unit and the nursing department.	64. Annual goals and objectives of the unit and the nursing department.	64. Goals and annual objectives of the unit and the nursing department.
65. Strategic planning of the institution for years to come.	65. Strategic planning of the institution for the years to come.	65. Strategic planning of the institution for the years to come.
66. Patient satisfaction survey results.	66. Satisfaction survey results for patients.	66. Patient satisfaction survey results.
67. Doctor / nurse satisfaction regarding their collaborative practice.	67. Physician/nurse satisfaction regarding their collaborative practice.	67. Physician/nurse satisfaction regarding their collaborative practice.
68. Current status of nurse turnover and vacancies in the organization.	68. Current status of turnover and vacancies of nurses in the organization.	68. Current status of turnover and vacancies of nurses in the organization.
69. Nurses' satisfaction concerning their general practice.	69. Nurse satisfaction regarding their general practice.	69. Nurses' satisfaction regarding their general practice.
70. Nurses' satisfaction	70. Nurses' satisfaction with their salaries and	70. Nurses' satisfaction regarding their salaries

concerning their salary and benefits.	benefits.	and benefits.
71. Management's opinion on the quality of bedside nursing practices.	71. Management's opinion on the quality of nursing "bedside" practice.	71. Management's opinion on the quality of "bedside" nursing practices.
72. Doctors' opinions about the quality of bedside nursing practices.	72. Physicians' opinion on the quality of nursing "bedside" practice.	72. Physicians' opinion on the quality of "bedside" nursing practices.
73. Nursing staff's opinion on the quality of bedside nursing practices.	73. Opinions of nursing colleagues' on the quality of nursing "bedside" practice.	73. Nursing staff's opinion on the quality of nursing "bedside" practice.
74. Access to resources that support the practice and professional development (Ex. Online resources, continuing education activities, magazines and books, library).	74. Access to resources that support the practice and professional development (Ex. Online resources, continuing education activities, magazines and books, library).	74. Access to resources that support the practice and professional development (Ex. Online resources, continuing education activities, magazines and books, library).
In your hospital, please circle the group that has the CAPACITY to:	In your hospital, please circle the group that has the CAPACITY to:	In your hospital, please circle the group that has the CAPACITY to: <i>ABILITY</i>
75. Negotiate conflict resolution	75. Negotiate conflict resolution among nursing professionals.	75. Negotiate conflict resolution among nursing staff.

among nursing staff.		
76. Negotiate conflict resolution between nursing staff and doctors.	76. Negotiate conflict resolution between nursing professionals and doctors.	76. Negotiate conflict resolution between nursing staff and doctors.
77. Negotiate solutions to conflicts between nursing staff and other health services (respiratory, nutrition, etc.).	77. Negotiate conflict resolution between nursing professionals and other health services (respiratory, nutrition, etc.).	77. Negotiate conflict resolution between nursing professionals and other health services (respiratory, nutrition, etc.).
78. Negotiate conflict between nursing staff and nursing management.	78. Negotiate conflicts resolution between nursing professionals and nursing management.	78. Negotiate conflicts resolution between nursing professionals and nursing management.
79. Negotiate solutions to conflicts between nursing staff and the administration of the institution.	79. Negotiate conflicts resolution between nursing professionals and the administration of the institution.	79. Negotiate conflicts resolution between nursing professionals and the administration of the institution.
80. Create a formal complaint or a process of resolution for internal conflicts.	80. Create a formal complaint or a resolution process for internal conflicts.	80. Create a formal complaint or a process of resolution for internal conflicts.
81. Write the goals and objectives of the nursing unit.	81. Write the goals and objectives of the nursing unit.	81. Write the goals and objectives of the nursing unit.

82. Write philosophy, goals and objectives of the Department of Nursing.	82. Write the philosophy, goals, and objectives of the Nursing Department .	82. Write the philosophy, goals, and objectives of the Nursing Department.
83. Formulate the mission, philosophy, goals and objectives of the organization.	83. Formulate the mission, philosophy, goals, and objectives of the organization.	83. Formulate the mission, philosophy, goals, and objectives of the institution.
84. Write policies and procedures of the unit.	84. Write policies and procedures for the unit.	84. Write policies and procedures for the unit.
85. Determine the policies and procedures of the nursing department.	85. Determine the policies and procedures of the nursing department.	85. Determine the policies and procedures of the nursing department.
86. Determine the policies and procedures of the entire institution.	86. Determine the policies and procedures of the entire institution.	86. Determine the policies and procedures of the entire institution.

APÊNDICE C – CONVITE PARA AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E TRADUZIDA DO *INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE (IPNG)*

Prezado participante,

Eu, Roberta Juliane Tono de Oliveira, junto aos professores e pesquisadores Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e Dr. José Luís Guedes dos Santos, estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado, que forma parte da pesquisa intitulada: “Tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* para a cultura brasileira”¹ a qual tem por objetivo traduzir e adaptar o instrumento supracitado para a língua portuguesa. Este instrumento visa classificar a governança da prática profissional de enfermagem em determinada instituição em governança tradicional, governança compartilhada e auto governança.

Trata-se de um estudo que integra o Projeto de Mestrado desenvolvido no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC.

O IPNG é um instrumento composto por 86 itens distribuídos em seis subescalas que avaliam a governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar. As seis subescalas são nomeadas segundo o objetivo de avaliação: (1) controle; (2) influência; (3) autoridade formal; (4) participação; (5) acesso as informações; e, (6) capacidade/habilidade.

Uma das etapas do processo de adaptação transcultural do INPG é a comparação da versão original do instrumento com a sua versão traduzida, por profissionais com experiência e competência nessa área.

Dessa forma, sua participação será importante para avaliar quanto à equivalência:

- Semântica: o significado das palavras;

¹ Estudo desenvolvido no escopo do macroprojeto “Melhores práticas de gestão de gestão/gerência em ambiente hospitalar: governança e standards na enfermagem e saúde”, financiado pela financiado pela Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2012. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética (CAAE nº 38860614.5.0000.0114).

- **Idiomática:** corresponde a traduções de expressões idiomáticas, ou maneiras coloquiais que são de difícil tradução. Assim, o comitê pode formular uma expressão equivalente na versão em português com significado semelhante;
- **Cultural:** refere-se à coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população à qual se destina, dentro do seu contexto cultural; e,
- **Conceitual** os conceitos das palavras ou expressões utilizadas no instrumento original devem ser equivalentes a versão traduzidas, afim de que o significado conceitual seja mantido e se possuem a mesma importância em países diferentes.

Para a discussão e conclusão desta etapa solicitamos sua participação em uma reunião com todos os envolvidos nesse processo no dia e horário combinado.

Agradecemos atenciosamente sua participação.

Mestranda Roberta Juliane Tono de Oliveira

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora

Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos – Coorientador

INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA ENTRE AS VERSÕES ORIGINAL E A TRADUZIDA DO *INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE*

Com objetivo de realizar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural de cada item do IPNG, além do instrumento de avaliação apresentado a seguir, serão encaminhados a você via email os seguintes documentos:

- **Anexo 1:** o instrumento original (Língua Inglesa) do *Index of Professional Nursing Governance*;
- **Anexo 2: Tradução 1 (T1), Tradução 2 (T2) e Síntese das duas traduções (T1 e T2)** – A versão original do instrumento foi traduzida por dois tradutores com fluência na língua inglesa, cuja língua materna era o português, de modo independente. Em seguida foi realizado a síntese dessas duas traduções em português (ST12);

- **Anexo 3: Back Translation 1 (BT1), Back Translation 2 (BT2) e síntese da back-translation 1 e 2** - Consiste nas retraduições da versão síntese em português (ST12) de volta para o inglês, sua versão original. Foi realizada por dois tradutores com fluência na língua portuguesa, mas com língua materna o inglês.

Ressalta-se que para realizar essas avaliações você poderá consultar os anexos supracitados.

Para a conclusão desta etapa solicitamos sua participação em uma reunião com todos os envolvidos nesse processo para o dia **1 de julho** às **14h**, no Departamento de Enfermagem da UFSC/CCS, bloco I, 4º andar, sala de reuniões 405. Na reunião você terá oportunidade de apresentar sugestões que irão compor a versão final do instrumento.

Para avaliar as equivalências descritas acima, preencha o campo disponível no impresso de **Avaliação das Equivalências** de acordo com as opções descritas a seguir:

-1	Não equivalente ou não pertinente
0	Não é possível avaliar
+1	Equivalente ou pertinente

Caso assinale -1 ou 0 (zero), por favor, faça sugestões quanto às alterações que julgar pertinentes no espaço disponível.

Obs: Para facilitar a avaliação dos itens do IPNG, os mesmos serão apresentados primeiramente no idioma original, seguido da tradução proposta para o português do Brasil. Após cada item são apresentados os espaços para registrar suas respostas.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS PELOS JUÍZES

Exemplo:

1. There are just nurses in the nursing staff.
Há apenas enfermeiros na equipe de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			X
Idiomática			X
Cultural	X		
Conceitual			X

Justificativa e/ou sugestões:

O item apresenta equivalência semântica, idiomática e conceitual. Porém, deve-se considerar que no Brasil a equipe de enfermagem é composta também por profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem).

Index of Professional Nursing Governance – IPNG

In your organization, please circle the group that CONTROLS the following areas:

- 1 = Nursing management/administration only
- 2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input
- 3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration
- 4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input
- 5 = Staff nurses only

Na sua instituição, por favor, circule o grupo que CONTROLA as seguintes áreas:

- 1= Gestão de enfermagem/somente administração
 2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem
 3= Igualmente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem
 4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem
 5= Somente a equipe de enfermagem

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

Part I

- Determining what nurses can do at the bedside
 Estabelece o que os enfermeiros podem fazer à “beira do leito”.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

2. Developing and evaluating policies, procedures and protocols related to patient care.

Desenvolve e avalia políticas, procedimentos e protocolos relacionados ao cuidado do paciente.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

3. Establishing levels of qualifications for nursing positions.

Estabelece os níveis de qualificação para os cargos de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

4. Evaluating nursing personnel (performance appraisals and peer review).

Avalia a equipe de enfermagem (avaliações de desempenho e avaliação por pares).

