



**Mestrado em Gestão em Enfermagem**

Dissertação de Natureza Científica

***Quality Nursing Care Scale: Tradução e Validação  
Psicométrica para a população portuguesa***

*Quality Nursing Care Scale: Translation and Psychometric Validation for the  
Portuguese Population*

**Catarina Ferreira Antunes**



**Lisboa  
2024**



**Mestrado em Gestão em Enfermagem**

Dissertação de Natureza Científica

***Quality Nursing Care Scale: Tradução e Validação  
Psicométrica para a população portuguesa***

*Quality Nursing Care Scale: Translation and Psychometric Validation for the  
Portuguese Population*

**Catarina Ferreira Antunes**

Orientador: Professor Paulo Jorge Marcos Cruchinho

---

**Lisboa  
2024**

*"A manager of people needs to understand that all people are different.  
This is not ranking people.  
He needs to understand that the performance of anyone  
is governed largely by the system that he works in,  
the responsibility of management."*

*Deming (1993)*



## AGRADECIMENTOS

Ao excepcionalmente motivador, inovador e dedicado Professor Paulo Cruchinho, pelo apoio incondicional, orientação exímia e contributos essenciais à realização deste trabalho – obrigada pela inspiração para não me contentar com o meramente banal e procurar a irreverência.

Ao Professor Doutor Pedro Lucas, por me ter desafiado a realizar este projeto, por me inspirar a pensar fora da caixa e por todo o apoio na elaboração deste trabalho.

A todos os profissionais que contribuíram para a tradução e validação deste instrumento, a sua colaboração foi essencial.

A todos os enfermeiros – aqueles com quem privo todos os dias e aqueles que nunca conhecerei pessoalmente -, por tão generosamente terem participado neste projeto de investigação. Sem eles, este trabalho não chegaria a ver as suas letras impressas. Nunca conseguirei expressar adequadamente a minha gratidão perante todos, mas espero que os resultados deste estudo demonstrem que estamos todos a trabalhar em prol de um objetivo comum, uma profissão mais robusta, que procura a evolução constante no sentido de melhorar os cuidados prestados – é isso que mais me orgulha em pertencer a esta classe.

Aos amigos de sempre e aos mais recentes, obrigada pelas mais variadas demonstrações de carinho e apoio – Tita, Candy, Neuza, Granjit, Ste, Leo, Romão, Ju e Feijão.

Aos meus pais, Isabel e João. Os reais responsáveis por este trabalho existir. Obrigada por me incentivarem sempre a ser melhor. Obrigada pelos valores que desde sempre me transmitiram, por todo o apoio e motivação. Nunca esquecerei o que fizeram, fazem e sei que sempre farão por mim. A minha gratidão é maior que qualquer palavra – que a possa demonstrar *“para sempre e mais quinze dias”*.

Ao André. Mais do que companheiro de vida, braço direito e apoio incondicional. Obrigada pelo otimismo inabalável, pelo ânimo, pela compreensão, pelas revisões de texto fora de horas, pelas madrugadas passadas a fazer-me companhia, mesmo quando não tirava os olhos do ecrã do computador. À parte da autora, sem dúvida o enfermeiro mais qualificado do mundo para publicitar as vantagens da QNCS-PT.

À estrela mais brilhante de todas as noites – nunca o céu teve um pomar tão bonito, avô.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

QCE – Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

EPI – Equipamento de Proteção Individual

OE – Ordem dos Enfermeiros

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

EG – Enfermeiro Gestor

SNS – Serviço Nacional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

EU – União Europeia

NHS – National Health Service

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

QNCS – Quality Nursing care Scale

ONU – Organização das Nações Unidas

ODS – Objetivo de Desenvolvimento Sustentável

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

QNCS-PT – Quality Nursing Care Scale versão portuguesa

AMM – Associação Médica Mundial

RGPD – Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

KMO – Keiser-Meyer-Olkin

UPP – Úlcera Por Pressão



## RESUMO

**Introdução:** Por todo o mundo, é notório o impacto que os cuidados de saúde de qualidade têm sobre as populações e sobre a sua qualidade de vida e segurança. Sendo o objetivo major da prestação de cuidados de enfermagem atingir a excelência, compreende-se como assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE) deve ser o objetivo major da intervenção dos enfermeiros. Para tal, importa que estes mantenham ou melhorem a sua performance, no seio de ambientes profissionais favoráveis, mediante uma criteriosa apreciação da sua prática. Habitualmente, a QCE é avaliada apenas na perspetiva do cliente de cuidados e não dos seus prestadores. No entanto, considerando que a reflexão sobre a prática contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, Liu et al. (2021) procuraram desafiar essa premissa, ao construírem um instrumento de avaliação de auto-perceção do enfermeiro para com a sua própria prática clínica. A *Quality Nursing Care Scale* (QNCS) foi, assim, construída para avaliar a QCE na perspetiva dos enfermeiros (em contexto hospitalar Chinês).

**Objetivos:** Validar cultural e linguisticamente a QNCS (Liu et al., 2021), produzindo a versão portuguesa da mesma (QNCS-PT), sendo os objetivos específicos: 1) traduzir a QNCS para a língua portuguesa; 2) adaptar a QNCS ao contexto cultural português; 3) analisar a adequação das características psicométricas da QNCS.

**Metodologia:** Procedeu-se a um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, descritiva e transversal, tendo a recolha de dados ocorrido num único momento (entre agosto e outubro de 2024). A adaptação transcultural do instrumento cumpriu as etapas de tradução, síntese de traduções, retroversão, harmonização e pré-teste de clareza. Participou no estudo uma amostra de 486 enfermeiros de uma ULS central.

**Resultados:** O questionário revelou índices de concordância satisfatórios durante o pré-teste de clareza (S-IVC: 0,95). Na AFE obteve-se um modelo que explicou 56,74% da variância total, de 27 itens distribuídos em três componentes (cuidado humanizado, responsabilidade profissional e competências profissionais). A AFC suportou a estrutura de 3 componentes para o questionário ( $\chi^2(102) = 752,399$ ;  $\chi^2/df = 2,483$ ;  $p = 0,000$ ;  $CFI = 0,953$ ;  $GFI = 0,882$ ;  $RMSEA = 0,055$ ;  $P[RMSEA] = 0,041$ ;  $MECVI = 1,994$ ). A avaliação do  $\alpha$  de Cronbach demonstrou uma consistência interna muito boa para o questionário total ( $\alpha = 0,970$ ) e para todas as dimensões (0,832 – 0,961).

**Conclusão:** O instrumento é válido e fidedigno e poderá ser utilizado pelos enfermeiros nos contextos de prestação de cuidados de enfermagem em Portugal.

**Palavras-chave:** *qualidade dos cuidados de enfermagem; gestão em enfermagem; tradução; adaptação transcultural; validação psicométrica.*

## ABSTRACT

**Introduction:** All over the world, the impact that quality healthcare has on populations and their quality of life and safety is well known. As the main objective of providing nursing care is to achieve excellence, it is understood how ensuring the quality of nursing care (QNC) should be the main objective of nurses' intervention. To this end, it is important that they maintain or improve their performance, within favorable professional environments, through a careful assessment of their practice. Typically, QNC is assessed only from the perspective of the care client and not their providers. However, considering that reflection on practice contributes to continuous improvement in the quality of care, Liu et al. (2021), sought to challenge this premise, by building an instrument to assess nurses' self-perception of their own clinical practice. The Quality Nursing Care Scale (QNCS) was therefore constructed to assess QCE from the perspective of nurses (in a Chinese hospital context).

**Aims:** Culturally and linguistically validate the QNCS (Liu et al., 2021), producing the Portuguese version of it (QNCS-PT), with the specific objectives being: 1) translating the QNCS into Portuguese; 2) adapt the QNCS to the Portuguese cultural context; 3) analyze the adequacy of the psychometric characteristics of the QNCS.

**Methodology:** A methodological study was carried out, with a quantitative, descriptive, and cross-sectional approach, with data collection taking place at a single moment (between August and October 2024). The cross-cultural adaptation of the instrument completed the stages of translation, translation synthesis, back-version, harmonization, and clarity pre-test. A sample of 486 nurses from a central ULS participated in the study.

**Results:** The questionnaire revealed satisfactory agreement rates during the clarity pre-test (S-IVC: 0.95). Through EFA, a model was obtained that explained 56.74% of the total variance, of 27 items distributed into three components (humanized care, professional responsibility and professional skills). The CFA supported a 3-component structure for the questionnaire ( $\chi^2(102) = 752,399$ ;  $\chi^2/df = 2,483$ ;  $p = 0,000$ ;  $CFI = 0,953$ ;  $GFI = 0,882$ ;  $RMSEA = 0,055$ ;  $P[RMSEA] = 0,041$ ;  $MECVI = 1,994$ ). Cronbach's  $\alpha$  assessment demonstrated very good internal consistency for the total questionnaire ( $\alpha = 0.970$ ) and for all dimensions (0.832 – 0.961).

**Conclusion:** The instrument is valid and reliable and can be used by nurses in the context of providing nursing care in Portugal.

**Keywords:** *quality of nursing care; nursing management; translation; cross-cultural adaptation; psychometric validation.*

# ÍNDICE

Introdução.....	19
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1. A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem .....</b>	<b>25</b>
<b>2.O Ambiente da Prática de Enfermagem.....</b>	<b>43</b>
<b>3.A Gestão em Enfermagem .....</b>	<b>49</b>
<b>4.Tradução e Validação Psicométrica de Instrumentos de Medida em Saúde.....</b>	<b>65</b>
<b>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO</b>	
<b>1.Problemática e Fundamentação Teórica do Estudo .....</b>	<b>81</b>
<b>2.Instrumento de Recolha de Dados – Quality Nursing Care Scale.....</b>	<b>85</b>
<b>3.Questões Éticas .....</b>	<b>89</b>
<b>4.Metodologia.....</b>	<b>91</b>
<b>4.1 Desenho do Estudo.....</b>	<b>92</b>
<b>4.2 Processo de Tradução e Adaptação da Quality Nursing Care Scale para a     Língua Portuguesa .....</b>	<b>93</b>
4.2.1 Etapa de tradução .....	93
4.2.2 Etapa de síntese das traduções .....	94
4.2.3 Etapa de retroversão .....	94
4.2.4 Etapa de harmonização (Comité de Peritos).....	95
4.2.5 Etapa de pré-teste.....	96
4.2.5.1 População-alvo e amostra .....	97
4.2.5.2 Características sociodemográficas da amostra.....	97
4.2.5.3 Método e estratégia de recolha de dados .....	98
4.2.6 Etapa do teste de campo.....	104
<b>5. Apresentação dos Resultados.....</b>	<b>107</b>
<b>5.1. Fase da Validação Psicométrica da Quality Nursing Care Scale para a     População Portuguesa .....</b>	<b>108</b>
5.1.1. Análise Fatorial Exploratória.....	108

5.1.2. Análise da Fidelidade Interna .....	111
5.1.3. Procedimentos de Análise .....	113
5.1.4. Análise Fatorial Confirmatória.....	117
<b>5.2. Fase da Avaliação das Propriedade Psicométricas da <i>Quality Nursing Care Scale</i> para a População Portuguesa (QNCS-PT).....</b>	<b>120</b>
5.2.1. Validade de Conteúdo .....	121
5.2.2. Validade de Construto.....	122
5.2.3. Consistência Interna.....	122
<b>6. Discussão dos resultados.....</b>	<b>125</b>
6.1. Denominação das dimensões da QNCS-PT.....	125
6.2. Implicações para a Prática e para a Gestão em Enfermagem .....	134
6.3. Limitações do Estudo e Investigação Futura .....	136
<b>Conclusões.....</b>	<b>143</b>
<b>Referências.....</b>	<b>147</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>161</b>
Apêndice I - Cronograma.....	163

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de Gestão.....	49
Figura 2 - Ciclo de Auditoria Clínica.....	54
Figura 3 - Quality Health Outcomes Model.....	56
Figura 4 - Relação entre Supervisão Clínica do Enfermeiro Gestor e o Desenvolvimento Profissional.....	61
Figura 5 - Modelo final da AFC para o questionário QNCS-PT.....	119



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Determinantes da QCE.....	28
Tabela 2 - Outcomes de APEs facilitadores e constrangedores na prática clínica.....	46
Tabela 3 - Valor de alfa de Cronbach.....	72
Tabela 4 - Propriedades psicométricas.....	76
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra do pré-teste clareza.....	98
Tabela 6 - Cálculo do IVC dos itens e da globalidade do instrumento no pré-teste de clareza.....	104
Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica da amostra do teste de campo.....	107
Tabela 8 - Valores de KMO.....	109
Tabela 9 - Teste de KMO e Bartlett.....	110
Tabela 10 - Variância total explicada QNCS-PT.....	110
Tabela 11 - Estatísticas de confiabilidade - Alfa de Cronbach de cada componente da QNCS-PT.....	112
Tabela 12 - Estatísticas de confiabilidade - Alfa de Cronbach de cada componente da QNCS.....	112
Tabela 13 - Modelo final da AFE da QNCS-PT.....	115
Tabela 14 - Estatísticas e índices de qualidade de ajustamento da QNCS-PT.....	118
Tabela 15 - Coeficientes de consistência interna obtidos para o questionário QNCS-PT..	123
Tabela 16 - Caracterização sociodemográfica da amostra da QNCS.....	137



## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se verificado um crescente interesse nas implicações da intervenção dos enfermeiros nos *outcomes* em saúde dos seus clientes, que se revela essencial para enaltecer o valor da profissão. A exigência por serviços de saúde eficientes tem precipitado políticas de monitorização, aperfeiçoamento e reestruturação, por forma a equilibrar os custos e a qualidade do serviço prestado.

Ora, sendo que os enfermeiros representam o maior grupo profissional do contexto da saúde, estes profissionais são chamados a demonstrar o seu valor para com os clientes e as organizações que integram (Oner et al., 2021). Graças à disseminação de resultados de investigação que comprovam como a enfermagem tem sido fundamental para o desenvolvimento da prática clínica assistencial em vários contextos, os enfermeiros têm visto reconhecida a sua importância para cuidados potenciadores de resultados positivos (Serra et al., 2023). Neste sentido, a investigação tem procurado responder à questão de se os enfermeiros fazem efetivamente a diferença no cuidado ao cliente, quais são essas diferenças e como melhorá-las, com base em evidência (Oner et al., 2021).

Numa sociedade pautada por um ambiente de mudança contínua, decorrente do rápido progresso científico e tecnológico a que assistimos diariamente, associado às crescentes necessidades em saúde da população, os enfermeiros deparam-se com a necessidade de refletir sobre a sua prática, por forma a consolidar ou melhorar a sua intervenção, para prestar cuidados seguros, que primam pela excelência – em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE).

Os enfermeiros devem procurar, portanto, que a sua prática seja de elevada qualidade, isto é, que prime pelo melhor nível de excelência possível e que vise com a obtenção de resultados ótimos ou desejáveis, a nível espiritual, mental, social, físico e ambiental (Allen-Duck et al., 2017; Tsogbadrackh et al., 2020).

Assim, compreende-se que a QCE tem um grande impacto nas organizações e nos sistemas de saúde pelo que, além de compreender quais os determinantes da mesma, importa identificar fatores opressivos de uma prática de excelência, em prol do seu aperfeiçoamento.

É, pois, possível argumentar que a perceção dos enfermeiros quanto aos cuidados que os próprios prestam se releva de enorme pertinência. Não só permite analisar a sua

prática corrente, como confrontá-la com os *gold standards* da profissão. Para Liu et al. (2021), uma autoavaliação da qualidade dos cuidados prestados permite não só reconhecer como prestar cuidados adequados e seguros, como também permite aos decisores identificar ameaças, prevenir erros e minimizar possíveis danos aos clientes. Isso possibilita, então, ao enfermeiro gestor identificar perigos na prática dos seus pares, prevenir erros e minimizar possíveis efeitos adversos – para os clientes e para os profissionais (Liu et al., 2021).