	Não equivalente ou	Não é possível	Equivalente
--	---------------------------	-----------------------	--------------------

	não pertinente (-1)	avaliar (0)	ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

5. Determining activities of ancillary nursing personnel (assistants, technicians, secretaries).

Determina as atividades da equipe de enfermagem (assistentes, técnicos, secretárias).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

6. Conducting disciplinary action of nursing personnel.
Conduz ações disciplinares da equipe de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			

Conceitual			
-------------------	--	--	--

Justificativa e/ou sugestões:

7. Assessing and providing for the professional/educational development of the nursing staff.

Avalia e fornece ações em prol do desenvolvimento profissional/educacional da equipe de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

8. Making hiring decisions about RNs and other nursing personnel.

Decide sobre a contratação de novos enfermeiros e outros profissionais de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

9. Promoting RNs and other nursing personnel.

Promove enfermeiros e profissionais da equipe de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

10. Appointing nursing personnel to management and leadership positions.

Nomeia profissionais de enfermagem para cargos de gestão e liderança.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

11. Selecting products used in nursing care.

Seleciona produtos utilizados nos cuidados de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)

Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

12. Incorporating evidence-based practice into nursing care.

Incorpora a prática baseada em evidência no cuidado de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

13. Determining models of nursing care delivery (e.g. primary, team).

Determina os modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. primário, equipe).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

Parte II

In your organization, please circle the group that influences the following activities:

Em sua instituição, por favor, circule o grupo que INFLUENCIA as seguintes atividades:

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

14. Determining how many and what level of nursing staff is needed for routine patient care.

Determina a quantidade e o nível dos profissionais da equipe de enfermagem para a rotina de cuidado ao paciente.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

15. Adjusting staffing levels to meet fluctuations in patient census and acuity.

Ajusta o dimensionamento da equipe para atender as oscilações na quantidade de pacientes e gravidade dos cuidados prestados.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

16. Making daily patient care assignments for nursing personnel.

Determina as atribuições diárias da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

17. Monitoring and procuring supplies for nursing care and support functions.

Monitora e adquire materiais para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.

	Não equivalente ou	Não é possível	Equivalente
--	---------------------------	-----------------------	--------------------

	não pertinente (-1)	avaliar (0)	ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

18. Regulating the flow of patient admissions, transfers, and discharges.

Regula o fluxo de admissão, transferência e alta dos pacientes.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

19. Formulating annual unit budgets for personnel, supplies, equipment and education.

Formula orçamentos anuais para recursos humanos, suprimentos, equipamentos e ensino.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

20. Recommending nursing salaries, raises and benefits.

Faz recomendações sobre o valor do salário dos enfermeiros, aumentos salariais e benefícios dos enfermeiros.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

21. Consulting and enlisting the support of nursing services outside of the unit (e.g. clinical experts such as psychiatric or wound care specialists, diabetic educators).

Consulta e lista o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

22. Consulting and enlisting the support of services outside of nursing (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance).

Consulta e lista os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

23. Making recommendations concerning other departments' resources.

Realiza recomendações relativas aos recursos de outros departamentos.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

24. Determining cost-effective measures such as patient placement and referrals or supply management (e.g. placement of ventilator-dependent patients, early discharge of patients to home health care).

Determina medidas economicamente eficazes, tais como transferência de pacientes ou a gestão de recursos (por exemplo, a colocação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos pacientes para os cuidados domiciliares).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

25. Recommending new services or specialties (e.g. gerontology, mental health, birthing centers).

Recomenda novos serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, maternidades, centros de parto).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

26. Creating new clinical positions.

Cria novos cargos clínicos.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

27. Creating new administrative or support positions.

Cria novos cargos administrativos ou de apoio.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

Parte III

According to the following indicators in your organization, please circle which group has OFFICIAL AUTHORITY (i.e. authority granted and recognized by the organization) over the following areas that control practice and influence the resources that support it:

De acordo com os seguintes indicadores na sua instituição, por favor, circule qual grupo tem a AUTORIDADE FORMAL (ou seja, a autoridade concedida e reconhecida pela instituição) nas seguintes áreas:

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

28. Written policies and procedures that state what nurses can do related to direct patient care.

Políticas e procedimentos por escritos que declaram o que enfermeiros podem realizar com relação ao cuidado direto com o paciente.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

29. Written patient care standard/protocols and quality assurance/improvement processes.

Padrões/protocolos de cuidado e processos de garantia/melhora da qualidade.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente

			(+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

30. Mandatory RN credentialing levels (licensure, education, certifications) for hiring, continued employment, promotions and raises.

Credenciamento obrigatório para contratação, promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

31. Written process for evaluating nursing personnel (performance appraisal, peer review).

Processos para avaliar a equipe de enfermagem (avaliação de desempenho, avaliação por pares).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			

Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

32. Organizational charts that show job titles and who reports to whom.

Organogramas que apresentem os cargos e quem se reporta a quem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

33. Written guidelines for disciplining nursing personnel.

Diretrizes disciplinares por escrito para a equipe de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

34. Annual requirements for continuing education and inservices.
Exigências anuais de educação e capacitação profissional.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

35. Procedures for hiring and transferring nursing personnel.
Contratação e transferência do pessoal de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

36. Policies regulating promotion of nursing personnel to management and leadership positions.
Políticas de promoção da equipe de enfermagem para cargos de gestão e liderança.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			

Conceitual			
-------------------	--	--	--

Justificativa e/ou sugestões:

37. Procedures for generating schedules for RNs and other nursing staff.

Procedimentos para a elaboração para escala de trabalho dos enfermeiros e profissionais de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

38. Acuity and/or patient classification systems for determining how many and what level of nursing staff is needed for routine patient care.

Sistemas de classificação da gravidade de pacientes para determinar a quantidade e o dimensionamento de enfermagem necessário para a assistência de rotina dos pacientes.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

39. Mechanisms for determining staffing levels when there are fluctuations in patient census and acuity.

Mecanismos para a determinação do dimensionamento de pessoal quando houver oscilações na quantidade e gravidade dos pacientes.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

40. Procedures for determining daily patient care assignments.

Procedimentos para determinar tarefas diárias de cuidado ao paciente.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies for nursing care and support functions.

Métodos diários para o monitoramento e a obtenção de suprimentos para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

42. Procedures for controlling the flow of patient admissions, transfers and discharges.

Procedimentos para o controle do fluxo de internação, transferências e altas de pacientes.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

43. Process for recommending and formulating annual unit budgets for personnel, supplies, major equipment and education.

Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, suprimentos, principais equipamentos e educação.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou

			pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

44. Procedures for adjusting nursing salaries, raises and benefits.

Procedimentos para o reajuste dos salários, aumentos e benefícios dos enfermeiros.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

45. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of nursing services outside of the unit. (e.g. clinical experts such as psychiatric or wound care specialists, diabetic educators).

Mecanismos formais para consulta e recrutamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			

Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

46. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of services outside of nursing. (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance).

Mecanismos formais para consulta e listagem dos serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

47. Procedure for restricting or limiting patient care (e.g. closing hospital beds, going on ER bypass).

Procedimento para restringir ou limitar o cuidado ao paciente (por exemplo, o fechamento de leitos hospitalares, executar ponte de safena [by-pass] na sala de emergência).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

48. Location, design and access to office space, staff lounges and charting areas.

Localização, projeto e acesso ao espaço de escritório, salas dos funcionários e áreas de preenchimento de prontuários.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

49. Access to office equipment (e.g. smart phones, computers, copy machines) and the Internet.

Acesso a equipamentos de escritório (por exemplo, telefones, computadores, copiadoras) e da Internet.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

Parte IV

In your hospital, please circle the group that PARTICIPATES in the following activities:

Em seu hospital, por favor, circule o grupo que PARTICIPA nas seguintes atividades:

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

50. Participation in unit committees for clinical practice.

Participação em comissões relacionadas a prática clínica.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

51. Participation in unit committees for administrative matters, such as staffing, scheduling and budgeting.

Participação em comissões relacionadas a questões administrativas, tais como a contratação de pessoal, planejamento e orçamento.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou

			pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

52. Participation in nursing departmental committees for clinical practice.

Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre a prática clínica.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

53. Participation in nursing departmental committees for administrative matters such as staffing, scheduling, and budgeting.

Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre questões administrativas tais como recursos humanos, escala e orçamentos.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			

Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

54. Participation in interprofessional committees (physicians, other healthcare professions and departments) for collaborative practice.

Participação em comissões interprofissionais (médicos, outros profissionais e departamentos de saúde) para a prática colaborativa.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

55. Participation in hospital administration committees for matters such as employee benefits and strategic planning.

Participação em comitês de administração hospitalar para questões tais como benefícios dos funcionários e planejamento estratégico.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

56. Forming new unit committees.
Formação de novas comissões.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

57. Forming new nursing departmental committees.
Formação de novas comissões de departamentos de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

58. Forming new interprofessional committees.
Formação de novas comissões interprofissionais.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou

			pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

59. Forming new administration committees for the organization.
Formação de novas comissões de administração para a organização.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

Parte V

In your organization, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION about the following activities:

Em sua instituição, por favor, circule o grupo que tem ACESSO À INFORMAÇÃO sobre as seguintes atividades:

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			

Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

60. The quality of nursing practice in the organization.

Qualidade da prática de enfermagem na organização.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

61. Compliance of nursing practice with requirements of surveying agencies (The Joint Commission, state and federal government, professional groups).