Nesse sentido, Liu et al. (2021) desenvolveram um instrumento de recolha de dados que pretende avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros, no contexto cultural chinês – a *Quality Nursing Care Scale* (QNCS).

Não existindo uma escala que permita a avaliação da QCE na perspetiva dos enfermeiros validada e adaptada para o contexto cultural português, esta revelou-se uma oportunidade para colmatar essa lacuna. Então, procedeu-se à elaboração desta dissertação, com o intuito de fornecer informação compreensiva relativa ao processo de tradução e adaptação cultural da QNCS para o contexto cultural português, bem como da revisão da literatura que o suportou.

O presente estudo envolve um desenho metodológico, pois pretende traduzir, validar e adaptar um instrumento, testando a sua validade e fiabilidade para esta população (Galvão et al., 2022; Gray & Grove, 2021).

Por forma a orientar a realização deste estudo, definiu-se como questão de investigação: “Será que a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021), apresenta características psicométricas adequadas para a população portuguesa?”.

Estabeleceu-se como objetivo geral do estudo validar cultural e linguisticamente a QNCS (Liu et al., 2021), produzindo a versão portuguesa da mesma.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- 1) Traduzir a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) para a língua portuguesa;
- 2) Adaptar a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) ao contexto cultural português;
- 3) Analisar a adequação das características psicométricas da *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021).

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes: 1) Enquadramento teórico; e 2) Trabalho empírico.

Na primeira parte, exploraram-se as temáticas: Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Ambiente da Prática de Enfermagem; Gestão em Enfermagem; e Tradução e Validação Psicométrica de Instrumentos de Medida em Saúde.

Na segunda parte, procurou-se justificar a problemática e pertinência do estudo, descrevendo a metodologia e as questões éticas a ele inerentes. Posteriormente, procedeu-se à apresentação dos resultados e discussão dos mesmos, com foco nas implicações para o futuro da Gestão em Enfermagem, através da consolidação das propriedades psicométricas evidenciadas pelo questionário QNCS-PT para futura utilização no contexto dos cuidados de enfermagem em Portugal.

Na redação desta dissertação foram seguidas as normas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sistematizadas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Normas APA.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

As primeiras tentativas de definição do conceito de qualidade dos cuidados de saúde tiveram início no final do século passado. Todavia, por se manterem ambiguidades e dificuldades na clara conceptualização do termo, Allen-Duck et al. (2017) procuraram realizar uma análise conceptual do mesmo (*healthcare quality*).

No seu trabalho, as autoras concluíram que o termo *quality* (qualidade) é amplamente utilizado, no sentido de definir quão bom ou mau algo é percebido, de referir traços ou atributos particulares, ou de caracterizar o nível de excelência de algo perante outras coisas semelhantes (Allen-Duck et al., 2017).

Contudo, no que respeita ao âmbito da saúde, a definição teórica que emerge após análise de várias definições em artigos sobre a temática, é a de que a qualidade dos cuidados de saúde (*healthcare quality*) concerne o suprimento de cuidados efetivos e seguros, refletindo uma cultura de excelência, com resultado na obtenção de resultados ótimos ou desejáveis (Allen-Duck et al., 2017).

Segundo as mesmas autoras, quatro atributos diferenciam a qualidade dos cuidados de saúde de outros conceitos semelhantes: 1) a eficácia – os cuidados de qualidade são precisos e compreensivos, assegurando uma monitorização contínua da condição fisiológica, psicológica, social e espiritual do cliente alvo dos mesmos; 2) a segurança – cuidados que evitam possíveis danos provocados ao cliente; 3) a cultura de excelência – no sentido em que cuidados de saúde de qualidade devem incorporar colaboração, comunicação, compaixão, competência, advocacia, sensibilidade e o estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente; e 4) os resultados de saúde desejados – que se caracterizam pelo alcance dos objetivos definidos, no sentido dos melhores resultados possíveis em prol do seu bem-estar, garantindo intervenções centradas no cliente, que visem a sua satisfação, com respeito pelas suas necessidades, preferências e capacidades individuais (Allen-Duck et al., 2017).

Assim, pode concluir-se que a consequência ótima de cuidados de saúde de qualidade se traduz no bem-estar holístico do cliente desses mesmos cuidados, uma vez que abrange o seu bem-estar físico, espiritual e emocional, em qualquer das etapas do ciclo de vida. Pelo contrário, cuidados de menor qualidade podem traduzir-se em *outcomes* negativos ou eventos adversos, que condicionam a segurança do cliente e podem, inclusive, ameaçar a vida (Allen-Duck et al., 2017).

Estas conclusões vão ao encontro do trabalho desenvolvido por Donabedian, no qual o autor trabalhou igualmente a temática da qualidade dos cuidados de saúde. Segundo o autor, *"the definition of quality may be almost everything anyone wishes it to be, although it is, ordinarily, a reflection of values and goals current in the medical care system and in the larger society of which it is a part"* (Donabedian, 2005, p. 692). De acordo com os seus pressupostos, a definição de qualidade dos cuidados de saúde é mutável, não correspondendo a uma propriedade homogénea, mas sim a um alargado número de características (Donabedian, 1969). Esta depende diretamente da definição geral de saúde, bem como da responsabilidade que cada profissional demonstra para com a temática, pois *"as we seek to define quality, we soon become aware of the fact that several formulations are both possible and legitimate, depending on where we are located in the system of care and on what nature and extent of our responsibilities are"* (Donabedian, 1988, p. 1743). Esta afirmação permite concluir que, mediante a competência do profissional de saúde e o seu profissionalismo, é expectável alcançar cuidados de qualidade, eficientes, com vista à melhoria das condições de saúde dos clientes a que se destinam – isto é, acredita-se que a melhor prática promove melhorias significativas na saúde (Donabedian, 1988).

Não obstante, importa compreender como pode ser avaliada a qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com Donabedian (1988), a informação através da qual se pode inferir a verdadeira qualidade dos cuidados de saúde pode ser classificada em três indicadores: estrutura, processo e resultados. Os indicadores de estrutura referem-se aos atributos do ambiente físico em que os cuidados são prestados, como recursos materiais, recursos humanos e cultura organizacional. Os indicadores de processo relacionam-se com a procura ativa de cuidados de saúde por parte do cliente, bem como as intervenções dos profissionais que providenciam diagnósticos, recomendações ou tratamentos ao mesmo. Quanto aos indicadores de resultado, estes refletem os efeitos dos cuidados na dinâmica de saúde-doença do cliente, como melhoria do conhecimento face à sua condição clínica ou mudanças comportamentais, no sentido da promoção de um estilo de vida mais saudável (Donabedian, 1988).

Esta definição do autor vai, portanto, ao encontro dos pressupostos do processo de enfermagem instituído pelos profissionais, que contempla: 1) a apreciação do cliente – anamnese e exame físico; 2) o planeamento – elaboração do plano de cuidados e

promoção da continuidade dos cuidados; 3) a intervenção do enfermeiro – instituição de intervenções terapêuticas, incluindo educação para a saúde e transmissão de informação através de comunicação eficaz; e 4) a avaliação do processo – através do confronto dos objetivos delineados com os *outcomes* do cliente, relativamente à melhoria da condição de saúde ou da qualidade de vida (Koy et al., 2015).

Esta avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é possível, de acordo com Donabedian (1988), pois uma boa estrutura aumenta a probabilidade de se desenvolver um bom processo que, por sua vez, se poderá traduzir em melhores resultados. No entanto, a avaliação da qualidade não pode ser considerada investigação clínica ou uma avaliação tecnológica. Donabedian defende esta afirmação, consolidando que a avaliação da qualidade recai, primariamente, num instrumento administrativo de monitorização da *performance* dos profissionais. Não obstante, revela-se essencial, também, na obtenção de conhecimento que informe melhores práticas de gestão dos contextos de saúde, através da análise de possíveis relações entre os indicadores de processo e de resultado (Donabedian, 1988).

Nos seus trabalhos, Donebedian concluiu ainda que, no âmbito dos cuidados, diferentes profissionais terão diferentes visões e atitudes perante a busca pela qualidade dos cuidados que prestam. Segundo o próprio, *"nurses are much more systematic and self-conscious in developing quality criteria. In contrast to studies of physicians care that focus on purely technical performance, there is also greater attention to social and psychological aspects of patient management"* (Donabedian, 1969, p. 183).

Efetivamente, a qualidade dos cuidados é uma preocupação para os profissionais de enfermagem desde o século XIX.

Na sua obra *"Notes on Nursing – What it is, and What it is not"*, Florence Nightingale relembra o tempo da Guerra da Crimeia e descreve os cuidados prestados aos feridos de combate. Não obstante a falta de conhecimento científico da época ou a escassez de recursos inerentes ao contexto da prática de cuidados, Nightingale revoluciona o âmbito do cuidar ao elaborar um guia de cuidados para todas as mulheres que, de uma maneira ou de outra, seriam consideradas enfermeiras. Sem intenção de estabelecer "regras" para a prática, Nightingale partilha os seus "truques", com todos aqueles que se veem a braços com o cuidado ao outro – *"The following notes are by no means intended as a rule of thought by which nurses can teach themselves to nurse, still less as a manual to teach nurses to nurse."*

*They are meant simply to give hints for thought to women who have personal charge of the health of others” (Nightingale, 1859, p. 3).*

Neste texto, a autora revela uma extrema preocupação com a qualidade dos cuidados que um enfermeiro deve prestar aos seus clientes, demonstrando um pensamento crítico e clínico deveras avançado para a altura. Desde então, é possível afirmar que a qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE) é tão desejada pelos clientes como prometida pelos enfermeiros (Koy et al., 2015).

Todavia, também no âmbito dos cuidados de enfermagem, o conceito de qualidade é complexo, multidimensional e, por vezes, ambíguo. Como tal, Koy et al. (2015) realizaram uma análise conceptual, no sentido de providenciar uma definição que contribua para a formulação, aplicação e avaliação da qualidade dos resultados de enfermagem obtidos nos clientes, organizações e equipa de enfermagem.

Através de um processo formal e rigoroso, os autores identificaram os diversos atributos que definem a QCE, como apresentado na Tabela 1:

**Tabela 1**

*Determinantes da QCE (Adaptado de Koy et al. (2015))*

CATEGORIA	AVALIAÇÃO
COMPETÊNCIA E PERFORMANCE DO ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento científico;</li> <li>• Aptidão clínica, técnica e de comunicação;</li> <li>• Capacidade de resolução de problemas, através do julgamento crítico;</li> </ul>
ATENDER ÀS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver ou atualizar o plano de cuidados de enfermagem;</li> <li>• Confortar/falar com os clientes;</li> <li>• Executar técnicas de massagem e de cuidado da pele;</li> <li>• Registar adequadamente os cuidados de enfermagem;</li> <li>• Realizar higiene oral dos clientes;</li> <li>• Preparar os clientes e suas pessoas significativas para o momento da alta;</li> </ul>
EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO POSITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem holística, que promova a continuidade de cuidados;</li> <li>• Empatia;</li> <li>• Prática profissional, baseada na evidência;</li> <li>• Intervenções de enfermagem seguras, eficazes e atempadas;</li> </ul>
LIDERANÇA POSITIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação eficaz;</li> <li>• <i>Empowerment</i>, através da informação transmitida;</li> <li>• Consideração pelas necessidades dos clientes relacionadas com crenças ou religião;</li> <li>• Ambiente de prática promotor de tomada de decisão partilhada;</li> <li>• Trabalho eficiente em equipa multidisciplinar;</li> <li>• Relações interpessoais;</li> </ul>
CARACTERÍSTICAS DA EQUIPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidadosa, flexível, amigável, confiável, educada, capaz de trabalhar em equipa, assegurando uma apresentação cuidada;</li> </ul>

PRÉ-CONDIÇÕES PARA CUIDAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>A qualidade dos cuidados de enfermagem é assegurada se os enfermeiros competentes procurarem a atualização do seu conhecimento e competências práticas, bem como através da procura do tempo suficiente para a prestação de cuidados aos clientes;</li> </ul>
AMBIENTE FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo os clientes, um ambiente limpo, confortável, seguro e tranquilo é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> </ul>
PROGRESSO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempo de espera reduzido para a realização das intervenções de enfermagem, bem como a possibilidade de comunicar abertamente com os profissionais, num ambiente convidativo;</li> </ul>
COOPERAÇÃO COM PESSOAS SIGNIFICATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Providenciar informação suficiente acerca da condição dos clientes (prognóstico, processo, resultados), bem como encorajamento e apoio emocional.</li> </ul>

Considerando os atributos acima definidos, os autores defendem que o conceito de QCE é, portanto, complexo e multidimensional, que ultrapassa a intervenção clínica e a segurança do cliente, relacionando-se, igualmente, com variáveis como as perspetivas e expectativas do enfermeiro e do seu cliente de cuidados (Koy et al., 2015; CE, 2001).

Desta forma, é possível concluir que a QCE se prende com o nível de excelência dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos seus clientes. Este cuidados devem ter como principal objetivo o alcance dos objetivos estabelecidos no processo de enfermagem, através de uma intervenção específica, individualizada e holística, que previna riscos ou eventos adversos, através de um exercício profissional que se rege pelos padrões de qualidade mais elevados, que guiam a prática de cuidados (baseada em evidência científica consistente), segundo os pressupostos assentes no código deontológico destes profissionais (CE, 2001; Liu et al., 2021; Russell et al., 2005; Sousa et al., 2022; S. et al., 2021). Cuidados de enfermagem de qualidade são, assim, aqueles que garantem a satisfação do cliente, considerando que as suas necessidades são satisfeitas, a nível físico, emocional, social, cultural e espiritual, através de uma intervenção empática, respeitosa, que advogue pelo próprio (Tsogbadrakh et al., 2020).

Tanto quanto a definição do conceito, também a sua pertinência no contexto nacional e internacional é digna de menção.

A evolução do conceito baseia-se numa preocupação crescente com as políticas instituídas pelas nações e instituições de saúde, com vista à obtenção de *standards* e *guidelines* que permitam responder às necessidades das populações e das sociedades,

gerindo adequadamente os recursos disponíveis e criando estruturas “que obviem ao exercício profissional de qualidade” (CE, 2001, p. 7; Russell et al., 2005; Sousa et al., 2022).

Assistem-se, atualmente, a desafios permanentes ao setor da saúde, seja na percepção de uma maior percentagem de comorbilidades e riscos acrescidos por parte dos clientes, seja pela rápida inovação de tratamentos e intervenções, ou mesmo pela exposição a patologias pouco investigadas, como a pandemia emergente no ano de 2020.

A infeção por Coronavírus (COVID-19) foi, inicialmente, identificada em dezembro de 2019 na China, porém, rapidamente se disseminou por toda a Europa e restantes continentes. Tratando-se de uma situação inesperada e imprevisível, no que à necessidade de cuidados de enfermagem dizia respeito, as organizações de saúde rapidamente se organizaram, por forma a gerir a situação (Arcadi et al., 2021).

Neste sentido, o papel dos enfermeiros foi enaltecido, pelo facto de prontamente se terem adaptado às novas circunstâncias. Estas eram de tal maneira extremas que condicionavam condições laborais inimagináveis: sentimento de inadequação e desamparo; falta de informação e competência; volume de trabalho excessivo, muitas vezes sem recurso a equipamentos de proteção individual (EPI) adequados, colocando-se a si e a outros em risco, comprometendo o seu bem-estar e menosprezando as suas próprias necessidades (Arcadi et al., 2021; Catania et al., 2021). Sabe-se que, em consequência, vários profissionais sofreram um forte impacto na sua própria saúde, em particular na sua saúde mental, desenvolvendo condições como ansiedade, problemas de sono, *stress* e depressão (Arcadi et al., 2021)

Não obstante as dificuldades encontradas na gestão da pandemia, várias estratégias emergiram, por forma a informar e facilitar a gestão dos cuidados, perante outras situações inesperadas. Catania et al. (2021) concluíram que, independentemente da instabilidade da situação que se apresenta, é imprescindível assegurar a proteção das equipas, a nível físico e psicológico, através de intervenções específicas por forma a reduzir riscos, adequar a formação e providenciar apoio psicológico. Estas condições permitirão a manutenção de um ambiente de trabalho seguro, que assegure a QCE, pois *“nurses’ well-being has a strong clinical implication for the quality of the outcomes sensible to nursing”* (Arcadi et al., 2021, p. 1116; Catania et al., 2021; Nazari et al., 2022; Sloane et al., 2018).

Todos estes fatores, entre outros, contribuem para a complexidade e a imprevisibilidade das necessidades de cuidados de saúde, o que requer uma reorganização dos cuidados, de forma única e, por vezes, sem precedentes, para fazer face às exigências (Sloane et al., 2018; Catania et. al., 2020; Arcadi et. al., 2021; Nazari et al., 2022).

Neste sentido, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados é identificada como uma prioridade nos sistemas de saúde, pelo que *“ensuring quality nursing care has become the core consideration in nursing administration”* (Liu et al., 2017, p.936), por forma a garantir segurança, eficiência e uma adequada gestão do custo-eficácia dos cuidados (Beiboer et al., 2023; Neves et al., 2021). Contudo, alguns desafios complexificam esta estratégia, como uma insuficiência do número de enfermeiros necessários a nível global, bem como um aumento da carga de trabalho destes profissionais e ambientes de prática desfavoráveis, o que pode condicionar *outcomes* negativos para o cliente (Cho et al., 2021; Nyikuri et al., 2019).

A satisfação dos clientes com as intervenções dos enfermeiros permite avaliar se as suas necessidades foram suprimidas, permitindo identificar falhas ou cuidados omissos, por forma a melhorar a qualidade no seio da organização de saúde (Kannan et al., 2020).

Sendo os enfermeiros o maior grupo de profissionais nos sistemas de saúde, em especial em contexto hospitalar, revelam-se como os grandes promotores da qualidade das respetivas organizações que integram (Neves et al., 2021; Winter et al., 2021). Como tal, é imperativo aos decisores políticos e entidades reguladoras da profissão assegurarem políticas e *guidelines* específicas para a disciplina, de modo a providenciar diretrizes, visto que *“public policies of interest to nursing are those that influence or have an impact on nursing practice, the relationship between nurses and the public, and the health of individuals, families, groups, and communities (...) directed toward positive benefits for the individuals who constitute the public”* (Russell et al., 2005, p. 320).

Em Portugal, considerando esta problemática, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) redigiu o documento intitulado *“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”*, com o objetivo de sintetizar a estratégia que conduzirá à melhoria contínua dos cuidados prestados pelos enfermeiros. De acordo com o referido documento, *“a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço*

a prestar, delinear estratégias para o atingir (...) [sendo que] as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela”, (CE, 2001,p. 7), indo ao encontro das definições acima apresentadas.

O Conselho de Enfermagem da OE (2001) consolidou, assim, conceitos basilares para a profissão: 1) a saúde – “reflexo de um processo dinâmico e contínuo” de equilíbrio, que qualquer indivíduo deseja atingir (p. 8); 2) a pessoa – “ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual (...) com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...) uno e indivisível”, que interage com o seu ambiente, modificando-o e sofrendo a sua influência (pp. 8-9); 3) o ambiente – “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida (...) com influência direta na saúde, dependente da interação complexa entre pessoa/ambiente” (pp. 9-10); 4) os cuidados de enfermagem – no contexto profissional, distinguem-se em intervenções interdependentes ou intervenções autónomas (consoante a sua prescrição parte do enfermeiro ou de outro elemento da equipa multidisciplinar), dependentes da tomada de decisão que “incorpora os resultados da investigação na sua prática” (p. 12), traduzindo-se em “atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem” (pp. 12-13).

Por sua vez, os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros foram redigidos, numa tentativa de definir os *standards* da qualidade dos cuidados, constituindo-se, assim, uma garantia da mesma para os clientes dos cuidados, e uma *guideline* para a prática profissional de excelência (Ribeiro et al., 2017).

O Conselho de Enfermagem (2001) definiu, então, seis categorias de enunciados descritivos (bem como os elementos essenciais à promoção dos mesmos): 1) a satisfação do cliente – “(...) o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (pp. 13-14); 2) a promoção da saúde – “(...) o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (p. 14); 3) a prevenção de complicações – “(...) o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (p. 15); 4) o bem-estar e o autocuidado “(...) o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as

atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (p. 16); 5) a readaptação funcional – “(...) o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (p. 17); 6) a organização dos cuidados de enfermagem – “(...) o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (p.18).

Perante estes enunciados, e considerando que os mesmos foram elaborados tendo em conta a realidade e o contexto português, reconhece-se que os enfermeiros têm a capacidade de prescrever e implementar intervenções autónomas (Ribeiro et al., 2017), contudo devem sempre atuar em conformidade com os indicadores de excelência, sem esquecer que “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (CE, 2001, p. 6).

Todavia, nem sempre estes profissionais são devidamente auscultados, no que respeita à sua perspetiva da qualidade dos cuidados que os próprios prestam. Como afirmam (Koy et al., 2015), os enfermeiros são frequentemente convidados a participar em estudos de avaliação da QCE, contudo, dados sobre a seu contributo para o desenvolvimento de escalas de avaliação da mesma são diminutos.

A auto-perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem é definida como o entendimento que o enfermeiro possui acerca da excelência das intervenções que leva a cabo no âmbito do seu exercício profissional, na expectativa de corresponder às necessidades dos seus clientes (Liu et al., 2018). Segundo os autores, diversas publicações confirmam que uma auto-perceção da qualidade dos cuidados negativa está associada a *outcomes* negativos nos clientes, nomeadamente lesões, infeções nosocomiais, erros terapêuticos, quedas, aumento do tempo de internamento hospitalar, bem como aumento da taxa de mortalidade (Liu et al., 2018).

Não obstante os resultados negativos nos clientes, também os profissionais referem consequências negativas, neste contexto. Uma perceção negativa da qualidade dos cuidados que prestam condiciona os profissionais, no sentido da insatisfação profissional, *burnout* e intenção de abandonar o local de trabalho ou mesmo a profissão (Liu et al., 2018).

Desta forma, compreende-se que não só é fundamental valorizar a sua intervenção na promoção da QCE, como é igualmente essencial conhecer as determinantes que a facilitam ou dificultam, na prática diária. Tratando-se de um conceito dinâmico e complexo, como visto anteriormente, representa um desafio diário para as equipas. Assim, identificar o que o determina revela-se essencial, para ultrapassar adversidades, numa busca contínua pela satisfação dos clientes de cuidados, mas também dos profissionais (Liu & Aunguroch, 2018; Ying et al., 2021).

O Ambiente da Prática de Enfermagem (APE), é considerado um importante preditor de cuidados de enfermagem de qualidade (Liu & Aunguroch, 2018; Ying et al., 2021), relacionando-se com resultados positivos, tanto para os clientes, como para os profissionais. Um APE favorável está associado a menor mortalidade hospitalar, maior eficiência, efetividade e segurança (Galan et al., 2019; Neves et al., 2021; Shirozhan et al., 2022; Sloane et al., 2018). Pelo contrário, um APE desfavorável conduz a práticas de menor qualidade, as quais propiciam maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos para os clientes (condicionando a sua deterioração clínica, morbilidade, mortalidade, eventos adversos, aumento do tempo de internamento e de custos associados), insatisfação profissional, diminuição da *performance*, absentismo, intenção de turnover, *stress*, ansiedade e *burnout* (Albsoul et al., 2023; Banda et al., 2022; Nakano et al., 2021; Neves et al., 2021; Soósová, 2022; Winter et al., 2021).

Uma adequada gestão de recursos humanos é também um fator promotor de cuidados de enfermagem de qualidade. A dotação dos enfermeiros nas organizações é das determinantes da QCE mais mencionada na literatura e de maior relevância, pois compreende-se que um rácio enfermeiro-cliente desadequado se traduz em *outcomes* desfavoráveis e influencia o racionamento ou omissão de cuidados (Albsoul et al., 2023; Cho et al., 2021; Liu & Aunguroch, 2018; Neves et al., 2021; Shirozhan et al., 2022; S. Smith et al., 2020; Soósová, 2022; Tomaszewska et al., 2021; Winter et al., 2021). Não só o número de enfermeiros em serviço, mas também a alocação inteligente de elementos com conhecimentos e competências diferenciadas é relevante para promover a eficácia e eficiência da organização, uma vez que a influência da experiência profissional e conhecimentos teóricos potenciam melhores resultados e aumentam a perceção da QCE (Galan et al., 2019; Nakano et al., 2021; Paiva et al., 2021; Sloane et al., 2018).

Em Portugal, compete à entidade reguladora da profissão, a OE, assegurar “a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão” (OE, 2019, p. 128), por forma a garantir a cultura de melhoria contínua da qualidade e a segurança dos cuidados prestados a essa população. A adequada gestão dos recursos humanos, considerando os seus níveis de qualificação e perfil de competências, deverá, portanto, ser entendida como uma normativa técnica, que contribui “para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder às necessidades da população” (OE, 2019, p. 128). Assim, recorrendo aos Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), traduzem-se em horas de cuidados as necessidades dos clientes, por forma a determinar os valores de referência para dotação de profissionais nos vários serviços de saúde (OE, 2019).

Um rácio desadequado precipita uma carga de trabalho excessiva para o enfermeiro, o que pode levar a que não tenha condições para responder a todas as necessidades do cliente (Banda et al., 2022). Um aumento na carga de trabalho afeta a segurança do cliente e a QCE, na medida em que o profissional pode ser obrigado a descurar certas intervenções, mais ou menos essenciais ao bem-estar do cliente (como higiene das mãos, cumprimento da técnica asséptica em procedimentos que o exijam, alternância de decúbitos, promoção do autocuidado, higiene oral, administração de terapêutica farmacológica no *timing* correto, entre outros) (Albsoul et al., 2019; Banda et al., 2022; Soósová, 2022; Tsogbadrackh et al., 2020; Winter et al., 2021). Um excedente volume de trabalho condiciona, também, efeitos nocivos no próprio enfermeiro, nomeadamente, fadiga acumulada, *stress*, *burnout*, sentimento de culpa por não responder às necessidades de cuidados de clientes de si dependentes e diminuição da satisfação profissional, da produtividade e do empenhamento organizacional (Banda et al., 2022; Nazari et al., 2022; Soósová, 2022; Winter et al., 2021; Won et al., 2020).

Ying et al. (2021), concluíram que cerca de metade dos enfermeiros no contexto de saúde chinês estão insatisfeitos com as suas condições de trabalho, sendo que a sua principal causa se prende com a remuneração salarial e a falta de reconhecimento por parte das chefias diretas. No entanto, também um APE desfavorável, que precipita acentuados níveis de *stress* e elevada carga de trabalho, se relacionam com a sua

insatisfação. Os autores inferiram, ainda, que cerca de um terço dos enfermeiros demonstra intenção de sair do serviço/organização, sendo que as razões apontadas se prendem com a cultura da culpabilização, inexistência de recursos humanos adequados, bem como incongruências entre os seus valores e os das organizações que representam (Ying et al., 2021; Maslach & Jackson, 1981; Monsalve-Reyes et al., 2018).

O *burnout*, por sua vez, demonstra uma evidente correlação negativa com a QCE e a segurança dos cuidados. Os profissionais de saúde passam a maioria do seu tempo em interação direta com os seus clientes e as suas pessoas significativas, os quais apresentam condições de saúde-doença complexas, o que pode precipitar níveis elevados de *stress* permanente, condicionando um maior risco de *burnout*. Segundo Maslach et al. (1981), o *burnout* consiste numa síndrome de exaustão emocional e cinismo, que ocorre no contexto profissional, especialmente no que se relaciona com a relação direta com outros indivíduos. De acordo com os autores, esta síndrome é caracterizada por três dimensões: a exaustão emocional – os profissionais sentem que não se conseguem entregar psicologicamente às intervenções planeadas, por depleção das suas reservas emocionais; a despersonalização ou desrealização - tratamento cínico e pensamentos negativos acerca do cliente bem como da restante equipa, sendo que *“dehumanized perception of others can lead staff to view their clients as somehow deserving of their troubles”* (Maslach et al., 1981, p. 99); e a ausência de gratificação profissional – o profissional tende a considerar-se infeliz e insatisfeito com o seu trabalho (Maslach & Jackson, 1981; Monsalve-Reyes et al., 2018).

Esta síndrome está, portanto, muito presente no dia-a-dia dos enfermeiros, sendo que as atividades que desempenham, o seu papel dentro da organização, o tipo de clientes de quem cuidam, a carga de trabalho, entre outras condições, representam um risco acrescido de a desenvolver (Molina-Praena et al., 2018; Monsalve-Reyes et al., 2018; Soósová, 2022). No seu estudo, Molina-Praena et al. (2018) concluíram que os enfermeiros são, maioritariamente, afetados por baixos níveis de gratificação profissional, seguidos de altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, particularmente aqueles que apresentam múltiplos vínculos profissionais, os que se sentem sobrecarregados no local de trabalho, bem como os enfermeiros recém-licenciados, com pouco experiência profissional. As suas consequências são, assim, potencialmente perturbadoras, tanto a nível pessoal, como a nível da equipa ou

organizacional, pois está relacionado com insônia, consumo de álcool e drogas, constrangimentos familiares, bem como absentismo ou *turnover* (Monsalve-Reyes et al., 2018).

Soósová (2022), corroborando os estudos mencionados acima, concluiu que, o nível de *burnout* dos enfermeiros aumenta com o número de horas de trabalho semanais e com o clima de insegurança experienciado no local de trabalho, o que condiciona diretamente um aumento do número de eventos adversos reportados, contrariamente à segurança percebida tanto pelos clientes como pelos profissionais, a qual diminui. Desta forma, a autora afirma que uma má adequação dos recursos humanos, rácios enfermeiro-clientes desadequados e aumento da carga laboral, predizem um aumento da insatisfação e de *burnout*, o que se traduz em consequências para a qualidade e segurança das suas intervenções (omissão de cuidados, eventos adversos, maior morbidade e mortalidade) (Soósová, 2022). Desta forma, é possível compreender que, sendo a enfermagem a maior força profissional a nível hospitalar, é necessário implementar medidas preventivas junto deste grupo (Molina-Praena et al., 2018).

O enfermeiro, pertencendo a uma equipa com uma dotação adequada ao tipo de cuidados e de serviço em que presta cuidados, tem a possibilidade de organizar o seu trabalho, por forma a prestar cuidados holísticos (S. Smith et al., 2020), sem descuidar intervenções essenciais, que por vezes são proteladas ou omitidas. A satisfação do cliente é conseguida através da prestação de cuidados de excelência, que dão resposta a necessidades de naturezas diversas, no sentido de reduzir a ansiedade associada aos cuidados de saúde que possa experienciar (Bastani et al., 2022). Exemplo disso, são as sessões de educação para a saúde (S. et al., 2021b), através de uma comunicação eficaz, que o informa e esclarece (Anaba et al., 2020; Kannan et al., 2020) e contribui para a sua satisfação com os cuidados – através do respeito pelas suas crenças e diferenças culturais –, o que constitui um bom indicador da QCE.

Todavia, é inegável que existem outros fatores constrangedores de uma relação com o cliente. É o caso dos episódios de violência ou abuso verbal experienciados frequentemente em organizações de saúde, os quais impõem entraves ao estabelecimento de relações terapêuticas e condicionam a atuação dos enfermeiros de ora em diante (Cho et al., 2020).