Conformidade/verifica da prática de enfermagem com exigências das agências de pesquisa (a Comissão Conjunta, governo estadual e federal, grupos profissionais).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

62. Unit's projected budget and actual expenses.

Projeto de orçamento e despesas atuais.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

63. Organization's financial status.

Situação financeira da Instituição.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

64. Unit and nursing departmental goals and objectives for this year.

Metas e objetivos anuais da unidade e do departamento de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou

			pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

65. Organization's strategic plans for the next few years.

Planejamento estratégico da instituição para os próximos anos.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

66. Results of patient satisfaction surveys.

Resultados de pesquisas de satisfação dos pacientes.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

67. Physician/nurse satisfaction with their collaborative practice.
Satisfação do médico/enfermeiro em relação à sua prática colaborativa.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

68. Current status of nurse turnover and vacancies in the organization.
Estado atual da rotatividade e das vagas de enfermeiros na organização.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

69. Nurses' satisfaction with their general practice.
Satisfação do enfermeiro com relação à sua prática em geral.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente

			(+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

70. Nurses' satisfaction with their salaries and benefits.

Satisfação do enfermeiro com relação aos seus salários e benefícios.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

71. Management's opinion of the quality of bedside nursing practice.

Opinião da Administração sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

72. Physicians' opinion of the quality of bedside nursing practice.

Opinião dos médicos sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

73. Nursing peers' opinion of the quality of bedside nursing practice.

Opinião dos colegas de Enfermagem sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

74. Access to resources supporting professional practice and development (e.g. online resources, CE activities, journals and books, library).

Acesso aos recursos que apoiam a prática e o desenvolvimento profissional (p. ex. recursos online, atividades de educação continuada, revistas e livros, biblioteca).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

Parte VI

In your organization, please circle the group that has the ABILITY to:

Em seu hospital, por favor, circule o grupo que tem a CAPACIDADE:

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

75. Negotiate solutions to conflicts among professional nurses.

Negociar soluções de conflitos entre os profissionais de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente
--	---	-----------------------------------	----------------------------------

			(+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

76. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and physicians.

Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e médicos.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

77. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and other healthcare services (respiratory, dietary, etc).

Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (respiratório, nutrição, etc).

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

78. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and nursing management.

Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e gerência de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

79. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and the organization's administration.

Negociar soluções de conflitos entre profissionais de enfermagem e a administração da instituição.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

80. Create a formal grievance procedure or a process for resolving internal disputes.

Criar um procedimento formal de reclamação ou um processo de resolução de conflitos internos.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

81. Write the goals and objectives of a nursing unit.

Escrever as metas e objetivos da unidade de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

82. Write the philosophy, goals and objectives of the nursing department.

Escrever filosofia, metas e objetivos do Departamento de Enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente

			(+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

83. Formulate the mission, philosophy, goals and objectives of the organization.

Formular a missão, filosofia, metas e objetivos da organização.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

84. Write unit policies and procedures.

Escrever políticas e procedimentos da unidade.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

85. Determine nursing departmental policies and procedures.

Determinar as políticas e os procedimentos do departamento de enfermagem.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

86. Determine organization-wide policies and procedures.

Determinar as políticas e os procedimentos de toda a instituição.

	Não equivalente ou não pertinente (-1)	Não é possível avaliar (0)	Equivalente ou pertinente (+1)
Semântica			
Idiomática			
Cultural			
Conceitual			

Justificativa e/ou sugestões:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO COMITÊ DE JUÍZES

Eu, Roberta Juliane Tono de Oliveira, junto aos professores e pesquisadores Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e Dr. José Luís Guedes dos Santos, estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado, que forma parte da pesquisa intitulada: “Tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* para a cultura brasileira”², a qual tem por objetivo traduzir e adaptar o instrumento supracitado para a língua portuguesa.

O IPNG permite classificar a governança da prática profissional de enfermagem em determinada instituição em governança tradicional, governança compartilhada e auto governança. Para ser utilizado no Brasil, passará pelas seguintes etapas durante o processo de tradução e adaptação transcultural: tradução inicial, síntese das traduções, retradução, avaliação das equivalências pelos juízes, encontro com juízes e pré-teste.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo na etapa do comitê de juízes e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia da confidencialidade de sua participação.

O encontro com os juízes tem por objetivo realizar a avaliação das equivalências e a partir de um consenso, adequar o instrumento a realidade do contexto brasileiro. A participação no comitê é voluntária, não envolvendo qualquer tipo de custo ou remuneração. O encontro será gravado para registrar as modificações sugeridas pelo comitê de juízes no instrumento IPNG, adaptando-o ao contexto brasileiro.

Ratifico o caráter confidencial e meu compromisso de preservar o anonimato das informações que forem pontuadas no transcorrer do encontro. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos

² Estudo desenvolvido no escopo do macroprojeto “Melhores práticas de gestão de gestão/gerência em ambiente hospitalar: governança e standards na enfermagem e saúde”, financiado pela Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2012. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética (CAAE nº 38860614.5.0000.0114).

científicos. Os riscos da pesquisa estão relacionados ao tempo que será destinado para participação da pesquisa e o possível desconforto psicológico que pode ser gerado a partir das temáticas abordadas e discussões realizadas.

Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que a participação é voluntária. Para retirar o seu consentimento é necessário entrar em contato com os pesquisadores por meio do telefone (48) 3721-2205, ou pelos e-mails roberta_tono@hotmail.com, alacoque@newsite.com.br e/ou josenfermagem@gmail.com, ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Bloco I, 4º andar, sala 402-GEPADES, bairro Trindade, Florianópolis (SC). Informamos que estamos disponíveis neste endereço também para qualquer esclarecimento no decorrer da pesquisa.

Agradecemos atenciosamente sua participação e valiosa contribuição para o estudo.

Mestranda Roberta Juliane Tono de Oliveira: _____

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora: _____

Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos – Coorientador: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO COMITÊ DE JUÍZES

Projeto de pesquisa: “Tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* para a cultura brasileira”.

Mestranda Roberta Juliane Tono de Oliveira

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora

Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos – Coorientador

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora da pesquisa a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG: _____ CPF _____.

Assinatura do participante: _____.

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE E – SUGESTÕES DOS JUÍZES REALIZADAS NO IPNG

INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE – IPNG Versão Brasileira

In your organization, please circle the group that CONTROLS the following areas:

- 1 = Nursing management/administration only
- 2 = Primarily nursing management/administration with some staff nurse input
- 3 = Equally shared by staff nurses and nursing management/administration
- 4 = Primarily staff nurses with some nursing management/administration input
- 5 = Staff nurses only

Na sua instituição, por favor, circule o grupo que CONTROLA as seguintes áreas:

- 1= Gestão de enfermagem/somente administração
Somente gestão/administração de enfermagem
- 2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem
- 3= Igualmente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem
- 4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem
- 5= Somente a equipe de enfermagem

Part I

1. Determining what nurses can do at the bedside
Estabelece o que os enfermeiros podem fazer à “beira do leito”.
2. Developing and evaluating policies, procedures and protocols related to patient care.

Desenvolve e avalia políticas, procedimentos e protocolos relacionados ao cuidado do paciente.

3. Establishing levels of qualifications for nursing positions.

Estabelece os níveis de qualificação para os cargos de enfermagem.

4. Evaluating nursing personnel (performance appraisals and peer review).

Avalia a equipe de enfermagem (avaliações de desempenho e avaliação por pares).

5. Determining activities of ancillary nursing personnel (assistants, technicians, secretaries).

Determina as atividades da equipe de enfermagem (assistentes, técnicos, secretários).

Determina as atividades da equipe de enfermagem e dos escriturários.

6. Conducting disciplinary action of nursing personnel.

Conduz ações disciplinares da equipe de enfermagem.

7. Assessing and providing for the professional / educational development of the nursing staff.

Avalia e fornece ações para o desenvolvimento profissional/educacional da equipe de enfermagem.

Avalia e fornece ações em prol do desenvolvimento profissional/educacional da equipe de enfermagem.

8. Making hiring decisions about RNs and other nursing personnel.

Decide sobre a contratação de novos enfermeiros e outros profissionais de enfermagem.

Decide sobre a contratação de enfermeiros e outros da equipe de enfermagem.

9. Promoting RNs and other nursing personnel.

Promove enfermeiros e profissionais da equipe de enfermagem.

Promove enfermeiros e outros profissionais da equipe de enfermagem.

10. Appointing nursing personnel to management and leadership positions.

Nomeia profissionais de enfermagem para cargos de gestão e liderança.

11. Selecting products used in nursing care.

Seleciona produtos utilizados nos cuidados de enfermagem.

12. Incorporating evidence-based practice into nursing care.

Incorpora a prática baseada em evidência no cuidado de enfermagem.

13. Determining models of nursing care delivery (e.g. primary, team).

Determina os modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. funcional, integral e equipe).

Parte II

In your organization, please circle the group that influences the following activities:

Em sua instituição, por favor, circule o grupo que INFLUENCIA as seguintes atividades:

14. Determining how many and what level of nursing staff is needed for routine patient care.

Determina a quantidade e o nível dos profissionais da equipe de enfermagem para a rotina de cuidado ao paciente

Determina o dimensionamento da equipe de enfermagem para a rotina de cuidado ao paciente.

15. Adjusting staffing levels to meet fluctuations in patient census and acuity.

Ajusta o dimensionamento da equipe para atender as oscilações na quantidade de pacientes e gravidade dos cuidados prestados.

Ajusta o dimensionamento da equipe para atender as oscilações na quantidade e gravidade dos pacientes.

16. Making daily patient care assignments for nursing personnel.

Determina as atribuições diárias da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente.