Uma comunicação eficaz é, igualmente, essencial, tanto entre elementos da equipa de enfermagem como com outros elementos da equipa multidisciplinar, por forma a assegurar uma prática multidisciplinar que prime pela excelência (Nyikuri et al., 2019). O estabelecimento de parcerias com profissionais de outras categorias permite a articulação de cuidados e o recurso a valências que dão resposta a necessidades específicas dos clientes, não dependentes apenas da intervenção do enfermeiro – facilitando a adoção de uma prática colaborativa (Nyikuri et al., 2019; Paiva et al., 2021; Navacchi & Lockwood, 2020).

Nesse sentido, é benéfico promover a padronização da prestação de cuidados (Paiva et al., 2021), através de regulamentos específicos e códigos de conduta, que permitam o planeamento, desenvolvimento e integração de projetos de melhoria contínua da qualidade, para identificar áreas de atuação dos vários elementos da equipa multidisciplinar e otimizar recursos (Navacchi & Lockwood, 2020).

Estas normas de orientação clínica são úteis, também, em momentos críticos, como é o caso da transmissão de cuidados. Por ser um momento altamente crítico para a segurança do cliente (na medida em que representa uma alta complexidade e um maior risco de erro), é essencial que se assegure a transmissão de informação através de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde (DGS, 2017). Uma comunicação inadequada pode conduzir a erros que têm impactos significativos no cliente. Sabe-se que “a evidência indica que até 70% destes eventos [adversos], ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente” (DGS, 2017, p. 5). Assim, deve optar-se por técnicas estruturadas, como a mnemónica ISBAR, para assegurar a continuidade e a QCE (Albsoul et al., 2023). Esta ferramenta, considerada um auxiliar de memória, permite estruturar a transmissão verbal de informação essencial, correspondendo, assim: I – identificação do cliente, bem como dos intervenientes na comunicação; S – situação atual de necessidade de cuidados de saúde; B – antecedentes pessoais do cliente, diretivas antecipadas de vontade; A – avaliação (estado do cliente, regime terapêutico); R – recomendações para a continuidade de cuidados (plano terapêutico). Por ser de fácil memorização e replicável em diversos contextos dos cuidados de saúde, é amplamente recomendada, estando muito presente na transição de cuidados entre as equipas de enfermagem (DGS, 2017; Amiri, 2021; Navacchi & Lockwood, 2020; Paiva et al., 2021; Shirozhan et al., 2022).

Por forma a garantir a QCE importa, também, considerar outros fatores, nomeadamente a necessidade de formação e de desenvolvimento profissional contínuo e frequente. Partindo da formação base, Amiri (2021) defende que uma educação eficiente em contexto de ensino superior poderá propiciar cuidados de melhor qualidade, por parte dos profissionais que seguirem esse percurso académico. Contudo, a formação não se esgota na licenciatura, sendo considerado vantajoso que as organizações apresentem planos de formação contínua para os seus profissionais, por forma a atualizar conhecimentos e desenvolver capacidades práticas (Amiri, 2021; Navacchi & Lockwood, 2020; Paiva et al., 2021; Shirozhan et al., 2022).

Por outro lado, os recursos materiais disponíveis e as próprias infraestruturas da organização podem ter um impacto importante na qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam no seu dia-a-dia. Para promover cuidados de qualidade, os espaços devem ser espaçosos, limpos, organizados e funcionais (Nyikuri et al., 2019), e os enfermeiros devem ter disponíveis os dispositivos e materiais de consumo clínico adequados à sua prática (Albsoul et al., 2023; Paiva et al., 2021). A inadequação de recursos materiais pode comportar riscos para clientes e profissionais. Exemplo recente desta questão prendeu-se com a escassez de EPI na pandemia da COVID-19. A insuficiente quantidade e qualidade destes equipamentos, bem como a inexistência de formação para a sua correta utilização, provocou infeções e até mortes entre enfermeiros (Catania et al., 2021).

Estas determinantes da QCE são, portanto, também condicionadas pela atuação dos gestores em enfermagem (Beiboer et al., 2023; Navacchi & Lockwood, 2020; Ying et al., 2021).

O estilo de liderança implementado nas organizações interfere em todas estas determinantes e tem impacto direto e indireto nos *outcomes* dos cuidados. A liderança transformacional é, habitualmente, considerada como positiva por parte dos enfermeiros, pois esperam que o seu líder os inclua na tomada de decisão e na elaboração de projetos de mudança, a nível formal e informal (Beiboer et al., 2023; Navacchi & Lockwood, 2020; Ying et al., 2021). Esperam, portanto, ver reconhecida, por parte do Enfermeiro Gestor (EG), a sua experiência e competência, no sentido de colaborarem no desenvolvimento da comunicação, do trabalho em equipa e de

programas de formação, por exemplo (Beiboer et al., 2023; Nakano et al., 2021; Shirozhan et al., 2022; Catania et al. 2021).

É evidente, na literatura, que o enfermeiro não é sensível a uma liderança punitiva, que impõe barreiras ao desenvolvimento da prática. O líder deve optar por procurar promover um APE favorável (Nyikuri et al., 2019; Shirozhan et al., 2022), contando com os contributos de colegas identificados como uma referência para a organização, pelo seu conhecimento, competências e empenhamento (Nakano et al., 2021). Deve, igualmente, encorajar e providenciar oportunidades de desenvolvimento e integração das atividades organizacionais, numa tentativa de alinhar os valores da equipa com os da organização - por forma a incentivar a sua autonomia e satisfação profissional e mitigar *outcomes* negativos (Ying et al., 2021). Não pode, igualmente, descurar a proteção física e psicológica da sua equipa, seja assegurando a existência de estruturas e equipamentos adequados, ou providenciando apoio psicológico, com estratégias de intervenção imediata, mas também planos a longo prazo (por forma a incentivar a produtividade, a qualidade e a segurança) (Catania et al. 2021).

Assim, em suma, considera-se que são aspetos determinantes da prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade: o APE favorável; a adequada gestão de recursos humanos e materiais e a sua alocação inteligente às áreas de maior necessidade e especificidade, consoante as necessidades de cuidados constatadas; as oportunidades de formação e desenvolvimento profissional oferecidas aos enfermeiros; o estabelecimento de relações intra e interprofissionais de cooperação, na busca por uma prática colaborativa entre elementos da equipa multidisciplinar; e a gestão através de um estilo de liderança transformacional, que permita a participação dos profissionais na definição de políticas organizacionais e na implementação de processos de mudança e de melhoria contínua da qualidade.

Desta forma, considerando que a maioria dos estudos se propõe a avaliar a QCE na perspetiva do cliente ou dos gestores hospitalares, Liu et al. (2021), propõem-se inovar e avaliar igualmente a perceção do próprio prestador de cuidados. Segundo os autores, e considerando que são os enfermeiros os responsáveis pela prestação da maior quantidade de cuidados aos clientes em ambiente hospitalar, esta apreciação é essencial para a melhoria contínua dos cuidados. Navacchi et al. (2020) corroboram esta ideia, afirmando que auscultar os enfermeiros e compreender as suas experiências é essencial

para a implementação de métodos de melhoria da QCE, na medida em que o seu *input* é essencial no planeamento, desenvolvimento e integração de normativos referentes a este tema (Navacchi et al., 2020).

Em 2010, Burhans & Alligood procuraram compreender o significado de qualidade dos cuidados de enfermagem para os enfermeiros, através de entrevistas a enfermeiros da prática clínica, com recurso à pergunta de investigação: *“What is the lived meaning of quality nursing care for practising nurses in the USA?”*. Com a sua investigação, as autoras concluíram que existem seis dimensões transversais às respostas dos participantes, sendo elas: advocacia, cuidado, empatia, intencionalidade, respeito e responsabilidade (Burhans & Alligood, 2010). O significado da QCE, para os participantes, residia então na importância da interação com o cliente dos cuidados e na necessidade de assegurar estas condições. Porém, este mesmo significado, bem como a perspetiva dos enfermeiros da prática, não seria espelhada nos instrumentos utilizados para a sua avaliação. Assim, as autoras consideraram que seria essencial que os enfermeiros da prática partilhassem a sua visão da profissão, no sentido de informar, melhorar e avaliar a sua própria prática (Burhans & Alligood, 2010).

Para Liu et al. (2021), uma autoavaliação da qualidade dos cuidados prestados permite não só reconhecer como prestar cuidados adequados e seguros, mas permite também aos decisores identificar ameaças, prevenir erros e minimizar possíveis danos aos clientes. Como tal, os autores consideraram essencial o desenvolvimento de um instrumento de medida que permite avaliar a QCE, na perspetiva do próprio enfermeiro – a *Quality Nursing Care Scale from nurses’ perspective* (testada e validada psicometricamente para a população chinesa) (Liu et al., 2021).



## 2. O AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A palavra ambiente é utilizada atualmente num sentido lato, podendo referir-se a uma multiplicidade de assuntos. No que respeita à área da saúde, refere-se habitualmente ao contexto “equilibrado, harmonioso e homeostático” favorável ao desenvolvimento humano (Lopes, 2015, p. 67; Lake, 2007; Lucas & Nunes, 2020).

No quadro dos cuidados de enfermagem, o conceito de ambiente tem vindo a ser estudado desde o século XIX. O APE é um conceito intrincado de conceptualizar e avaliar, que teve origem nos fundamentos teóricos da sociologia das organizações e dos contextos de trabalho (Lake, 2002). Tem sido alvo de estudos desde há várias décadas, em especial para procurar entender e influenciar a satisfação profissional e o *turnover* (Lake, 2007; Lucas & Nunes, 2020).

Na sua obra *“Notes on Nursing - What it is, and what it is not”* (1859), Florence Nightingale ocupou-se de descrever a envolvente que considerava ser mais favorável à recuperação dos feridos da Guerra da Crimeia. Segundo a autora, era preocupação fulcral da intervenção da enfermeira que se assegurasse um ambiente que permitisse a recuperação dos doentes e evitar a proliferação de doenças infecciosas. Nas suas palavras, *“there are five essential points in securing the health of houses: 1. Pure air; 2. Pure water; 3. Efficient drainage; 4. Cleanliness; 5. Light”* (Nightingale, 1859, p. 14).

Estes seriam os primeiros passos da disciplina de enfermagem na definição e compreensão daquele que é um ambiente propício à sua prática e saudável para os seus clientes de cuidados. A sua evolução decorre, portanto, de múltiplas influências externas, entre elas conjeturas socioeconómicas e políticas.

Lake (2007) ressalva essa questão, quando se refere à grave escassez de enfermeiros que condicionou uma crise de segurança e qualidade dos cuidados prestados aos clientes no início do século XXI. Melhorar o ambiente da prática dos cuidados seria, portanto, essencial para ultrapassar estas dificuldades.

De acordo com a autora, o ambiente da prática pode ser conceptualizado no sentido de enfatizar a satisfação profissional dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes (Lake, 2007)

Em 2002, a *American Association of College of Nursing* definiu as características do contexto da prática que positivamente influencia a sua intervenção e que permite alcançar os mais altos níveis de prestação de cuidados, sendo eles:

- Manifestar uma filosofia de cuidados que enfatize a qualidade, segurança, colaboração interdisciplinar, continuidade de cuidados e responsabilização profissional;
- Reconhecer contributos do conhecimento e *expertise* dos enfermeiros, em prol da qualidade dos cuidados e dos *outcomes* dos clientes;
- Promover a liderança em enfermagem, a nível executivo;
- Empoderar a participação dos enfermeiros nas decisões clínicas e organizacionais do plano de prestação de cuidados;
- Manter programas de desenvolvimento profissional, com base em formação, certificação e preparação avançada;
- Revelar apoio perante o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Estabelecer relações de cooperação entre a equipa multidisciplinar;
- Utilizar os avanços tecnológicos na prestação de cuidados e nos sistemas de informação (AACN, 2002).

Estas considerações teóricas revelam-se essenciais para a definição do construto de APE.

O APE pode, assim, definir-se como o conjunto de características organizacionais de um contexto profissional, as quais facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros (Lake, 2002). O APE é, portanto, “o fator mais influente e com maior impacto sobre os resultados de enfermagem e nas perceções da qualidade dos cuidados e da segurança do cliente” (Lucas & Nunes, 2020, p. 5).

Vários são os fatores que se apresentam como barreiras ao desenvolvimento de um APE favorável. Sabe-se que o contexto dos cuidados de saúde é dinâmico, complexo e sujeito a alterações significativas num curto espaço de tempo, mais difíceis de ultrapassar em momentos de crise, especialmente económica. Algumas estratégias para colmatar estas dificuldades passam por, por exemplo, reduzir o número de enfermeiros nas organizações, não valorizar as suas competências acrescidas ou, ainda, reduzir as estruturas de apoio aos clientes (AACN, 2002)

Contudo, reformas como estas na área da saúde podem ter resultados nocivos, no que respeita à qualidade e à segurança dos clientes. Por exemplo, a redução das dotações de enfermeiros nos serviços pode levar a cuidados de menor qualidade, com consequências diretas para esses, como eventos adversos ou aumento da mortalidade

(Aiken et al., 2014). Nos seus estudos, Aiken et al. (2018) concluíram, por exemplo, que acrescentar apenas um doente ao rácio de um enfermeiro, se traduz num aumento de cerca de 7% de mortalidade, no seguimento de uma cirurgia. Tal reforça, portanto, a importância de não reduzir despesas interferindo no rácio enfermeiro-clientes, sem avaliar a relação custo-benefício atentamente (Aiken et al., 2018).

Um APE favorável é, portanto, essencial à promoção da excelência dos cuidados prestados pelos enfermeiros, porém depende de uma relação intrínseca entre diversas condicionantes. Compreendendo o ambiente em que a prática se desenvolve, é possível analisá-las e equacionar planos de melhoria.

Idealmente, o APE deverá priorizar a qualidade dos cuidados no âmbito da prática clínica dos profissionais, fazendo valer-se de uma relação eficiente com os elementos da equipa multidisciplinar (Lake, 2007). Deverá, também, promover a descentralização da tomada de decisão para o nível organizacional, através de uma liderança forte, eficaz e reconhecida pelos pares, que reconheça a sua autonomia e responsabilidade pelos cuidados (Lake, 2002).

Uma adequada gestão de recursos humanos, através de uma adequada dotação e *skill mix* dos profissionais, bem como a promoção de uma adequada adaptação dos horários e da carga de trabalho, promovem uma boa relação dos profissionais com os seus líderes, o que condiciona um APE seguro e satisfatório (Chen et al., 2019; Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020).

Aiken et al. (2018) concluíram que a relação entre recursos humanos adequados e eventos adversos dos clientes revela quão valioso é o investimento no capital humano das organizações. Segundo aos autores, *"every one additional patient added to nurses' workload is associated with pneumonia, heart failure, and acute myocardial infarction"* (p. 324), entre outras consequências, como úlceras por pressão, quedas, quadros infecciosos ou morte (Aiken et al., 2014, 2018).

Como tal, é possível concluir que um APE favorável aumenta a segurança dos clientes, na medida em que diminui a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Aiken et al., 2018; Chen et al., 2019).

No que respeita a *outcomes* para os próprios profissionais, um APE favorável conduz a uma diminuição da prevalência de *burnout* e intenção de *turnover*, promovendo a retenção dos mesmos nas organizações que integram. Implica, também, a perceção de

autonomia, apoio por parte dos líderes e oportunidades de desenvolvimento profissional (Chen et al., 2019; Lucas & Nunes, 2020).

Pelo contrário, um APE negativo incentiva uma prática clínica que promove o *stress*, uma baixa produtividade, omissão de cuidados e absentismo, o que previsivelmente se traduzirá na saída dos profissionais das organizações, determinando uma maior rotatividade ou, eventualmente, escassez de enfermeiros – Tabela 2 (Chen et al., 2019; Lucas & Nunes, 2020).