17. Monitoring and procuring supplies for nursing care and support functions.
Monitora e adquire materiais para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.
Monitora e solicita materiais para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.
18. Regulating the flow of patient admissions, transfers, and discharges.
Regula o fluxo de admissão, transferência e alta dos pacientes.
19. Formulating annual unit budgets for personnel, supplies, equipment and education.
Formula orçamentos anuais para recursos humanos, suprimentos, equipamentos e ensino.
Formula orçamentos anuais da unidade para recursos humanos, materiais, equipamentos e ensino.
20. Recommending nursing salaries, raises and benefits.
Faz recomendações sobre o valor do salário dos enfermeiros, aumentos salariais e benefícios dos enfermeiros.
Recomenda sobre os valores salariais, aumentos e benefícios aos enfermeiros.
21. Consulting and enlisting the support of nursing services outside of the unit (e.g. clinical experts such as psychiatric or wound care specialists, diabetic educators).
Consulta e lista o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).
Consulta e agenda o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em cuidados com feridas).
22. Consulting and enlisting the support of services outside of nursing (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance).
Consulta e lista os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutricionista, serviço social, farmácia, recursos humanos, finanças).

Consulta e agenda os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutrição, serviço social, farmácia, recursos humanos, setor financeiro).

23. Making recommendations concerning other departments' resources.
Realiza recomendações relativas aos recursos de outros departamentos.
24. Determining cost-effective measures such as patient placement and referrals or supply management (e.g. placement of ventilator-dependent patients, early discharge of patients to home health care).
Determina medidas economicamente eficazes, tais como transferência de pacientes ou a gestão de recursos (por exemplo, a colocação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos pacientes para os cuidados domiciliares).
Determina medidas de custo-benefício, tais como transferências e encaminhamentos de pacientes ou a gestão de recursos (por exemplo, classificação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos pacientes para os cuidados domiciliares).
25. Recommending new services or specialties (e.g. gerontology, mental health, birthing centers).
Recomenda novos serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, maternidades, centros de parto).
Recomenda novos serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, casas de parto).
26. Creating new clinical positions.
Cria novos cargos clínicos.
27. Creating new administrative or support positions.
Cria novos cargos administrativos ou de apoio.

Parte III

According to the following indicators in your organization, please circle which group has OFFICIAL AUTHORITY (i.e. authority granted and recognized by the organization) over the following areas that control practice and influence the resources that support it:

De acordo com os seguintes indicadores na sua instituição, por favor, circule qual grupo tem a AUTORIDADE FORMAL (ou seja, a autoridade concedida e reconhecida pela instituição) nas seguintes áreas que controlam a prática e influenciam sobre os recursos as suportam:

28. Written policies and procedures that state what nurses can do related to direct patient care.

Políticas e procedimentos por escrito que declaram o que enfermeiros podem realizar com relação ao cuidado direto com o paciente.

Políticas e procedimentos, por escrito, que declaram o que enfermeiros podem realizar com relação ao cuidado direto com o paciente.

29. Written patient care standard/protocols and quality assurance/improvement processes.

Padrões/protocolos de cuidado e processos de garantia/melhora da qualidade.

Padrões/protocolos de cuidado e processos de garantia/melhora da qualidade, por escrito.

30. Mandatory RN credentialing levels (licensure, education, certifications) for hiring, continued employment, promotions and raises.

Credenciamento obrigatório para contratação, promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem.

Registro obrigatório para contratação e certificação para a promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem.

31. Written process for evaluating nursing personnel (performance appraisal, peer review).

Processos para avaliar a equipe de enfermagem (avaliação de desempenho, avaliação por pares).

Processos, por escrito, para avaliar a equipe de enfermagem (avaliação de desempenho, avaliação por pares).

32. Organizational charts that show job titles and who reports to whom.

Organogramas que apresentem os cargos e quem se reporta a quem.

33. Written guidelines for disciplining nursing personnel.

Diretrizes disciplinares, por escrito, para a equipe de enfermagem.

34. Annual requirements for continuing education and inservices.
Exigências anuais de educação e capacitação profissional.
Exigências anuais de educação continuada e capacitação profissional.
35. Procedures for hiring and transferring nursing personnel.
Contratação e transferência do pessoal de enfermagem.
Procedimentos para a contratação e transferência da equipe de enfermagem.
36. Policies regulating promotion of nursing personnel to management and leadership positions.
Políticas de promoção da equipe de enfermagem para cargos de gestão e liderança.
Políticas que regulam a promoção da equipe de enfermagem para cargos de gestão e liderança.
37. Procedures for generating schedules for RNs and other nursing staff.
Procedimentos para a elaboração para escala de trabalho dos enfermeiros e profissionais de enfermagem.
Procedimentos para a elaboração da escala de trabalho da equipe de enfermagem.
38. Acuity and/or patient classification systems for determining how many and what level of nursing staff is needed for routine patient care.
Sistemas de classificação da gravidade de pacientes para determinar a quantidade e o dimensionamento de enfermagem necessário para a assistência de rotina dos pacientes.
Sistemas de classificação da gravidade de pacientes para determinar o dimensionamento de enfermagem necessário para a assistência de rotina dos pacientes.
39. Mechanisms for determining staffing levels when there are fluctuations in patient census and acuity.
Mecanismos para a determinação do dimensionamento de pessoal quando houver oscilações na quantidade e gravidade dos pacientes.

40. Procedures for determining daily patient care assignments.
Procedimentos para determinar tarefas diárias de cuidado ao paciente.
41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies for nursing care and support functions.
Métodos diários para o monitoramento e a obtenção de suprimentos para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.
Métodos diários para o monitoramento e a obtenção de materiais para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.
42. Procedures for controlling the flow of patient admissions, transfers and discharges.
Procedimentos para o controle do fluxo de internação, transferências e altas de pacientes.
Procedimentos para o controle do fluxo de admissão, transferência e alta de pacientes.
43. Process for recommending and formulating annual unit budgets for personnel, supplies, major equipment and education.
Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, suprimentos, principais equipamentos e educação.
Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, materiais, principais equipamentos e educação.
44. Procedures for adjusting nursing salaries, raises and benefits.
Procedimentos para o reajuste dos salários, aumentos e benefícios dos enfermeiros.
45. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of nursing services outside of the unit. (e.g. clinical experts such as psychiatric or wound care specialists, diabetic educators).
Mecanismos formais para consulta e recrutamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em feridas, educadores em diabetes).

Mecanismos formais para consulta e agendamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em cuidados com feridas).

46. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of services outside of nursing. (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance).

Mecanismos formais para consultar e agendar os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutrição, serviço social, farmácia, recursos humanos, setor financeiro).

47. Procedure for restricting or limiting patient care (e.g. closing hospital beds, going on ER bypass).

Procedimento para restringir ou limitar o cuidado ao paciente (por exemplo, o fechamento de leitos hospitalares, executar ponte de safena [by-pass] na sala de emergência).

Procedimento para restringir ou limitar o cuidado ao paciente (por exemplo, o fechamento de leitos hospitalares, executar by-pass na sala de emergência).

48. Location, design and access to office space, staff lounges and charting areas.

Localização, projeto e acesso ao espaço de escritório, salas dos funcionários e áreas de preenchimento de prontuários.

Localização, projeto e acesso a sala dos funcionários (copa, descanso, posto de enfermagem).

49. Access to office equipment (e.g. smart phones, computers, copy machines) and the Internet.

Acesso a equipamentos de escritório (por exemplo, telefones, computadores, copiadoras) e da Internet.

Parte IV

In your hospital, please circle the group that PARTICIPATES in the following activities:

Em seu hospital, por favor, circule o grupo que PARTICIPA nas seguintes atividades:

50. Participation in unit committees for clinical practice.
Participação em comissões relacionadas a prática clínica.
51. Participation in unit committees for administrative matters, such as staffing, scheduling and budgeting.
Participação em comissões relacionadas a questões administrativas, tais como a contratação de pessoal, planejamento e orçamento.
Participação em comissões relacionadas a questões administrativas tais como recursos humanos, escala e orçamento.
52. Participation in nursing departmental committees for clinical practice.
Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre a prática clínica.
Participação em comissões do departamento de enfermagem sobre a prática clínica.
53. Participation in nursing departmental committees for administrative matters such as staffing, scheduling, and budgeting.
Participação em comitês do departamento de enfermagem sobre questões administrativas tais como recursos humanos, escala e orçamentos.
Participação em comissões do departamento de enfermagem sobre questões administrativas tais como recursos humanos, escala e orçamentos.
54. Participation in interprofessional committees (physicians, other healthcare professions and departments) for collaborative practice.
Participação em comissões interprofissionais (médicos, outros profissionais e departamentos de saúde) para a prática colaborativa.
Participação em comissões em interdisciplinares (médicos, outros profissionais de saúde e departamentos) para a prática colaborativa.
55. Participation in hospital administration committees for matters such as employee benefits and strategic planning.

Participação em comitês de administração hospitalar para questões tais como benefícios dos funcionários e planejamento estratégico.

Participação em **comissões** de administração hospitalar para questões tais como benefícios dos funcionários e planejamento estratégico.

56. Forming new unit committees.

Formação de novas comissões.

57. Forming new nursing departmental committees.

Formação de novas comissões de departamentos de enfermagem.

58. Forming new interprofessional committees.

Formação de novas comissões interprofissionais.

59. Forming new administration committees for the organization.

Formação de novas comissões de administração para a organização.

Parte V

In your organization, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION about the following activities:

Em sua instituição, por favor, circule o grupo que tem ACESSO À INFORMAÇÃO sobre as seguintes atividades:

60. The quality of nursing practice in the organization.

Qualidade da prática de enfermagem na organização.

61. Compliance of nursing practice with requirements of surveying agencies (The Joint Commission, state and federal government, professional groups).

Conformidade/verifica da prática de enfermagem com exigências das agências de pesquisa (a Comissão Conjunta, governo estadual e federal, grupos profissionais).

Verifica a conformidade da prática de enfermagem com exigências das agências reguladoras (The Joint Commission, governo estadual e federal, grupos profissionais).

62. Unit's projected budget and actual expenses.
Projeto de orçamento e despesas atuais.
Projeto de orçamento e despesas atuais da unidade.
63. Organization's financial status.
Situação financeira da Instituição.
64. Unit and nursing departmental goals and objectives for this year.
Metas e objetivos anuais da unidade e do departamento de enfermagem.
65. Organization's strategic plans for the next few years.
Planejamento estratégico da instituição para os próximos anos.
66. Results of patient satisfaction surveys.
Resultados de pesquisas de satisfação dos pacientes.
67. Physician/nurse satisfaction with their collaborative practice.
Satisfação do médico/enfermeiro em relação à sua prática colaborativa.
68. Current status of nurse turnover and vacancies in the organization.
Estado atual da rotatividade e das vagas de enfermeiros na organização.
Situação atual da rotatividade e das vagas de enfermeiros na organização.
69. Nurses' satisfaction with their general practice.
Satisfação do enfermeiro com relação à sua prática em geral.
70. Nurses' satisfaction with their salaries and benefits.
Satisfação do enfermeiro com relação aos seus salários e benefícios.

71. Management's opinion of the quality of bedside nursing practice.
Opinião da Administração sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
72. Physicians' opinion of the quality of bedside nursing practice.
Opinião dos médicos sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
73. Nursing peers' opinion of the quality of bedside nursing practice.
Opinião dos colegas de Enfermagem sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
Opinião dos colegas de enfermagem, aos pares, sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.
74. Access to resources supporting professional practice and development (e.g. online resources, CE activities, journals and books, library).
Acesso aos recursos que apoiam a prática e o desenvolvimento profissional (p. ex. recursos online, atividades de educação continuada, revistas e livros, biblioteca).

Parte VI

In your organization, please circle the group that has the ABILITY to:
Em seu hospital, por favor, circule o grupo que tem a CAPACIDADE de:

75. Negotiate solutions to conflicts among professional nurses.
Negociar soluções para conflitos entre os profissionais de enfermagem.
76. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and physicians.
Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e médicos.
77. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and other healthcare services (respiratory, dietary, etc).

Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (respiratório, nutrição, etc).

78. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and nursing management.
Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e gerência de enfermagem.
79. Negotiate solutions to conflicts between professional nurses and the organization's administration.
Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e a administração da instituição.
80. Create a formal grievance procedure or a process for resolving internal disputes.
Criar um procedimento formal de reclamação ou um processo de resolução de conflitos internos.
81. Write the goals and objectives of a nursing unit.
Escrever as metas e objetivos da unidade de enfermagem.
82. Write the philosophy, goals and objectives of the nursing department.
Escrever filosofia, metas e objetivos do Departamento de Enfermagem.
83. Formulate the mission, philosophy, goals and objectives of the organization.
Formular a missão, filosofia, metas e objetivos da organização.
84. Write unit policies and procedures.
Escrever políticas e procedimentos da unidade.
85. Determine nursing departmental policies and procedures.
Determinar as políticas e os procedimentos do departamento de enfermagem.
86. Determine organization-wide policies and procedures.
Determinar as políticas e os procedimentos de toda a instituição.

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO PRÉ-TESTE

Eu, Roberta Juliane Tono de Oliveira, junto aos professores e pesquisadores Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e Dr. José Luís Guedes dos Santos, estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado, que forma parte da pesquisa intitulada: **“Tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* para a cultura brasileira”**³, a qual tem por objetivo traduzir e adaptar o instrumento supracitado para a língua portuguesa.

O IPNG foi elaborado por pesquisadores dos Estados Unidos da América, no idioma inglês e tem o objetivo principal de mensurar o nível de governança da prática profissional de enfermagem em determinada instituição. Para ser utilizado no Brasil, passará pelas seguintes etapas durante o processo de tradução e adaptação transcultural: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, avaliação das equivalências pelos juízes, encontro com juízes e pré-teste.

Desse modo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo da etapa do **pré-teste**. Por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato e confidencialidade de sua participação. Recomenda-se que o instrumento seja respondido em um único momento, já que mudanças no ambiente em diferentes momentos podem influenciar diferentes respostas.

Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos e poderá contribuir na construção de melhores modelos de gestão e no desenvolvimento de melhores práticas de cuidado. O estudo tem carácter exclusivamente acadêmico e não resultará em implicações empregatícias ou hierárquicas aos seus participantes. Os riscos da

³ Estudo desenvolvido no escopo do macroprojeto “Melhores práticas de gestão de gestão/gerência em ambiente hospitalar: governança e standards na enfermagem e saúde”, financiado pela Chamada Universal – MCTI/CNPq Nº 14/2012. Pesquisa aprovada pelo comitê de ética (CAAE nº 38860614.5.0000.0114).

pesquisa estão relacionados ao tempo que será desperdiçado para participação da pesquisa e desconforto psicológico a partir das temáticas que serão abordadas.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que a participação é voluntária. Para retirar o seu consentimento é necessário entrar em contato com a pesquisadora através do número, (48) 96572123 ou pelo e-mail roberta_tono@hotmail.com; e/ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402- GEPADES. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC), tel.: (48) 3721-2205. Informamos que estamos disponíveis neste endereço também para qualquer esclarecimento no decorrer da pesquisa.

A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Agradecemos atenciosamente sua participação e valiosa contribuição para o estudo.

Mestranda Roberta Juliane Tono de Oliveira _____
 Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora _____
 Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos – Coorientador _____

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: “Tradução e adaptação transcultural do *Index of Professional Nursing Governance (IPNG)* para a cultura brasileira”.

Mestranda Roberta Juliane Tono de Oliveira
 Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora
 Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos – Coorientador

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora da pesquisa a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG: _____ CPF: _____.

Assinatura do participante: _____.

Assinatura do pesquisador: _____.

Data: ____ / ____ / ____.

APÊNDICE G – INSTRUMENTO IPNG VERSÃO BRASILEIRA

INDEX OF PROFESSIONAL NURSING GOVERNANCE (IPNG) – versão Brasileira

Por favor, forneça as informações a seguir. As informações que você fornecer serão IMPORTANTES. Preencha TODAS as perguntas. Lembre-se que a confidencialidade dos dados será mantida sob todas as circunstâncias.

Horário de início do preenchimento: _____

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade (em anos completos): _____
3. Estado Civil:

<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Desquitado ou separado judicialmente
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> Viúvo
4. Por favor, indique seu maior nível educacional até o momento:

<input type="checkbox"/> Graduação em Enfermagem;	<input type="checkbox"/> Mestre, mas não em Enfermagem;
<input type="checkbox"/> Especialista em Enfermagem;	<input type="checkbox"/> Doutor em Enfermagem;
<input type="checkbox"/> Mestre em Enfermagem;	<input type="checkbox"/> Doutor, mas não em Enfermagem.
5. Instituição em que trabalha:

<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Pública certificada
<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Privada Certificada
<input type="checkbox"/> Filantrópica	<input type="checkbox"/> Filantrópica certificada
6. Vínculo Empregatício:
 - Período Integral, 30-44 horas por semana.
 - Meio Período, menos de 30 horas por semana
7. Tipo de vínculo:

<input type="checkbox"/> Celetista (CLT)	<input type="checkbox"/> Cooperado
<input type="checkbox"/> Estatutário	<input type="checkbox"/> Autônomo
8. Renda mensal (Considera-se como referência: 1 salário mínimo = R\$ 788,00 = setecentos e oitenta e oito reais).

<input type="checkbox"/> até 2 salários mínimos	<input type="checkbox"/> de 10 a 20 salários mínimos
<input type="checkbox"/> de 2 a 4 salários mínimos	<input type="checkbox"/> acima de 20 salários mínimos
<input type="checkbox"/> de 4 a 10 salários mínimos	
9. Por favor, especifique há quantos anos você trabalha como enfermeiro _____
10. Por favor, indique o tipo de unidade de enfermagem em que você trabalha:

<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Maternidade
<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Clínica Pediátrica
<input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	<input type="checkbox"/> Psiquiatria
<input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Educação Continuada/Permanente
<input type="checkbox"/> Sala de Recuperação	<input type="checkbox"/> Gestão de Qualidade
<input type="checkbox"/> Unidade de emergência	<input type="checkbox"/> Outro (por favor, especifique): _____
<input type="checkbox"/> Ambulatório	
11. Por favor, especifique há quantos anos você trabalha nesta Instituição _____
12. Você exerce algum cargo gerencial? Não Sim, se SIM, por favor, responda as duas próximas questões.
13. Por favor, indique o seu cargo atual _____.
14. Por favor, especifique há quantos anos você ocupa este cargo _____.

OBSERVAÇÕES:

- Considere gestão/administração de enfermagem todo aquele que ocupa cargo gerencial, direto ou indireto.
- Caso acredite que algum dos itens do instrumento não se aplica a sua realidade, por favor, reflita se você teria a mesma opinião se trabalhasse em outra instituição ou ocupasse outro cargo.