## Tabela 2

*Outcomes de APEs facilitadores e constrangedores na prática clínica (adaptado de Aiken et al., 2014, 2018; Chen et al., 2019; Lake, 2002, 2007; Lucas & Nunes, 2020)*

APE	FACILITADOR	CONSTRANGEDOR
<b>CLIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Satisfação com os cuidados</li> <li>↓ Ocorrência de eventos adversos</li> <li>↑ Personalização dos cuidados</li> <li>↑ Resultados em saúde positivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Comorbilidades e mortalidade</li> <li>↑ Tempo de internamento e readmissões hospitalares</li> <li>↓ Segurança e satisfação com os cuidados</li> <li>↓ Probabilidade de recomendação dos serviços de saúde a familiares e amigos</li> </ul>
<b>ENFERMEIROS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ QCE</li> <li>↑ Satisfação profissional</li> <li>↓ Redução de custos para a organização</li> <li>↑ Intenção de permanecer na organização</li> <li>↓ Cuidados omissos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↑ Carga de trabalho / Inadequação de dotações</li> <li>↑ Ocorrência de erros</li> <li>↑ <i>Stress</i> e <i>burnout</i></li> <li>↑ Intenção de <i>turnover</i></li> <li>↑ Absentismo</li> <li>↓ Produtividade</li> <li>↑ Insatisfação profissional</li> <li>↑ Custos financeiros para a organização</li> </ul>

Para tal, é essencial que os gestores, em particular os EG, procurem organizar esforços, no sentido de criar e sustentar APEs que facilitem a prática profissional de enfermagem, enaltecendo a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, sem descuidar a promoção da satisfação profissional dos enfermeiros (Lake, 2002). É-lhes, portanto, imperativo considerar as condições do APE, por forma a informar políticas de saúde e a assegurar a tomada de decisão baseada na promoção da excelência dos cuidados – nomeadamente, ambiente físico, ambiente psicológico, recursos de saúde pessoais e o envolvimento dos vários níveis de gestão da organização (Lucas & Nunes, 2020; WHO, 2010).

Igualmente determinante na conquista de um APE favorável é a relação dos enfermeiros com o seu líder. Este deve encontrar estratégias que permitam identificar as necessidades individuais e organizacionais dos enfermeiros, por forma a assegurar melhores resultados da sua prática. É, portanto, seu objetivo major *“create and sustain practice environments that will facilitate professional nursing practice, enhance the quality of patient care, and improve outcomes for both nurses and patients”* (Lake, 2002, p. 187; Chen et al., 2019).

O EG está, portanto, numa posição privilegiada para oferecer soluções de melhoria do APE, sendo-lhe essencial auscultar os seus colaboradores, no sentido estabelecer prioridades e implementar ações concretas e adaptadas ao contexto em que se encontra. Através da síntese da melhor evidência disponível e da sua experiência profissional, deverá ser capaz de guiar a sua equipa no sentido do trabalho conjunto em prol do objetivo comum – um APE saudável e facilitador da prática e preditor da excelência (WHO, 2010).

O EG deve, portanto, procurar reconhecer aprofundadamente a importância do bem-estar dos seus colaboradores, por forma a que estes se sintam valorizados, motivados e apoiados a melhorar continuamente a sua prestação. Deve, assim, incentivar proativamente a manutenção de um APE favorável, que vá ao encontro não só dos objetivos organizacionais, mas que fortaleça a equipa de enfermagem (Almeida et al., 2024).

Para tal, deve abordar assuntos delicados junto da equipa (como a carga de trabalho, as condições físicas), numa filosofia de respeito que facilite uma comunicação aberta e empática, por forma a estabelecer elos interpessoais robustos. O apoio emocional aos enfermeiros, bem como a valorização das suas competências, terá o objetivo último de criar oportunidades de melhoria da prática, que se traduzirão numa melhoria da QCE e a moral da equipa (Almeida et al., 2024; Anzai et al., 2014).

O seu objetivo deverá ser, portanto, a conquista de um APE facilitador dos cuidados de qualidade, com recursos humanos e materiais adequados, com estabelecimento de relações interprofissionais de colaboração, promovendo a participação dos seus pares nas políticas organizacionais, mediante uma filosofia de qualidade e continuidade dos cuidados (Neves et al., 2021).

Por outro lado, no que respeita ao cliente dos cuidados de enfermagem, é essencial que o EG monitorize as condições da prática (com recurso a auditorias não punitivas, mas de consciencialização do erro (Paiva et al., 2021)), para garantir a prestação de cuidados de qualidade, que permitam evitar: eventos adversos, erros (por exemplo, na administração de terapêutica farmacológica), diminuição da segurança, deterioração clínica, aumento da morbilidade, da mortalidade ou do tempo de internamento. O erro é considerado um evento multifatorial, não sendo, na grande maioria das vezes, considerado responsabilidade de um indivíduo, mas sim da conjugação de diversos fatores que precipitaram a sua ocorrência – APE constrangedor. Por esse motivo, é essencial construir um sistema que o dificulte e que, por sua vez, facilite a tomada de decisão correta, por forma a garantir a segurança e satisfação, tanto do profissional, como do cliente (IOM, 2000).

### 3. A GESTÃO EM ENFERMAGEM

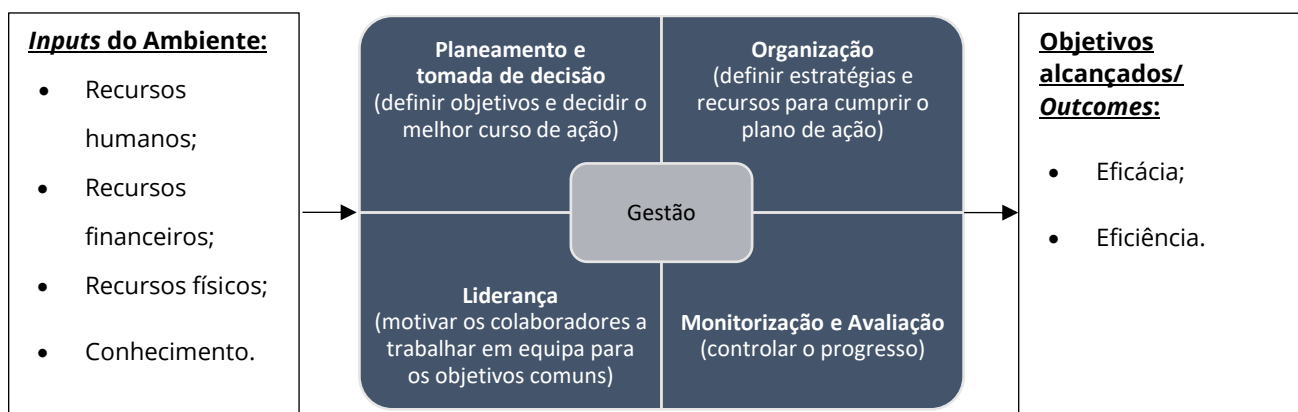
Pela sua especificidade e complexidade, a gestão das organizações de saúde requer atenção redobrada e cautelosa apreciação dos fatores sociais, políticos e económicos que a influencia, seja na manutenção das suas práticas clínicas ou na elaboração de reformas profundas.

A gestão, segundo Griffin (2013), pode ser então conceptualizada como o conjunto de atividades (incluindo o planeamento, a tomada de decisão, a organização, a liderança e a monitorização) direcionado aos recursos (humanos, financeiros, físicos, conhecimento) de uma organização, com o propósito de alcançar os objetivos organizacionais, de forma eficiente e eficaz. Como tal, o propósito da gestão é o de assegurar que os objetivos da organização são atingidos: utilizando os recursos sabiamente, considerando a sua relação custo-benefício (eficiência) e tomando decisões ajustadas, implementando-as com sucesso (eficácia) (Griffin, 2013).

No que respeita à área da saúde, o gestor será, então, aquele cuja responsabilidade é a de instituir um processo de gestão, considerando que o contexto da prestação de cuidados de saúde é amplamente afetado pelo contexto social, político e económico em que se desenrola. É dele esperado que tome decisões baseadas na melhor evidência disponível, identificando a estreita relação entre as necessidades em saúde, recursos disponíveis e os resultados expectáveis, conforme exemplificado na Figura 1 (Biron et al., 2007; Griffin, 2013).

**Figura 1**

*Processo de Gestão (Adaptado de Griffin (2013))*



Ora, considerando que, “paulatinamente, todos os processos que concretizam a missão dos sistemas de saúde passaram a ser considerados “geríveis” (...) (Potra, 2015, p. 17) e que se regista uma grande expansão da procura dos cuidados de saúde, é essencial compreender como os profissionais de saúde podem fazer face às adversidades e procurar a melhoria contínua dos mesmos.

Desde a sua criação, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegura, nos termos da Constituição Portuguesa, a proteção à saúde de todos os cidadãos, na medida em que o acesso lhes é garantido sem restrições, não obstante a sua condição social ou económica, “salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (Assembleia da República, 1979, p. 4).

Considera-se, portanto, que a sua proteção é direito de todos os indivíduos, por forma a permitir que estes gozem das melhores condições de saúde física, mental e social, no contexto de uma vida saudável (Assembleia da República, 2019b).

Sendo o direito à proteção da saúde um dever do Estado, é igualmente responsabilidade conjunta da sociedade e dos cidadãos, pois estes devem contribuir para a sua proteção em todas as políticas e setores de atividade, no sentido da prevenção, tratamento e reabilitação (Assembleia da República, 2019b).

Não obstante as condições definidas nestes diplomas, sabe-se que a multiplicidade de circunstâncias e competências envolvidas na prestação de cuidados de saúde apresentam desafios constantes à gestão das instituições de saúde.

Os fluxos de procura destes serviços não são, habitualmente, antecipáveis, e a transição demográfica e a evolução epidemiológica exigem o desenvolvimento de políticas de saúde atuais, eficientes e que respeitem as necessidades dos cidadãos e comunidades (Paiva et al., 2022). Por esse motivo, os ambientes das organizações de saúde são considerados “voláteis, incertos, complexos e ambíguos” (Paiva et al., 2022, p. 63). Os gestores em saúde veem-se, assim, a braços com uma crescente exigência no desempenhar dos seus papéis, pois são frequente e ativamente chamados a participar na definição de políticas em saúde e planeamentos estratégicos adequados.

No que concerne ao planeamento em saúde, este pode ser definido a vários níveis (dependendo da natureza dos objetivos a atingir, das decisões que acarreta e dos prazos em que se pretende operacionalizar), sendo que, independentemente dessa característica, o seu objetivo major é o de assegurar o melhor nível de saúde para as

populações - isto é, garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Espírito Santo, 2022).

O planeamento estratégico, a nível macro, ocupa-se da definição de objetivos e da redação de *guidelines* transversais à organização de saúde a que se destina, pelo que será o ponto de partida para planeamentos mais detalhados a outros níveis. O planeamento tático refere-se a um nível intermédio de gestão das organizações, a nível departamental, e ocupa-se da criação de condições para alcançar os objetivos definidos no planeamento estratégico. Por sua vez, o planeamento operacional define-se pela gestão de operações, com a delineação de objetivos e metas a curto prazo, ocupando-se, igualmente, de assegurar a execução de tarefas e operações projetadas (Espírito Santo, 2022).

O planeamento engloba, portanto, três passos essenciais: a elaboração de um plano, a sua execução e posterior avaliação dos resultados obtidos, “devendo ser entendido como um processo dinâmico e contínuo” (Espírito Santo, 2022, p. 41), que passa pelas seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, formulação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Espírito Santo, 2022).

Este planeamento deverá considerar que o cuidado de excelência é centrado na pessoa, considerando as suas necessidades individuais, ao longo de todo o ciclo de vida (e que inclui o cidadão enquanto participante ativo da gestão da sua saúde e da saúde da comunidade que integra) (Raposo & Ferreira, 2022). É, portanto, essencial não descurar o facto de que a situação de saúde de um indivíduo compreende mais do que os cuidados de saúde que lhe são prestados – depende, igualmente de uma ampla gama de determinantes de saúde, que a influenciam positiva ou negativamente (os quais podem ser de natureza social, económica, relacionados com o ambiente físico e com os comportamentos em saúde/estilos de vida) (Raposo & Ferreira, 2022).

Estes determinantes – por serem altamente influenciáveis pelas políticas de saúde e decisões estratégicas -, revelam desigualdades das populações, pelo que é essencial que se alcancem políticas estruturadas e bem informadas, que considerem “as implicações das decisões para a saúde e a procura de sinergias, evitando impactos prejudiciais à saúde, com o objetivo de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde” (Raposo & Ferreira, 2022, p. 82)

Nesse sentido, é impreterível aos decisores políticos estabelecer prioridades e delinear planos de ação, devidamente enquadrados nas condições e necessidades sociais, por forma a facilitar o desenvolvimento de intervenções apropriadas, que sejam devidamente monitorizadas e avaliadas – permitindo, assim, a determinação minuciosa de desenvolvimentos e de resultados em saúde (Raposo & Ferreira, 2022).

No contexto português, a responsabilidade da elaboração de documentos orientadores das políticas de saúde e da incorporação das *guidelines* internacionais é responsabilidade da Direção Geral da Saúde (DGS), que as agrega no documento intitulado Plano Nacional de Saúde (PNS). O PNS 2030 perspetiva o diagnóstico da situação de saúde a nível nacional, por forma a identificar necessidades concretas e desenvolver estratégias de intervenção (DGS, 2021), incorporando recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e União Europeia (UE).

Com a aplicação do PNS, a DGS procura executar orientações estratégicas e operacionais, por forma a alcançar *outcomes* positivos, tanto para os cidadãos, como para o próprio sistema de saúde. Para tal, conta com a colaboração de vários *stakeholders*, mas também da própria população, envolvendo os setores público, privado e social na sua implementação, na procura de evolução organizacional e na conquista de uma “cultura de compromisso e responsabilidade a todos os níveis da prestação de cuidados” (Espírito Santo, 2022, p. 39). Visa, assim, maximizar os ganhos em saúde, através de estratégias assentes na cidadania, qualidade e não discriminação.

Desta forma, é então possível conjugar esforços na tentativa de valorização dos agentes envolvidos nos cuidados de saúde prestados à população, reafirmando valores e princípios que sustentam o Sistema de Saúde.

Compreende-se, portanto, a utilidade do planeamento em saúde, na medida em que permitirá alcançar os objetivos propostos, recorrendo a uma eficiente gestão de recursos disponíveis, num determinado intervalo temporal, por forma a “antecipar o que pode acontecer no futuro e equacionar práticas que recaiam sobre a realidade que se pretende mudar, para se poder aproximar, tanto quanto possível dos objetivos delineados” (Espírito Santo, 2022, p. 42) - melhorando, em consequência, a qualidade dos contextos e dos ambientes em que se praticam cuidados de saúde.

No entanto, tão importante como o planeamento é a avaliação das intervenções, pois monitorizar continuamente os progressos permite identificar obstáculos, delinear e

implementar ações corretivas, para garantir a obtenção dos resultados esperados, de forma efetiva e eficiente (Espírito Santo, 2022).

A governança clínica, conceito emergente no âmbito das mudanças no *National Health Service* (NHS) em Inglaterra, nas últimas décadas do século XX, vem revolucionar a administração dos cuidados de saúde como se conhecia até então (Rodrigues, 2022).

O conceito foi inicialmente definido como: *"clinical governance can be defined as a framework through which NHS organisations are accountable for continuously improving quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish"* (Department of Health, 1998, p. 33).

Esta definição de governança clínica pretendia, assim, incorporar a ideia de que a gestão em saúde passaria a reger-se por um sistema participativo, com objetivo maior da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, de resultados positivos em saúde (Rodrigues, 2022). Três atributos centrais emergem desta conceptualização, sendo eles: a existência de padrões de cuidados reconhecidamente elevados; a responsabilidade e responsabilização das instituições pelos padrões instituídos; a prática segundo uma dinâmica de constante melhoria (Rodrigues, 2022).