Parte I

Na sua instituição, por favor, circule o grupo que CONTROLA as seguintes áreas:

1= Somente gestão/administração de enfermagem

2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem

3= Iguamente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem

4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem

5= Somente a equipe de enfermagem

1. Estabelece o que os enfermeiros podem fazer à “beira do leito”.	1	2	3	4	5
2. Desenvolve e avalia políticas, procedimentos e protocolos relacionados ao cuidado do paciente.	1	2	3	4	5
3. Estabelece os níveis de qualificação para os cargos de enfermagem.	1	2	3	4	5
4. Avalia a equipe de enfermagem (avaliações de desempenho e avaliação por pares).	1	2	3	4	5
5. Determina as atividades da equipe de enfermagem e dos escriturários.	1	2	3	4	5
6. Conduz ações disciplinares da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5
7. Avalia e fornece ações em prol do desenvolvimento profissional/educacional da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5
8. Decide sobre a contratação de enfermeiros e outros da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5
9. Promove enfermeiros e outros profissionais da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5

10. Nomeia profissionais de enfermagem para cargos de gestão e liderança.	1	2	3	4	5
11. Seleciona produtos utilizados nos cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	5
12. Incorpora a prática baseada em evidência no cuidado de enfermagem.	1	2	3	4	5
13. Determina os modelos de prestação dos cuidados de enfermagem (p. ex. funcional, integral e equipe)	1	2	3	4	5

Parte II

Em sua instituição, por favor, circule o grupo que INFLUENCIA as seguintes atividades:

1= Somente gestão/administração de enfermagem

2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem

3= Iguamente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem

4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem

5= Somente a equipe de enfermagem

14. Determina o dimensionamento da equipe de enfermagem para a rotina de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
15. Ajusta o dimensionamento da equipe para atender as oscilações na quantidade e gravidade dos pacientes.	1	2	3	4	5
16. Determina as atribuições diárias da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
17. Monitora e solicita materiais para os cuidados de enfermagem e funções de apoio.	1	2	3	4	5
18. Regula o fluxo de admissão, transferência e alta dos pacientes.	1	2	3	4	5
19. Formula orçamentos anuais da unidade para recursos humanos, materiais, equipamentos e ensino.	1	2	3	4	5
20. Recomenda sobre os valores salariais, aumentos e benefícios aos enfermeiros.	1	2	3	4	5
21. Consulta e agenda o apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em cuidados com feridas).	1	2	3	4	5
22. Consulta e agenda os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutrição, serviço	1	2	3	4	5

social, farmácia, recursos humanos, setor financeiro).					
23. Realiza recomendações relativas aos recursos de outros departamentos.	1	2	3	4	5
24. Determina medidas de custo-benefício, tais como transferências e encaminhamentos de pacientes ou a gestão de recursos (por exemplo, classificação de pacientes dependentes de ventilação, alta precoce dos pacientes para os cuidados domiciliares).	1	2	3	4	5
25. Recomenda novos serviços ou especialidades (ex: gerontologia, saúde mental, casas de parto).	1	2	3	4	5
26. Cria novos cargos clínicos.	1	2	3	4	5
27. Cria novos cargos administrativos ou de apoio.	1	2	3	4	5

Parte III

De acordo com os seguintes indicadores na sua instituição, por favor, circule qual grupo tem a AUTORIDADE FORMAL (ou seja, a autoridade concedida e reconhecida pela instituição) sobre as seguintes áreas que controlam e influenciam a prática e os recursos que a suportam:

1= Somente gestão/administração de enfermagem

2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem

3= Igualmente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem

4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem

5= Somente a equipe de enfermagem

28. Políticas e procedimentos, por escrito, que declaram o que enfermeiros podem realizar com relação ao cuidado direto com o paciente.	1	2	3	4	5
29. Padrões/protocolos de cuidado e processos de garantia/melhora da qualidade, por escrito.	1	2	3	4	5
30. Registro obrigatório para contratação e certificação para a promoção e aumentos salariais dos profissionais de enfermagem.	1	2	3	4	5

31. Processos, por escrito, para avaliar a equipe de enfermagem (avaliação de desempenho, avaliação por pares).	1	2	3	4	5
32. Organogramas que apresentem os cargos e quem se reporta a quem.	1	2	3	4	5
33. Diretrizes disciplinares, por escrito, para a equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5
34. Exigências anuais de educação continuada e capacitação profissional.	1	2	3	4	5
35. Procedimentos para a contratação e transferência da equipe de enfermagem.	1	2	3	4	5
36. Políticas que regulam a promoção da equipe de enfermagem para cargos de gestão e liderança.	1	2	3	4	5
37. Procedimentos para a elaboração da escala de trabalho da equipe de enfermagem	1	2	3	4	5
38. Sistemas de classificação da gravidade de pacientes para determinar o dimensionamento de enfermagem necessário para a assistência de rotina dos pacientes.	1	2	3	4	5
39. Mecanismos para a determinação do dimensionamento de pessoal quando houver oscilações na quantidade e gravidade dos pacientes.	1	2	3	4	5
40. Procedimentos para determinar tarefas diárias de cuidado ao paciente.	1	2	3	4	5
41. Métodos diários para o monitoramento e a obtenção de materiais para as funções de cuidados de enfermagem e de apoio.	1	2	3	4	5
42. Procedimentos para o controle do fluxo de admissão, transferência e alta de pacientes.	1	2	3	4	5
43. Processo para recomendar e formular orçamentos anuais da unidade de recursos humanos, materiais, principais equipamentos e educação.	1	2	3	4	5
44. Procedimentos para o reajuste dos salários, aumentos e benefícios dos enfermeiros.	1	2	3	4	5
45. Mecanismos formais para consulta e agendamento de apoio de serviços de enfermagem fora da unidade (por exemplo: especialistas clínicos em psiquiatria, especialista em cuidados com feridas).	1	2	3	4	5
46. Mecanismos formais para consultar e agendar os serviços de suporte à enfermagem em outros setores (nutrição, serviço social, farmácia, recursos humanos, setor financeiro).	1	2	3	4	5
47. Procedimento para restringir ou limitar o cuidado ao paciente (por exemplo, o fechamento de leitos hospitalares, executar by-pass na sala de emergência).	1	2	3	4	5

48. Localização, projeto e acesso a sala dos funcionários (copa, descanso, posto de enfermagem).	1	2	3	4	5
49. Acesso a equipamentos de escritório (por exemplo, telefones, computadores, copiadoras) e da Internet.	1	2	3	4	5

Parte IV

Em seu hospital, por favor, circule o grupo que PARTICIPA nas seguintes atividades:

1= Somente gestão/administração de enfermagem

2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem

3= Iguamente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem

4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem

5= Somente a equipe de enfermagem

50. Participação em comissões relacionadas a prática clínica.	1	2	3	4	5
51. Participação em comissões relacionadas a questões administrativas tais como recursos humanos, escalas e orçamentos.	1	2	3	4	5
52. Participação em comissões do departamento de enfermagem sobre a prática clínica.	1	2	3	4	5
53. Participação em comissões do departamento de enfermagem sobre questões administrativas tais como recursos humanos, escalas e orçamentos.	1	2	3	4	5
54. Participação comissões em interdisciplinares (médicos, outros profissionais de saúde e departamentos) para a prática colaborativa.	1	2	3	4	5
55. Participação em comissões de administração hospitalar para questões tais como benefícios dos funcionários e planejamento estratégico.	1	2	3	4	5
56. Formação de novas comissões.	1	2	3	4	5
57. Formação de novas comissões de departamentos de enfermagem.	1	2	3	4	5
58. Formação de novas comissões interdisciplinares.	1	2	3	4	5
59. Formação de novas comissões de administração para a	1	2	3	4	5

organização.					
--------------	--	--	--	--	--

Parte V

Em sua instituição, por favor, circule o grupo que tem ACESSO À INFORMAÇÃO sobre as seguintes atividades:

1= Somente gestão/administração de enfermagem

2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem

3= Iguamente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem

4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem

5= Somente a equipe de enfermagem

60. Qualidade da prática de enfermagem na organização.	1	2	3	4	5
61. Verifica a conformidade da prática de enfermagem com exigências das agências reguladoras (The Joint Commission, governo estadual e federal, grupos profissionais).	1	2	3	4	5
62. Projeto de orçamento e despesas atuais da unidade.	1	2	3	4	5
63. Situação financeira da Instituição.	1	2	3	4	5
64. Metas e objetivos anuais da unidade e do departamento de enfermagem.	1	2	3	4	5
65. Planejamento estratégico da instituição para os próximos anos.	1	2	3	4	5
66. Resultados de pesquisas de satisfação dos pacientes.	1	2	3	4	5
67. Satisfação do médico/enfermeiro em relação à sua prática colaborativa.	1	2	3	4	5
68. Situação atual da rotatividade e das vagas de enfermeiros na organização.	1	2	3	4	5
69. Satisfação do enfermeiro com relação à sua prática em geral.	1	2	3	4	5
70. Satisfação do enfermeiro com relação aos seus salários e benefícios.	1	2	3	4	5
71. Opinião da Administração sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.	1	2	3	4	5

72. Opinião dos médicos sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.	1	2	3	4	5
73. Opinião dos colegas de enfermagem, aos pares, sobre a qualidade da prática de enfermagem à “beira do leito”.	1	2	3	4	5
74. Acesso aos recursos que apoiam a prática e o desenvolvimento profissional (p. ex. recursos online, atividades de educação continuada, revistas e livros, biblioteca).	1	2	3	4	5

Parte VI

Em seu hospital, por favor, circule o grupo que tem a CAPACIDADE de:

1= Somente gestão/administração de enfermagem

2= Principalmente a gestão de enfermagem/administração com alguma contribuição da equipe de enfermagem

3= Iguamente compartilhado entre equipe de enfermagem e pela gestão/administração de enfermagem

4= Principalmente pela equipe de enfermagem com alguma contribuição da gestão/administração de enfermagem

5= Somente a equipe de enfermagem

75. Negociar soluções para conflitos entre os profissionais de enfermagem.	1	2	3	4	5
76. Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e médicos.	1	2	3	4	5
77. Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e outros serviços de saúde (pneumologia, nutrição, etc).	1	2	3	4	5
78. Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e gerência de enfermagem.	1	2	3	4	5
79. Negociar soluções para conflitos entre profissionais de enfermagem e a administração da instituição.	1	2	3	4	5
80. Criar um procedimento formal de reclamação ou um processo de resolução de conflitos internos.	1	2	3	4	5
81. Escrever as metas e objetivos da unidade de enfermagem.	1	2	3	4	5
82. Escrever filosofia, metas e objetivos do Departamento de Enfermagem.	1	2	3	4	5
83. Formular a missão, filosofia, metas e objetivos da organização.	1	2	3	4	5

84. Escrever políticas e procedimentos da unidade.	1	2	3	4	5
85. Determinar as políticas e os procedimentos do departamento de enfermagem.	1	2	3	4	5
86. Determinar as políticas e os procedimentos de toda a instituição.	1	2	3	4	5

Caso tenha sugestões em relação ao instrumento, por favor, escreva-as abaixo:

Horário de término: _____

Obrigada pela participação!