A governança clínica define-se, assim, pelo foco no cliente dos cuidados, através de uma cultura organizacional de qualidade e responsabilidade social, com recurso a estratégias, políticas e estruturais, que facilitam e incentivam a melhor prática assistencial, valendo-se igualmente dos contributos e expectativas dos cidadãos para definição de políticas de qualidade e processos de avaliação (Rodrigues, 2022).

Desta forma, o conceito assenta em cinco vertentes essenciais, sendo elas: "desempenho clínico em efetividade e eficiência; sistemas de segurança e melhoria da qualidade dos cuidados; ambiente seguro para a prestação de cuidados; governança, liderança e cultura organizacional; parceria com os utilizadores" (Rodrigues, 2022, p. 9).

Esta estratégia de governação força as organizações e os profissionais que as integram a serem diligentes na procura por adequar as suas intervenções, com base nos padrões de qualidade (exigentes e devidamente atualizados), de forma a assegurar a conformidade do seu desempenho e da qualidade organizacional com os normativos que os regem.

Para tal, considera-se útil o recurso à auditoria clínica interna inter pares, sendo esta uma ferramenta essencial que permite um fácil e rápido acesso aos dados referentes

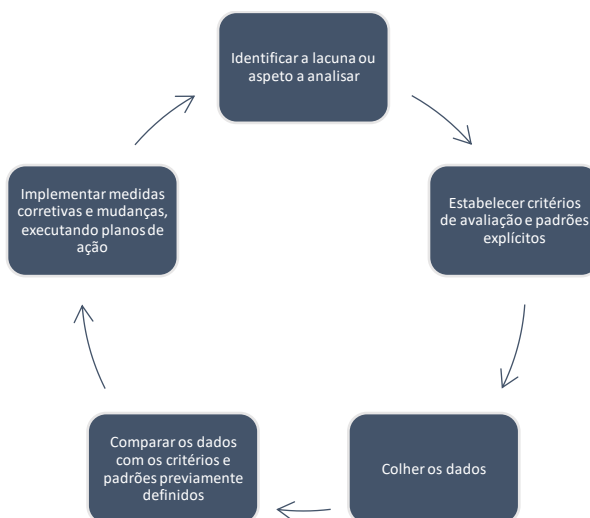
ao desempenho dos profissionais, por forma a “melhorar a qualidade dos cuidados clínicos, tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica, como resultado da medição desse desempenho face a padrões definidos” (Rodrigues, 2022, p. 9).

A auditoria clínica interpares define-se como uma análise aprofundada e criteriosa, sistemática e cíclica, na qual os pares averiguam se os cuidados de saúde prestados estão de acordo com a evidência e com as orientações organizacionais. É, portanto, um processo que procura a melhor intervenção junto do cliente, através da identificação de áreas passíveis de melhoria, desenvolvendo e executando plano de ação para corrigir ou melhorar a prática assistencial (Rodrigues, 2022).

Traduz-se numa sucessão de etapas em ciclo, na medida em que, após a implementação de ações corretivas, é esperado que se volte a auditar os processos, por forma a verificar se houve efetivamente melhoria das práticas, como evidente na Figura 2.

## Figura 2

*Ciclo de Auditoria Clínica (adaptado de Rodrigues (2022))*



Após um primeiro ciclo de auditoria, se os padrões estabelecidos não tiverem ainda sido alcançados, deverá iniciar-se um novo ciclo, que se define como “a espiral dos processos de melhoria contínua” (Rodrigues, 2022, p. 15), inspirada no ciclo PDCA (*Plan, Do, Study/Check, Act*). Este novo ciclo de auditoria, deverá mostrar se as mudanças

planeadas foram conseguidas com sucesso e, conseqüentemente, se foram registadas melhorias no sentido da qualidade das intervenções clínicas.

Desta forma, inserindo-se no ciclo de gestão de desempenho, é possível aos gestores explorar a relação de causalidade entre o desempenho individual e organizacional - “num clima de abertura e partilha de informação, autonomia e responsabilidade individual” (Sousa & Mano, 2022, p. 206) -, por forma a potenciar um desempenho coletivo superior e elevar o valor das organizações.

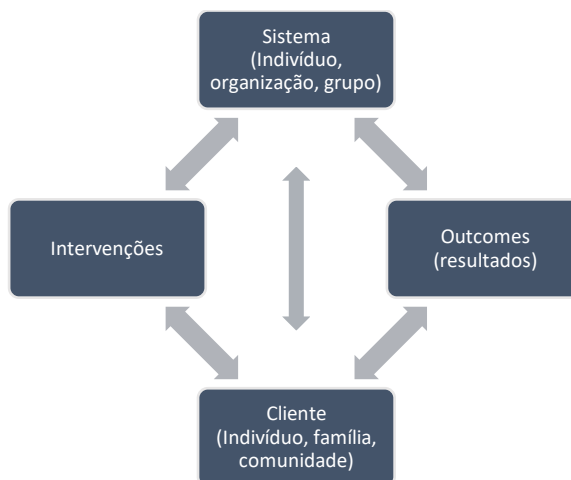
A qualidade em saúde e, conseqüentemente, a promoção da segurança do cliente requer, assim, um esforço conjunto, coordenado, multidisciplinar, conforme descrito no Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

Sob este prisma, importa refletir na importância dos profissionais de saúde no seio das organizações, em particular, dos enfermeiros. Encontrando-se os conceitos de QCE e segurança do cliente interligados, importa considerar a importância da intervenção destes colaboradores nas organizações, no sentido de desenvolver e integrar processos de melhoria da qualidade, os quais exigem, portanto, “uma visão partilhada, norteada pela implementação de sistemas de trabalho que respeitem o que é importante para os diferentes atores” (Frederico & Helena, 2022, p. 119).

Na conceptualização do *Quality Health Outcomes Model*, Mitchell et al. (1998) procuraram integrar a pesquisa de Donabedian num modelo dinâmico inovador. Partindo dos trabalhos de Donabedian (1966), que concetualiza a avaliação da QCE através de indicadores de estrutura, processo e resultado, os autores contrapõem, defendendo que não existe uma relação direta entre uma intervenção e um resultado. Segundo os próprios, existem intervenções recíprocas que afetam e são afetadas tanto pelo sistema como pelo cliente, na tentativa de obtenção do resultado desejado. Este modelo propõe, assim, relações bidirecionais entre os componentes, com intervenções influenciadas pelas características específicas do sistema e do cliente dos cuidados – Figura 3 (Mitchell et al., 1998).

### Figura 3

Quality Health Outcomes Model (adaptado de Mitchell et al. (1998))



Numa tentativa de operacionalizar o modelo, os autores convidam o leitor a imaginar o sistema como uma organização estruturada – um hospital. Nesse caso, as características do sistema poderão ser comparadas à sua dimensão, à administração do mesmo, ao *skill mix* do seu *staff*, bem como às características demográficas dos seus clientes (Mitchell et al., 1998).

No que respeita às intervenções, estas são atividades que, direta ou indiretamente, correspondem aos processos clínicos. Já as características dos clientes de cuidados são consideradas determinantes para os *outcomes* dos indivíduos a quem as intervenções se destinam (por exemplo, estado de saúde, risco de comorbilidades, entre outros) (Mitchell et al., 1998).

Nesse sentido, os *outcomes* dos cuidados são então aqueles que resultam de estruturas e processos de cuidados, que integram aspetos da experiência pessoal do cliente no âmbito da sua dinâmica de saúde-doença e que integram aspetos funcionais, sociais, fisiológicos, físicos e psicológicos (Mitchell et al., 1998).

Este modelo e as categorias de variáveis que apresenta permitem, assim, informar a investigação clínica, a prática clínica e a procura pela melhoria contínua da QCE, pois sendo o contexto da prestação de cuidados de enfermagem complexo e dinâmico, existe a necessidade de "*conceptualize the agents, the recipients, and the mode of intervention and the outcomes at an individual, group, or population level*" (Mitchell et al., 1998, p. 45). Através de uma apreciação específica dos componentes do modelo, é possível obter uma análise

mais apropriada da qualidade e do efeito que as intervenções dos enfermeiros terão nos resultados do cliente, família ou comunidade, no contexto singular de cuidados (Mitchell et al., 1998).

Por sua vez, Dubois et al. (2012) teorizam que os *outcomes* relacionados com os modelos de organização dos cuidados de enfermagem refletem a influência de três determinantes organizacionais que se correlacionam entre si: recursos humanos, âmbito da prática e APE. Segundo os autores, estas determinantes interagem por forma a influenciar os *outcomes* dos enfermeiros (saúde e segurança no trabalho) e dos clientes (segurança e qualidade dos cuidados).

De acordo com os autores, recursos humanos adequados em número e competências condicionam diretamente os resultados em saúde dos clientes. Por outro lado, o tipo de cuidados prestados e o âmbito da prática destes profissionais - que *"includes not only the provision of comprehensive care that meets patients' needs, but also the extent to which job design enables nursing staff to use the full extent of their professional knowledge and skill and to cover their whole practice domain"* (p. 3) -, também correspondem a um componente significativo do modelo de cuidados (Dubois et al., 2012).

No entanto, a prestação de cuidados de enfermagem só será de qualidade quando, a estas determinantes, se juntar um ambiente de prática que permita aos profissionais desempenhar as suas funções com excelência. Para tal, é necessário que os gestores garantam que os enfermeiros serão incluídos nos momentos de tomada de decisão e que lhes é atribuída a devida autonomia na prática. Desta forma, é-lhes assegurada a possibilidade de participação em projetos de inovação e de melhoria, e a monitorização da qualidade, segurança e custo das suas intervenções (Dubois et al., 2012)

Abre-se, assim, oportunidade à partilha de opiniões e experiências, através da investigação da perceção e da satisfação dos profissionais, com a partilha individual da sua visão e do seu conhecimento quando à QCE.

A auscultação da voz dos enfermeiros numa determinada organização justifica-se, assim, pela importância que este grupo profissional tem na mesma. Assegurando a democracia, o envolvimento e a capacitação dos enfermeiros, estes sentir-se-ão devidamente valorizados e impelidos a participar em projetos de melhoria contínua da qualidade dessa organização, pelo que é essencial que os gestores promovam um ambiente relacional forte e positivo, instituindo uma cultura organizacional centrada no

capital humano, considerando devidamente o seu valor e respeitando a expressão das suas ideias, sugestões e opiniões (Frederico & Helena, 2022). Desta forma, ao revelar consciência relativamente ao valor dos seus recursos humanos, a organização investe na sua reputação e na sua imagem (interna e externa).

Neste sentido, é imperativo desenvolver uma relação empática entre o enfermeiro e os gestores da organização que integra, “evitando-se o indesejado silêncio organizacional e as inerentes implicações associadas” (Frederico & Helena, 2022, p. 122). Para tal, deve recorrer-se a estratégias de proximidade com os profissionais, por forma a que estes sejam, frequentemente, convidados a expor as suas opiniões e a fornecer os seus contributos para a prática. Todavia, importa igualmente que estes vejam os seus contributos reconhecidos, através da implementação de programas específicos que vão ao encontro das suas necessidades ou das dos clientes de cuidados por si identificadas – no sentido na melhoria contínua da prática e também da projeção da profissão que representam (realçando a sua essência e importância).

Manter o enfermeiro envolvido nos processos de tomada de decisão e conhecer os seus interesses, permite assegurar que este se mantém motivado e satisfeito profissionalmente, o que eventualmente traduzirá um desempenho profissional superior e assegura a sua permanência na organização, num objetivo ótimo da retenção de talentos e redução da intenção de *turnover* (Frederico & Helena, 2022).

Nesse sentido, pode concluir-se que o EG, ao liderar uma equipa de enfermeiros numa organização, deve preocupar-se em encorajar os seus colaboradores a participar na implementação de projetos de mudança e incentivar a inovação e a sua proatividade (Frederico, 2022).

Não obstante o grau de complexidade e os desafios que se lhe apresentam, espera-se, portanto, de um líder que seja capaz de se liderar a si e aos outros, numa “sequência do eu ao outro, à equipa, à organização” (Frederico, 2022, p. 151), no estabelecimento de uma parceria que pretende alcançar objetivos comuns.

Descreve o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, de 2015, que compete ao mesmo, no exercício da sua atividade na área da gestão, a procura pela melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem, através da “investigação, docência, formação e assessoria”, intervindo a diversos níveis: “avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de

enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca das instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem (...)” (pp. 5948-5949).

O EG será, assim, aquele que, no âmbito da aplicação das suas competências acrescidas avançadas em gestão, reconhece a estrutura formal e informal da organização que integra, identificando áreas que necessitam de melhorias no âmbito do planeamento, intervenção, controlo ou avaliação, por forma a defender e promover a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a segurança dos clientes de cuidados e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (OE, 2018).

Como tal, os domínios de competência do enfermeiro gestor compreendem a gestão e a assessoria de gestão.

No que respeita à assessoria de gestão, é exigido ao enfermeiro gestor que se ocupe de deter um papel ativo na definição de políticas de saúde, competência que assenta “num corpo de conhecimento no domínio da liderança, *marketing*, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e assessoria” (OE, 2015, p. 5952).

Para desempenhar tal papel, é igualmente essencial que o EG domine as competências do domínio da gestão, sendo estas: “garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades das clientes em cuidados de saúde; garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; garante a prática profissional baseada na evidência” (p. 5949).

Como tal, o EG deve atuar enquanto motor do desenvolvimento profissional da sua equipa, enquanto se ocupa, igualmente, da manutenção de um APE favorável (OE, 2015b). Nesse sentido, para garantir a implementação da melhoria contínua da QCE, é-lhe exigido que fomente a coesão, a motivação, o empoderamento e o espírito de equipa, num APE positivo, por forma a promover “as condições para um trabalho cooperativo de complementaridade funcional no seio do serviço/unidade e equipa” (p. 5951). Desta forma, proporcionando uma reflexão sobre a prática clínica dos enfermeiros e

incentivando a gestão participativa, conjugam-se os fatores necessários para promover intervenções que informem melhores práticas.

Na procura por garantir essas práticas, o gestor deve, então, incentivar e promover o desenvolvimento de competências e a formação formal contínua da equipa, sendo essencial definir prioridades. Dessa forma, ser-lhe-á possível elaborar planos de formação adequados e personalizados, para colmatar falhas de conhecimento, fomentar a prática baseada na evidência ou implicar a equipa em projetos de investigação inovadores.

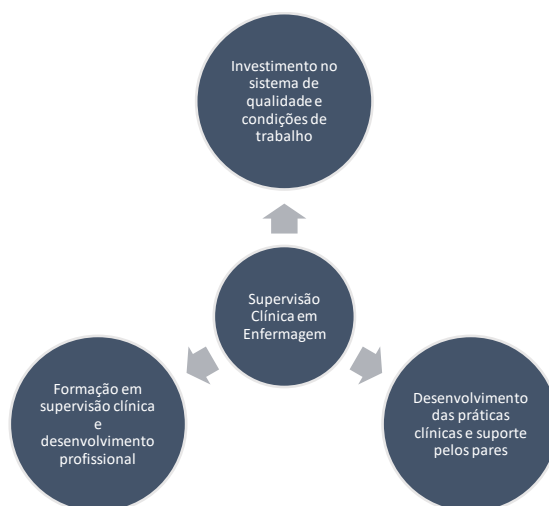
Em consequência, ser-lhe-á necessário avaliar o desempenho dos profissionais que lidera, implementando de estratégias de medição e avaliação de resultados, através de indicadores específicos - no sentido de promover “o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a *legis artis*” (...) e assegurar “o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa” (OE, 2015, pp. 5949-5950).

Assim, no sentido de assegurar, de forma sistemática, o desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas dos enfermeiros, o EG, enquanto supervisor clínico, ocupa-se de promover uma prática “de cariz reflexivo e na linha da aprendizagem desenvolvimentista, humanista e socioconstrutivista” (Macedo & Encarnação, 2022, p. 165). No sentido de promover cuidados seguros, de qualidade, assentes numa tomada de decisão autónoma, o gestor intervém por forma a garantir um processo dinâmico e sistemático, com o objetivo major de estruturar a formação e o desenvolvimento de “competências profissionais analítica e reflexivas” (p. 16657), que encorajem, igualmente, a autoavaliação do enfermeiro.

Tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços e *outcomes* positivos para os enfermeiros e os clientes, é imperativo que o gestor garanta um ambiente de respeito mútuo, valorizando as partilhas dos elementos da equipa através de uma comunicação aberta. Deve, portanto, antever momentos de discussão individual e em grupo, num processo recíproco de troca de impressões que os encoraje a procurar o seu próprio desenvolvimento (identificando, em conjunto com o gestor, oportunidades para planear, refletir sobre e melhorar os cuidados) – Figura 4 (Macedo & Encarnação, 2022).

#### Figura 4

*Relação entre Supervisão Clínica do Enfermeiro Gestor e o Desenvolvimento Profissional  
(adaptado de Macedo & Encarnação (2022))*



O valor decorrente do desenvolvimento profissional deve ser identificado e assegurado ao enfermeiro, pois “o conhecimento é entendido como uma competência individual e gerido no sentido de criar sinergias para um desempenho coletivo superior, representado um valiosíssimo ativo das organizações” (Sousa & Mano, 2022, p. 206). Como tal, é fulcral que o EG identifique a causalidade entre os desempenhos individuais e organizacionais, numa filosofia de partilha de oportunidades e resultados alcançados, no contexto da avaliação de desempenho dos enfermeiros.

Para tal, deverá recorrer a métodos de avaliação que se adequem aos objetivos organizacionais delineados, bem como aos resultados individuais expectáveis. Existem diversos instrumentos que auxiliam o EG no desenvolvimento desta competência, todavia, “num contexto de trabalho em que os profissionais são gente que cuida de gente, envolvidos no turbilhão de emoções que os processos de transição saúde-doença desencadeiam, torna-se imperativo que a avaliação de desempenho seja realizada de modo que tanto o avaliador como o avaliado tenham a perceção de justiça” (Sousa & Mano, 2022, p. 209).

Assim, das várias escalas desenvolvidas para avaliação de desempenho, uma que espelha a justiça do processo é aquela que permitirá uma apreciação do próprio enfermeiro, quanto à sua prática clínica diária, como é o caso da QNCS.

Esta escala, de autopreenchimento, permite ao enfermeiro avaliar o seu desempenho, produtividade e motivação, bem como aferir se se alinha com os objetivos da organização em que se encontra, permitindo identificar, igualmente, necessidades formativas, que se adequem ao perfil de competências que dele é esperado na unidade/serviço concreta/o.

O EG poderá, assim, planear momentos de auto e hétero avaliação, recorrendo a ferramentas como esta para melhorar a comunicação com a equipa, supervisionar os cuidados e negociar os objetivos específicos dos enfermeiros, “numa valorização do conceito de competências como alternativa à abordagem da gestão de recursos humanos por funções” (Sousa & Mano, 2022, p. 211; OE, 2015).

Por forma a estabelecer uma influência positiva perante a sua equipa, fomentadora de uma relação empática, de colaboração e parceria, importa que os enfermeiros reconheçam certas características no seu líder.

É expectável que o EG demonstre capacidades e traços de personalidade, que o capacite a trabalhar com outros, no sentido da consecução de uma equipa coesa, que se baseie em confiança mútua.

Como tal, o líder e os seus colaboradores procuram influenciar-se mutuamente, numa conduta norteada por princípios e valores partilhados por ambos, com o sentido de incentivar a melhor prática possível, em prol dos resultados desejados (Frederico, 2022).

O EG, enquanto líder de uma equipa de enfermeiros, deverá ver reconhecidas certas determinantes que valorizem o seu estilo de liderança. O perfil de um bom líder corresponde ao indivíduo que prima pela “honestidade, justiça, comunicação, fiabilidade, ambição, resiliência, capacidade de inspiração e deleção (...) [sendo-lhe exigida] responsabilidade, visão estratégica e competência, requerendo-se que exerça uma liderança transformacional e holística” (Frederico, 2022, p. 150).

Ao valer-se destas características, o EG estará, então, habilitado a liderar projetos de mudança no seio da organização de saúde, incentivando os enfermeiros a melhorar

permanentemente o seu desempenho profissional, com vista à excelência dos cuidados prestados aos seus clientes.

Para tal, deverá procurar adotar uma comunicação eficaz e assertiva, procurando conhecer as suas opiniões e pontos de vista, necessidades e dificuldades, por forma a influenciá-los positivamente na procura do seu autodesenvolvimento e promover um APE favorável. Demonstrando estas competências de liderança, estará desperto para incentivar a criatividade e motivação dos colaboradores, bem como gerir adequadamente recursos (humanos e materiais) disponíveis. Isto em prol da obtenção de elevados padrões de qualidade de cuidados, bem como altos níveis de satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e profissionais, garantindo as medidas estruturais que promovem uma cultura de gestão pela qualidade total (OE, 2018, p. 3481; Frederico, 2022; OE, 2015).

Em suma, o EG transfere o ónus da sua intervenção da prática clínica para a liderança da sua equipa, no sentido do cuidado individualizado dirigido aos seus colaboradores, sendo que “as suas intervenções são fundamentais para a qualidade dos ambientes de cuidados, para as práticas dos enfermeiros e a qualidade do processo de cuidados” (Potra, 2015, p. 197).



## 4. TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM SAÚDE

A investigação em saúde tem originado, nos últimos anos, um aumento exponencial no desenvolvimento de instrumentos de medida, nomeadamente questionários de autopreenchimento, com o intuito de avaliar atitudes, técnicas e intervenções (Morgado et al., 2017). Os investigadores recorrem a estes instrumentos para explorar construtos que não podem ser medidos diretamente (Epstein et al., 2015), pois “sem as mensurações apropriadas, mesmo o ensaio clínico mais bem desenhado não poderá fornecer informações válidas sobre a efetividade do tratamento ou os resultados obtidos a longo prazo (...)” (Coster & Mancini, 2015, p. 51).

Estes instrumentos consistem, na sua maioria, em itens ou questões que avaliam um ou mais atributos, mediante uma determinada escala (Epstein et al., 2015). Essas escalas permitem a atribuição de *scores* de dimensão numérica perante um fenómeno que não permite uma medição direta, isto é, consistem num conjunto de itens que revelam níveis de variabilidade teórica que de outra forma não seriam observáveis por meios diretos. Compreende-se, dessa forma, que o desenvolvimento de um instrumento de medida deve envolver processos teóricos e metodológicos de elevado rigor (Morgado et al., 2017).

Os enfermeiros que desejam implementar instrumentos de medida nos seus trabalhos de investigação, como em outras áreas, deparam-se com a necessidade de decidir entre duas linhas de ação: o desenvolvimento de um novo instrumento ou a adaptação de um anteriormente elaborado (Kalfoss, 2019).

A elaboração de um novo instrumento tende a ser mais dispendiosa e demorada, pelo que, considerando o aumento de projetos de investigação multinacionais e multiculturais, a necessidade de adaptar instrumentos de medida na área da saúde para utilização numa outra língua tem vindo também a crescer (Beaton et al., 2000). Esta abordagem apresenta ainda outras vantagens. Por um lado, ao utilizar um instrumento já desenvolvido, o investigador poderá ter acesso ao corpo de pesquisa que conduziu à sua elaboração, o que comprova a sua confiabilidade e pertinência. Por outro lado, o recurso a instrumentos traduzidos, noutras línguas, permite formar uma cadeia de partilha de resultados, que possibilita “estabelecer diálogos entre achados de pesquisa de diferentes países e a identificar quão similares ou diferentes são os resultados em

várias regiões do mundo” (Coster & Mancini, 2015, p. 55), numa atitude de partilha de conhecimento. Se um questionário - cuja validade foi já documentada -, está já disponível noutra língua, a sua adaptação será, portanto, mais rápida e expectável de produzir equivalência (Epstein et al., 2015).

Por esse motivo, optando pela metodologia de adaptação de um instrumento já existente, os investigadores são chamados a seguir um processo metodológico exaustivo, por forma a assegurar a equivalência do mesmo para a população alvo, consistindo na sua tradução e validação psicométrica (Coster & Mancini, 2015).

A grande maioria dos instrumentos desenvolvidos e validados para a investigação na área da saúde foram elaborados em países de língua inglesa (Beaton et al., 2000; Coster & Mancini, 2015; Oliveira et al., 2018). Não obstante, mesmo nesses países importa considerar grupos culturais minoritários, nomeadamente população imigrante, com prejuízo de introduzir um viés no estudo, caso não se considerem as suas particularidades (Beaton et al., 2000).

A globalização e a imigração contribuíram, nas últimas décadas, para uma evidência considerável de diversidade populacional, que se traduz em diferenças culturais, linguísticas e étnicas. Dessa forma, torna-se imperativo que os investigadores da área da saúde considerem esta questão nos seus trabalhos de adaptação cultural de um instrumento de avaliação, pois só assim lhes será possível garantir qualidade nos cuidados que são prestados a essa população. Como tal, é essencial garantir a existência de instrumentos fiáveis e válidos, cuja adaptação para outra língua considera não só a linguagem, mas igualmente as especificidades culturais desse contexto (Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Existem variadas recomendações e metodologias para a adaptação cultural de um instrumento na literatura (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Cruchinho et al., 2024), contudo, ao realizarem uma revisão integrativa sobre o tema em 2018, Machado et. al. concluíram que o método desenvolvido por Beaton e seus colaboradores é o mais utilizado, pois “demonstrou a sua aplicabilidade e facilidade de operacionalização, que o tornou referência de utilização nacional e internacional” (Machado et al., 2018, p. 6).

Este processo consiste, portanto, na realização de um estudo metodológico, o qual descreve a elaboração, comportamento, análise ou resultados de outros estudos no âmbito dos cuidados de saúde (Lawson et al., 2020; Mbuagbaw et al., 2020), isto é, “os

estudos metodológicos são aqueles que possuem a finalidade de: elaborar novos instrumentos ou ferramentas, estruturando a utilização da tecnologia (...), além de serem capazes de traduzir, validar e/ou adaptar instrumentos preexistentes” (Galvão et al., 2022, p. 54315) para outras culturas ou línguas. Assim, qualquer estudo que descreva ou analise a metodologia de literatura (publicada ou não publicada), é considerado um estudo metodológico (Mbuagbaw et al., 2020).

Os estudos metodológicos revelam-se, portanto, de uma enorme pertinência, uma vez que permitem identificar viés, lacunas e ineficiências na investigação, com o propósito máximo de contribuir para informar melhores práticas e otimizar abordagens, no sentido de assegurar que a investigação em saúde é fiável, válida, transparente e replicável (Lawson et al., 2020; Mbuagbaw et al., 2020).

No que respeita, então, ao *“Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures”*, Beaton et al. (2000) elencaram e descreveram pormenorizadamente várias etapas do processo que permite a adaptação de um questionário de autopreenchimento de uma disciplina da área da saúde – como a Enfermagem -, para outra cultura ou língua, descrevendo-o como um método único, que permite alcançar equivalência entre a versão original do instrumento e a versão da língua alvo da tradução. Segundo os autores, o instrumento não deverá ser apenas traduzido linguisticamente, devendo igualmente ser adaptado à cultura a que se destina, por forma a assegurar a sua validade a nível conceptual, maximizando a equivalência (Beaton et al., 2000)

A equivalência conceptual de um instrumento refere-se à maneira como diferentes populações conceptualizam a sua saúde e a sua qualidade de vida, e o valor que atribuem a diferentes domínios desses conceitos. Assim, um instrumento de medida alcançará a equivalência conceptual quando apresenta a mesma relação com o conceito base em ambas as culturas (Herdman et al., 1998).

A equivalência dos itens do instrumento é obtida quando estes estimam os mesmos parâmetros no conceito latente, e quando são igualmente relevantes e aceitáveis nos dois contextos culturais (Herdman, et al., 1998).

A sua equivalência semântica consiste na transferência de significado para a língua alvo, isto é, assegura que os itens traduzidos apresentam correspondência semântica aos itens do instrumento original (Cruchinho et al., 2023; Herdman et al., 1998).

A equivalência operacional refere-se à possibilidade de utilizar um formato de questionário, instruções, estratégia de aplicação e métodos de avaliação semelhantes na versão traduzida do instrumento, sem impacto nos resultados obtidos (Herdman et al., 1998). Isto é, assegura que os métodos de avaliação utilizados são apropriados na cultura alvo (Cruchinho et al., 2023).

A equivalência de medição assegura que, nas diferentes versões do instrumento, são alcançadas boas qualidades psicométricas, em especial no que concerne a fiabilidade, capacidade de resposta e validade de construto (Herdman, et al., 1998).

Por fim, a validade funcional consiste numa síntese de todas as anteriores, ou seja, verifica que ambas as versões do instrumento avaliam o que se propõe de forma igualmente correta (Epstein et al., 2015).

O processo de adaptação cultural de um instrumento permite, assim, alcançar a equivalência entre as duas versões, por forma a evitar erros, aumentar a taxa de resposta e a possibilidade de generalização dos resultados, *a posteriori* (Kalfoss, 2019; Beaton et al., 2000). Ressalva-se que a adaptação de um questionário não é uma tentativa de o melhorar, pelo que o instrumento selecionado deve ter a sua qualidade comprovada. Caso contrário, as propriedades da versão traduzida serão de reduzida qualidade ou não revelarão equivalência com o original (Epstein et al., 2015).

Para tal, Beaton et al. (2000) sugerem que se sigam etapas bem definidas, por forma a maximizar a adequabilidade e equivalência semântica, idiomática, experimental e conceptual entre as duas versões do instrumento.

O primeiro passo refere-se à tradução inicial do instrumento original, que deve ser realizada por dois tradutores bilingues (fluentes na língua original e naquela para a qual será traduzido) e independentes, com percursos profissionais distintos (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Um deles deverá ter conhecimentos de terminologia específica da área da saúde, ao contrário do segundo, que deverá fornecer uma tradução "*that reflects the language used by that population, often highlighting ambiguous meanings in the original questionnaire*" (Beaton et al., 2000, p. 3188).

De seguida, deverá proceder-se a uma comparação das duas traduções resultantes destes trabalhos. Para tal, um terceiro tradutor independente (também bilingue) ocupar-se-á de identificar ambiguidades e discrepâncias de palavras, frases e significados, as quais serão discutidas e ultrapassadas, por forma a obter um consenso

entre o próprio, os primeiros tradutores e o investigador. Desse consenso surgirá a versão preliminar da tradução do instrumento para a língua definida (Beaton et al., 2000).