APÊNDICE H – PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE</p>
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</p>
<p>I. RECURSOS HUMANOS: Mestranda Roberta Juliane Tono de Oliveira Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Orientadora</p>
<p>II. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO: – Banca de qualificação de mestrado</p>
<p>III. PERGUNTA: Quais são as aproximações teóricas relacionados a governança da prática profissional de enfermagem presentes na literatura científica brasileira sobre gerência de enfermagem?</p>
<p>IV. OBJETIVO: Identificar as aproximações teóricas do conceito de governança compartilhada aos estudos sobre gerência em enfermagem no Brasil.</p>
<p>V. DESENHO DO ESTUDO: Revisão Sistemática Qualitativa</p>
<p>VI. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo, artigos primários publicados em periódicos na forma completa; estudos relacionados à gerência em enfermagem brasileira; estudos em que a pesquisa tenha sido realizada em um contexto hospitalar, estudos em que as pesquisas tenham sido realizadas com enfermeiros e equipe de enfermagem, estudos que atendam aos objetivos do estudo, disponíveis gratuita e eletronicamente, e publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem limite de ano.</p>
<p>VII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: editoriais; cartas; artigos de opinião; comentários; resumos de anais; ensaios; publicações duplicadas; teses; dissertações; TCC; boletins epidemiológicos; relatórios de gestão; documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; livros; artigos em que o cenário não era o ambiente hospitalar, materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol, português e estudos que não eram de livre acesso ao VPN da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).</p>

VIII. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada):

Descritores: Governança clínica; administração hospitalar; gestão em saúde; gerenciamento da prática profissional; participação nas decisões; liderança; autonomia profissional; tomada de decisões gerenciais.

Palavras chaves: gestão participativa, gestão colegiada e gestão democrática.

- Bases Eletrônicas de Dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Pubmed Medline (PUBMED) e The Scientific Electronic Library Online (SCIELO)

- Período de busca: novembro a dezembro de 2014

IX. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir de uma leitura geral de todos os dados coletados, foi realizada a conferência dos artigos no que tange os critérios de inclusão, de exclusão e objetivo, bem como relativa ao escopo deste protocolo, denominada de primeira peneira. Como indica as revisões sistemáticas, os dados foram sistematizados em tabelas e posteriormente realizado uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados, denominada de segunda peneira.

X. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Foi realizada a releitura dos materiais pré-selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados em categorias. Esta avaliação segue o modelo proposto pelo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), que viabiliza a análise crítica dos artigos qualitativos selecionados em uma revisão sistemática qualitativa, extranindo dados a partir das análises das experiências e crenças das pessoas.

XI. INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Título
- Ano de publicação
- Autor (es)
- Periódico
- Tipo de estudo (desenho da pesquisa, participantes, cenário investigado e análise dos dados)
 - Aproximações teóricas da governança da prática profissional de enfermagem

XII. SÍNTESE E CONCLUSÃO: Após a avaliação da qualidade dos estudos e extração dos dados a partir dos artigos selecionados, foram extraídas dos artigos todas as informações pertinentes e posteriormente, sua divisão em categorias de análise de modo a apontar as principais contribuições, evidências

___ Part-time, less than 36 hours per week (specify number of hours/week):

6. Please specify the number of years that you have been practicing

7. Please indicate the title of your present position _____

8. Please indicate your clinical specialty:

___ Case Management

___ Maternity

___ Psychiatry

___ Clinic

___ Medical/Surgical

___ Quality Management

___ Critical Care

___ Operating Room

___ Recovery Room

___ Education

___ Pediatrics

___ Rehabilitation

___ Emergency Room

___ Other (specify):

9. Please specify the number of years you have worked in this organization

10. Please specify the number of years you have been in your present position

11. Please rate your overall satisfaction with your professional practice within the organization (1 = lowest, 5 = highest): 1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that CONTROLS the following areas:

1 = Management/administration only

2 = Primarily management/administration with some staff input

3 = Equally shared by staff and management/administration

4 = Primarily staff with some management/administration input

5 = Staff only

PART I

1. Determining what your professional colleagues can do in their daily practice. 1 2 3 4 5
2. Developing and evaluating policies, procedures and protocols related to patient care. 1 2 3 4 5
3. Establishing levels of qualifications for positions within your own discipline. 1 2 3 4 5
4. Evaluating professional personnel within your own discipline (performance appraisals and peer review). 1 2 3 4 5
5. Determining activities of ancillary personnel (aides, assistants, technicians, secretaries). 1 2 3 4 5
6. Conducting disciplinary actions of colleagues within your discipline. 1 2 3 4 5
7. Assessing and providing for the professional/educational development of professionals within your own discipline. 1 2 3 4 5
8. Making hiring decisions about professionals within your discipline and their support staff. 1 2 3 4 5
9. Promoting colleagues and their support staff. 1 2 3 4 5
10. Appointing personnel to management and leadership positions. 1 2 3 4 5
11. Selecting products used in your professional practice. 1 2 3 4 5

12. Incorporating evidence-based practice into your professional practice. 1 2 3 4 5
13. Determining methods or systems for accomplishing the work of your discipline. 1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that INFLUENCES the following activities:

1 = Management/administration only

2 = Primarily management/administration with some staff input

3 = Equally shared by staff and management/administration

4 = Primarily staff with some management/administration input

5 = Staff only

PART II

14. Determining how many staff and what level of expertise is needed for routine work. 1 2 3 4 5
15. Adjusting staffing levels to meet fluctuations in work demands. 1 2 3 4 5
16. Making work assignments for professional and support staff. 1 2 3 4 5
17. Monitoring and procuring supplies necessary for professional practice and support functions. 1 2 3 4 5
18. Regulating the flow of services or patients/clients within the organization. 1 2 3 4 5
19. Formulating annual unit budgets for personnel, supplies, equipment, and education for your own unit or work group. 1 2 3 4 5
20. Recommending salaries, raises and benefits. 1 2 3 4 5

21. Consulting and enlisting services outside of your own unit or work group. 1 2 3 4 5
22. Consulting and enlisting the support of services outside of your own discipline (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance). 1 2 3 4 5
23. Making recommendations concerning other departments' resources. 1 2 3 4 5
24. Determining cost-effective measures for professional practice. 1 2 3 4 5
25. Recommending new services or ventures. 1 2 3 4 5
26. Creating new clinical positions. 1 2 3 4 5
27. Creating new administrative or support positions. 1 2 3 4 5

According to the following indicators in your organization, please circle which group has OFFICIAL AUTHORITY (i.e. authority granted and recognized by the organization) over the following areas that control practice and influence the resources that support it:

- 1 = Management/administration only
 2 = Primarily management/administration with some staff input
 3 = Equally shared by staff and management/administration
 4 = Primarily staff with some management/administration input
 5 = Staff only

PART III

28. Written policies and procedures that state what activities professional colleagues can related to their daily practice. 1 2 3 4 5
29. Written service standards/protocols and quality improvement processes. 1 2 3 4 5

30. Mandatory credentialing levels of professionals (licensure, education, certifications) for hiring, continued employment, promotions and raises. 1 2 3 4 5
31. Written process for evaluating professional personnel within your own discipline (performance appraisal, peer review). 1 2 3 4 5
32. Organizational charts that show job titles and who reports to whom. 1 2 3 4 5
33. Written guidelines for disciplining personnel. 1 2 3 4 5
34. Annual requirements for continuing education and inservices. 1 2 3 4 5
35. Procedures for hiring and transferring your discipline's personnel. 1 2 3 4 5
36. Policies regulating promotion of professional personnel to management and leadership positions. 1 2 3 4 5
37. Procedures for generating schedules for professionals within your own discipline and their support staff. 1 2 3 4 5
38. Systems for determining how many staff and what level of expertise is needed for the day-to-day work of your unit or work group. 1 2 3 4 5
39. Mechanisms for determining staffing levels when there are fluctuations in work demands. 1 2 3 4 5
40. Procedures for determining work assignments. 1 2 3 4 5
41. Daily methods for monitoring and obtaining supplies that support the practice of your professional group within the organization. 1 2 3 4 5
42. Procedures for controlling the flow of services and patients/clients within the organization. 1 2 3 4 5

42. Process for recommending and formulating annual budgets for personnel, supplies, equipment, and education for your own work group. 1 2 3 4 5
44. Procedures for adjusting professional personnel's salaries, raises, and benefits. 1 2 3 4 5
45. Formal mechanisms for consulting and enlisting the support of other professionals within your discipline who work outside of your work group. 1 2 3 4 5
46. Formal mechanisms for consulting and enlisting support of organizational services outside of your work group (e.g. dietary, social service, pharmacy, human resources, finance). 1 2 3 4 5
47. Procedure for restricting or limiting the amount of work you do (closing units, redistributing patient work loads). 1 2 3 4 5
48. Location, design and access to office space, staff lounges and charting areas. 1 2 3 4 5
49. Access to office equipment (e.g. smart phones, computers, copy machines) and the Internet. 1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that PARTICIPATES in the following activities:

- 1 = Management/administration only
 2 = Primarily management/administration with some staff input
 3 = Equally shared by staff and management/administration
 4 = Primarily staff with some management/administration input
 5 = Staff only

PART IV

50. Participation in unit or work-group committees that deal with professional practice. 1 2 3 4 5

51. Participation in unit or work-group committees that deal with administrative matters such as staffing, scheduling and budgeting. 1 2 3 4 5
52. Participation in departmental committees that deal with professional practice. 1 2 3 4 5
52. Participation in departmental committees that deal with administrative matters such as staffing, scheduling, and budgeting. 1 2 3 4 5
54. Participation in interprofessional committees (physicians, other healthcare professions) for collaborative practice. 1 2 3 4 5
55. Participation in organizational administrative committees for matters such as employee benefits and strategic planning. 1 2 3 4 5
56. Formating new unit or work-group committees. 1 2 3 4 5
57. Forming new departmental committees within your own discipline. 1 2 3 4 5
58. Forming new interprofessional committees. 1 2 3 4 5
59. Forming new administration committees for the organization. 1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that has ACCESS TO INFORMATION about the following activities:

- 1 = Management/administration only
 2 = Primarily management/administration with some staff input
 3 = Equally shared by staff and management/administration
 4 = Primarily staff with some management/administration input
 5 = Staff only

PART V

60. Quality of professional practice in the organization.
 1 2 3 4 5

61. Compliance of your organization with requirements of surveying agencies (e.g. The Joint Commission, state and federal government, professional groups). 1 2 3 4 5
62. Your work group's projected budget and actual expenses. 1 2 3 4 5
63. Your organization's financial status. 1 2 3 4 5
64. Your work group and departmental goals and objectives for this year. 1 2 3 4 5
65. Your organization's strategic plans for the next few years. 1 2 3 4 5
66. Results of clients' satisfaction surveys. 1 2 3 4 5
67. Professionals' satisfaction with their interprofessional collaboration. 1 2 3 4 5
68. Turnover and vacancy rate of professionals within your discipline in the organization. 1 2 3 4 5
69. Colleagues' (within your discipline) satisfaction with their general practice. 1 2 3 4 5
70. Colleagues' (within your discipline) satisfaction with their salaries and benefits. 1 2 3 4 5
71. Management's opinion of the quality of professional practice provided by your discipline. 1 2 3 4 5
72. Other professional disciplines' opinion of the quality of professional practice provided by your discipline. 1 2 3 4 5
73. Your peers' opinion of the quality of their professional practice. 1 2 3 4 5

74. Access to resources supporting professional practice and development
(e.g. online resources, CE activities, journals and books library). 1 2 3 4 5

In your organization, please circle the group that has the ABILITY to:

- 1 = Management/administration only
 2 = Primarily management/administration with some staff input
 3 = Equally shared by staff and management/administration
 4 = Primarily staff with some management/administration input
 5 = Staff only

PART VI

75. Negotiate solutions to conflicts among your professional colleagues. 1 2 3 4 5
76. Negotiate solutions to conflicts between your professional colleagues and other professional groups. 1 2 3 4 5
77. Negotiate solutions to conflicts between your professional colleagues and other organizational departments. 1 2 3 4 5
78. Negotiate solutions to conflicts between your professional colleagues and their immediate managers. 1 2 3 4 5
79. Negotiate solutions to conflicts between your professional colleagues and the organization's administration. 1 2 3 4 5
80. Create a formal grievance procedure or process for resolving internal disputes. 1 2 3 4 5
81. Write the goals and objectives for your immediate work group. 1 2 3 4 5
82. Write the philosophy, goals, and objectives of your department. 1 2 3 4 5

- | | |
|---|-----------|
| 83. Formulate the mission, philosophy, goals, and objectives of the organization. | 1 2 3 4 5 |
| 84. Write policies and procedures for your work group. | 1 2 3 4 5 |
| 85. Determine departmental policies and procedures. | 1 2 3 4 5 |
| 86. Determine organization-wide policies and procedures. | 1 2 3 4 5 |

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO PARA ADAPTAÇÃO DO IPNG

June 21, 2012

Alacoque Lorenzini Erdmann
Federal University of Santa Catarina
Florianopolis, Brazil

Dear Dr. Erdmann:

You have permission to use my instrument, the Index of Professional Nursing Governance (IPNG) and/or the Index of Professional Governance (IPG) in your project to translate and complete a cross-cultural validation of instruments for use in Brazil. In return, I require that you:

- Report summary findings to me from the use of the IPNG, including reliability analysis, for tracking use and evaluating and establishing the validity and reliability of the IPNG, and for research publication without identification of the institution.
- Credit the use and my authorship of the IPNG in any publication of the research involving the IPNG.

A pdf of the IPNG can be downloaded for the Forum for Shared Governance's website at www.sharedgovernance.org. I will email the factor analysis-derived subscales, which are different than the subscales apparent in the instrument itself, along with text that can be used to construct the six governance subscales and the overall governance score in SPSS. I can forward the SPSS codebook for data entry. You might want to revise the demographic section to reflect the organization and units you're surveying, which I can have done for you at no charge.

Please don't hesitate to call upon me to discuss your process or if you need help managing the data. If you need me to perform data entry and analysis, or to generate a formal report with benchmarking, there is a consultant fee. I am also available for onsite speaking or consultation. Thanks for thinking of the IPNG and the Forum for Shared Governance. Good luck with your thesis.

Sincerely,



Robert Hess, RN, PhD, FAAN
Founder, Forum for Shared Governance
(856) 424-4270

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE GOVERNANÇA COMPARTILHADA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Pesquisador: Alacoque Lorenzini Erdmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38860614.5.0000.0114

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 892.828

Data da Relatoria: 24/11/2014

Apresentação do Projeto:

PRÁTICAS DE GOVERNANÇA COMPARTILHADA NO AMBIENTE HOSPITALAR. Entre os instrumentos que possibilitam analisar o tipo de governança exercido em diferentes contextos hospitalares, destaca-se o Index of Professional Nursing Governance (IPNG). Trata-se de um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos por Robert Hess, em 1998, que possibilita a mensuração do tipo de governança exercido pelo enfermeiro no ambiente hospitalar, e que, para ser utilizado no Brasil, em língua portuguesa, necessita ser submetido à adaptação e validação. O IPNG será inicialmente traduzido por dois tradutores cuja língua materna é o português e com fluência na língua inglesa. Realizar-se-ão o contato com os tradutores via contato telefônico ou via correio eletrônico convidando-os a traduzir um instrumento. Os tradutores farão as traduções do instrumento de forma independente, e um dos tradutores será informado sobre os conceitos e objetivos do estudo para que a tradução aconteça de modo específico e voltado para natureza clínica, enquanto outro tradutor não será informado sobre os aspectos do estudo. Após as traduções, as duas versões serão analisadas e comparadas juntamente com os pesquisadores. As possíveis dúvidas serão solucionadas em conjunto com os tradutores que também serão convidados a participar deste encontro. Em seguida, os pesquisadores juntamente com os tradutores realizarão versão síntese das duas traduções para obter uma única versão traduzida em português,

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208

Bairro: Centro

CEP: 88.015-270

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-7626

Fax: (48)3251-7626

E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 892.828

obtendo-se a versão síntese. É importante ressaltar que foi solicitado junto ao autor do instrumento IPNG a autorização formal para utilização do instrumento e sua adaptação para língua portuguesa brasileira.

Serão convidados a participarem do pré-teste enfermeiros de diferentes instituições hospitalares, de diferentes turnos de trabalho, que prestam assistência aos pacientes de maneira direta ou indiretamente, buscando abranger uma maior variedade de enfermeiros e abarcando diversas características organizacionais.

Também serão convidados a participar desta etapa enfermeiros docentes da área de gestão e gerenciamento em enfermagem e saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar aspectos e/ou conceitos relacionados à governança compartilhada presentes na literatura científica brasileira sobre gerência de enfermagem.

Realizar a adaptação do "Index of Professional Nursing Governance (IPNG)", para a língua portuguesa do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao tempo que será desperdiçado para participação da pesquisa e desconforto psicológico a partir das temáticas que serão abordadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Julga-se ainda que a adaptação do IPNG possibilitará sua aplicação em pesquisas futuras que avaliem a presença dos atributos do instrumento em diferentes ambientes da prática de enfermagem, fornecendo mudanças na qualidade do cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram apresentados devendo apenas no termo de consentimento esclarecido refazer o endereço do CEP uma vez que o projeto foi avaliado pelo CEP da Maternidade Carmela Dutra.

Recomendações:

Alterar no termo de consentimento o endereço do CEP uma vez que seu projeto foi submetido ao CEP da Maternidade Carmela Dutra e não da UFSC

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208
 Bairro: Centro CEP: 88.015-270
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3251-7626 Fax: (48)3251-7626 E-mail: cep_mcd@hotmail.com

MATERNIDADE CARMELA
DUTRA/SC



Continuação do Parecer: 892.828

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A validação de instrumento que avalie o grau de governança na equipe de enfermagem é de extrema importância para a categoria uma vez que estes profissionais exercem diariamente esta função tão importante para a qualidade da assistência ao paciente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Caso ocorram modificações do projeto original no decorrer da pesquisa, estas deverão ser submetidas a este CEP na forma de Emenda, identificando a parte do protocolo a ser modificado com a justificativa. Encaminhar para este CEP relatórios trimestrais para acompanharmos o andamento da pesquisa até o encerramento da mesma. Notificar este CEP assim que a pesquisa for encerrada.

FLORIANOPOLIS, 01 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Adriana Heberle
(Coordenador)

Endereço: Rua Irmã Benwarda 208
Bairro: Centro CEP: 88.015-270
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-7626 Fax: (48)3251-7626 E-mail: cep_mcd@hotmail.com