Em terceiro lugar, procede-se a uma retroversão desta tradução preliminar para a língua original, por outros dois tradutores bilingues independentes – cuja língua materna deverá ser a da versão original do instrumento –, que segue um processo semelhante à tradução inicial, por forma a verificar se a versão traduzida reflete o conteúdo dos itens da versão original. Nenhum deles deverá ter conhecimentos na área da saúde ou estar familiarizado com o questionário. A retroversão permite, portanto, identificar erros conceptuais ou inconsistências, para evitar viés e interpretações incorretas (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

Posteriormente, um comité de peritos é convidado a avaliar os itens e o formato de resposta da versão traduzida do questionário. Este painel deverá ser constituído por: pelo menos um metodologista, um profissional de saúde familiarizado com a área de interesse do instrumento e todos os profissionais envolvidos nas etapas de tradução. Nesta fase, os peritos ocupam-se de consolidar todas as versões do instrumento, por forma a desenvolver a versão pré-final do mesmo. Para tal, farão uma revisão e procurarão um consenso, no sentido de resolver discrepâncias – *“full written documentation should be made of the issues and the rationale for coming to a decision about them”* (Beaton, et al., 2000, p. 3188). Deverão assegurar equivalência a nível semântico, idiomático, experiencial e conceptual entre as duas versões (original e tradução), considerando que a versão final do instrumento traduzido deverá ser compreendida por uma criança de 12 anos ou equivalente (Beaton et al., 2000). Se não se ultrapassarem as discrepâncias identificadas, será necessário repetir os primeiros quatro passos do processo, quantas vezes necessárias (Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

Nesta fase, é essencial compreender que o sucesso do processo é amplamente influenciado pela escolha dos peritos. Os peritos serão chamados a avaliar individualmente os itens, bem como todo o instrumento na sua globalidade, pelo que será benéfico que os indivíduos escolhidos demonstrem conhecimentos e qualificações específicas sobre a temática, bem como experiência profissional na área. Assim, um dos critérios a considerar aquando da seleção do comité de peritos será a *expertise* relacionada com o conceito base do instrumento (Grant & Davis, 1997). O número de

especialistas envolvidos neste comité de validação de conteúdo decorre, igualmente, da experiência desejada e do alcance de representação do painel (Grant & Davis, 1997).

Esta etapa do processo permite ao investigador principal, baseando-se nos *inputs* e sugestões dos peritos selecionados, identificar possíveis alterações a efetuar ao instrumento, nomeadamente adição ou eliminação de itens, consoante a sua representação do conteúdo central do mesmo (Grant & Davis, 1997). Segundo Beaton et al. (2000), a composição do comité é efetivamente essencial para a obtenção da equivalência cultural do instrumento, na medida em que permitirá consolidar as versões existentes e desenvolver aquela que será a versão pré-final do instrumento.

Ao comité de peritos segue-se a etapa do pré-teste, que recorre a um grupo de participantes – selecionados da população alvo -, para averiguar a clareza das instruções, dos itens e do formato de resposta. Cada indivíduo completa o questionário e é, posteriormente, entrevistado para fornecer o seu parecer.

O propósito do pré-teste prende-se com a necessidade de identificar possíveis mal-entendidos, ambiguidades ou outras dificuldades que os participantes experienciem aquando do preenchimento do questionário. Assim, o objetivo primário do pré-teste é o de verificar que a população-alvo do instrumento compreende as questões, bem como as suas opções de resposta, como definido pelo autor original, sendo assim capaz de fornecer uma resposta adequada (Perneger et al., 2015).

A amostra a considerar para o pré-teste difere em número para diversos autores. Segundo Perneger et al. (2015), uma amostra pequena (entre 5-15 participantes) poderá não ser suficiente para revelar determinados problemas no instrumento, dado que *"if the sample size is too small, the probability can be large that no participant will report any given problem"* (p. 148). Ora, como não é possível assegurar que, no caso de uma amostra pequena não serem identificados problemas não significa que efetivamente estes não existam, os autores sugerem, assim, uma amostra de 30 participantes. Sousa & Rojjanasrirat (2011), recomendam uma amostra entre 10-40 indivíduos. Por sua vez, Beaton et al. (2000) consideram que, idealmente, o número de participantes no pré-teste deverá estar compreendido entre 30 e 40.

Mediante a disparidade de valores defendidos pelos diversos autores, Perneger et al. (2015) afirmam que uma estratégia para atingir uma capacidade de 90% de deteção de problemas, num em cada dez indivíduos, seriam necessários 22 participantes no pré-

teste. Neste sentido, o investigador pode, igualmente, procurar aumentar a detetabilidade de problemas relacionados com o instrumento, recorrendo a diferentes métodos de abordagem, aquando da entrevista, bem como selecionar participantes autoconscientes e introspetivos (os quais demonstrem uma maior capacidade de refletir acerca dos seus padrões de processamento cognitivo) (Kalfoss, 2019; Perneger et al., 2015). Segundo Epstein et al. (2015), estes processos de *cognitive debriefing* são úteis ao investigador, no sentido de proporcionar a apreciação de "*misunderstandings, incomplete concept coverage, and inconsistent interpretations*" (p. 438), o que fornece informações relevantes acerca da clareza e relevância do questionário.

Os participantes que revelarem alguma dúvida ou dificuldade na compreensão ou no preenchimento do questionário, são chamados a fornecer sugestões de reformulação do(s) item(ns) (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2010). A identificação de problemas como questões pouco claras, palavras desconhecidas, ausência de uma opção de resposta adequada – entre outras –, têm como consequência a modificação dos respetivos itens em que tais se identificam. Idealmente, após a deteção destas dificuldades, será realizado um novo pré-teste, considerando-se terminado o processo quando não surge qualquer novo problema (Perneger et al., 2015).

Vilelas (2022) defende que, no caso de a população (conjunto de todos os indivíduos nos quais se pretende investigar uma condição) de um estudo compreender um número muito elevado de indivíduos, será quase impossível utilizá-la na totalidade. Nesse caso, sugere a extração de uma amostra dessa população-alvo, que represente a conduta da população no seu conjunto. A amostra é, assim, uma parte do todo (população). Para ser considerada útil, a amostra terá então de cumprir certas condições exigidas, nomeadamente, que ao estudar uma porção reduzida de unidades, "se obtenham conclusões semelhantes às que chegaríamos se estudássemos o total da população" (Vilelas, 2022, p. 179). A amostra tem de ser representativa da população, por forma a permitir a generalização das conclusões do estudo. No que respeita concretamente a estudos de adaptação cultural de um instrumento, importa, portanto, assegurar esta condição, bem como assegurar que o mesmo apresenta boas propriedades psicométricas para a população-alvo.

Conforme defendido por Beaton et al. (2000), o processo de tradução não providencia um diagnóstico definitivo da cultura de saúde de uma população, sendo

necessário proceder à avaliação psicométrica deste instrumento no contexto em que se pretende introduzi-lo. Por isso, “deve-se proceder à avaliação de suas propriedades psicométricas, a fim de verificar se as características do instrumento original foram mantidas” (Oliveira et al., 2018, pp. 7-8), e para conseguir prever-se a precisão da sua medida, após a adaptação cultural (Vilelas, 2022).

As propriedades psicométricas de um instrumento adaptado podem ser avaliadas através da análise da fiabilidade e da validade, sendo que importa considerar que um instrumento fiável poderá não ser considerado válido. Assim, “para que os construtos medidos por um instrumento sejam verdadeiros, é preciso que o instrumento seja válido e fiável” (Vilelas, 2022, p. 386).

A fiabilidade de um fator ou construto assegura consistência nas avaliações de um determinado atributo, conceito ou situação, ou seja, “refere-se à propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida” (Marôco, 2021, p.180). Dessa forma, os resultados obtidos por um participante em cada item devem ser consistentes durante todo o questionário, o que é passível de ser avaliado através do teste de Alfa de *Cronbach* (Marôco, 2021). Este teste procura avaliar como o conjunto de itens do instrumento avalia a variável latente. Segundo Vilelas (2022), “esta estatística tem uma relação teórica com a análise fatorial: selecionando afirmações que otimizam o alfa de *Cronbach*, frequentemente, resulta num teste que é homogêneo (...)” (p. 388). Assim, este teste determina o limiar mínimo de consistência interna de um grupo de itens (variáveis).

Para avaliar a fiabilidade e calcular o Alfa de *Cronbach*, é necessário que todas as variáveis do instrumento se encontrem categorizadas da mesma forma, habitualmente correspondendo à aplicação da Escala de *Likert* (Vilelas, 2022). A avaliação da fiabilidade mediante o teste de alfa de *Cronbach* interpreta-se, mediante as leituras expressas na tabela abaixo, num intervalo compreendido entre 0 e 1 (Tabela 3):

### **Tabela 3**

*Valor de alfa de Cronbach (adaptado de Vilelas (2022))*

<b>Valor de alfa de <i>Cronbach</i></b>	<b>Fiabilidade / Consistência Interna</b>
≥ 0,9	Consistência muito boa
≥ 0,80 e < 0,9	Consistência boa
≥ 0,7 e < 0,8	Consistência razoável
≥ 0,6 e < 0,7	Consistência fraca
< 0,6	Consistência inadmissível

No caso de estar a trabalhar um instrumento seccionado em dimensões, o investigador deve ter as mesmas em consideração, aquando da realização deste teste estatístico. Assim, deve seleccionar os itens referentes a cada dimensão e realizar o teste de alfa de *Cronbach*, obtendo um valor para cada uma das dimensões identificadas (Vilelas, 2022).

O instrumento é, então, considerado fiável quando, numa determinada amostra definida, se mede, de forma consistente e reprodutível, o fator de interesse no estudo (Marôco, 2021).

Por sua vez, a validade de um instrumento é definida pela capacidade que este tem de medir exatamente aquilo a que se propõe, isto é, o grau em que avalia realmente a variável sujeita a medida. Esta indica se o instrumento reflete adequadamente ou é capaz de medir o construto em análise (Gray & Grove, 2021), isto é, consiste na “propriedade do instrumento que avalia se este mede ou operacionaliza o construto, fator ou variável latente que, realmente, se pretende avaliar” (Marôco, 2021, p.181).

A validade pode ser dividida em três sub-grupos - conteúdo, critério, construto (convergente e divergente) -, as quais se exploram pormenorizadamente de seguida (Arafat et al., 2016; Vilelas, 2022).

A validade de conteúdo define-se como uma análise subjetiva, que pretende verificar se os itens do instrumento avaliam os conteúdos centrais do mesmo, isto é, garante que os itens refletem o domínio de interesse e a definição conceptual do construto. A validade de conteúdo assegura, então, que esses itens “abrangem e representam adequadamente o que está a ser medido” (Arafat et al., 2016; Vilelas, 2022, p.386-387), ou seja, assegura a extensão em que o assunto de interesse/construto é abordado pelos itens e dimensões do instrumento.

A validade de conteúdo pode dividir-se em: validade de construto convergente e validade de construto divergente. A primeira avalia se os resultados obtidos com um instrumento variam consoante outras aferições do mesmo fenómeno em estudo ou de fenómenos semelhantes. A segunda, por sua vez, avalia se o instrumento discrimina grupos díspares, no que concerne ao construto em avaliação, através da identificação de itens que não se relacionam positivamente com a escala (Arafat et al., 2016; Vilelas, 2022).

Avaliar a validade de conteúdo de um instrumento ou escala é um passo indispensável numa fase inicial da elaboração do mesmo, pois “*concerns the degree to*

*which a scale has an appropriate sample of items to represent the construct of interest – that is, whether the domain of content for the construct is adequately represented by the items*" (Polit et al., 2007, p. 459). Como tal, importa fazer uma avaliação criteriosa deste aspeto. No âmbito da investigação em enfermagem, o método de quantificação da validade de conteúdo mais utilizado é o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Para calcular o IVC, os peritos são convidados a avaliar a relevância de cada item do instrumento, tipicamente numa escala de 4 pontos: 1 – não relevante; 2 – algo relevante; 3 – bastante relevante; 4 – altamente relevante. De seguida, para cada item, IVC de valores 3 e 4 é dividido pelo número de peritos avaliadores, obtendo-se, assim, a proporção de concordância acerca da relevância dos mesmos (Polit et al., 2007). Lynn (1986), citado por Polit et al. (2007), advogou que o IVC de cada item (IVC-I) deverá ser relacionado com o número de peritos, para o qual definiu que, em caso de contar com cinco ou menos peritos, um IVC-I deverá ser de 1,00, ou seja, todos devem concordar na relevância do mesmo. Quando se conta com mais do que cinco peritos, *"there can be a modest amount of disagreement (e.g., when there are six experts, the I-CVI must be at least .83, reflecting one disagreement)"* (Polit et al., 2007, p. 460). Assim, na generalidade, os autores de instrumentos de medida assumem 0,80 o limite inferior de critério de aceitabilidade de IVC de todo o instrumento (Polit et al., 2007).

A validade de critério permite, por sua vez, avaliar a capacidade que o instrumento revela de prever um comportamento perante uma determinada situação. Relaciona-se, então, com a avaliação do instrumento perante uma verdade absoluta ou um *gold standard* considerado verdadeiro, isto é, para avaliar esta validade "comparam-se o resultado do instrumento que se quer validar com outro considerado válido e fiável" (Vilelas, 2022, p. 388). Para tal, estuda-se a correlação entre ambos os resultados obtidos, que deverá obter um valor superior a 0,70 (num intervalo de 0,00 e 1,00), para assegurar a validade de critério do instrumento em causa (Arafat et al., 2016; J. Marôco, 2021; Vilelas, 2022).

A validade de construto é habitualmente definida pela extensão para a qual uma nova medida se relaciona com variáveis específicas, em concordância com uma teoria já desenvolvida ou com um construto hipotético (Arafat et al., 2016). Esta é geralmente determinada por processos estatísticos denominados análise de fatores/análise fatorial,

que obrigam à utilização de programas informáticos estatísticos específicos, como é o caso do *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* (Vilelas, 2022).

Através da análise fatorial consegue-se, então, identificar “um conjunto reduzido de variáveis latentes (fatores ou construtos) que expliquem a estrutura correlacional observada entre um conjunto de variáveis manifestas (itens) que, supostamente, são manifestações desses fatores” (Marôco, 2021, p.178). É, portanto, uma técnica que permite identificar um conjunto de fatores ou construtos que expliquem a estrutura correlacional entre um conjunto de itens que, teoricamente, consistem em manifestações desses fatores (Marôco, 2021). Segundo Marôco (2021), “apesar de a formulação matemática ser algo complexa, o princípio básico da Análise Fatorial é relativamente simples: a covariância/correlação entre um conjunto de variáveis manifestas é devida à existência de um, ou mais fator(es) latente(s) comum(ns) a essas variáveis manifestas” (p. 177), sendo que se considera que o fator latente é o impulsionador dos comportamentos das variáveis manifestas observadas. De acordo com o mesmo autor, esta análise pode classificar-se em dois tipos, consoante existência ou não de hipótese sobre a estrutura correlacional dos itens *a priori*: análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC).

A AFE (considerada um tipo de análise estatística tradicional) é, portanto, uma técnica de análise exploratória de dados que procura desvendar e examinar a estrutura de um conjunto de variáveis relacionadas entre si, por forma a elaborar uma escala de medida para fatores intrínsecos que controlam as variáveis originais. A AFE é usada quando não há conhecimento prévio sobre a estrutura fatorial que justifica as correlações entre as variáveis manifestas. Nesta análise, qualquer variável manifesta pode refletir um qualquer fator, sendo que estes podem ou não estar correlacionados (Marôco, 2021; Vilelas, 2022).

A AFC, por sua vez, é utilizada para certificar a estrutura fatorial obtida através da AFE, “quando há informação prévia sobre a estrutura fatorial que é preciso confirmar” (Marôco, 2021, p. 178). É, então, utilizada para validar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis manifestas específicas, consoante os resultados obtidos noutra estudo (Marôco, 2021).

Avalia-se através da AFE – quando não existe explicação para as correlações das variáveis manifestas –, e da AFC – utilizada para confirmar se determinados fatores influenciam o comportamento de variáveis manifestas específicas (Marôco, 2021).

A estabilidade temporal de um instrumento de medida, por sua vez, verifica a estabilidade do mesmo quando é aplicado duas ou mais vezes, num determinado período. A técnica estatística utilizada para esta análise denomina-se teste-reteste, pela qual o instrumento é aplicado duas vezes à mesma amostra. Se o instrumento for fiável, os participantes deverão manter a pontuação em ambas as avaliações. Para a realização deste teste é necessário, no entanto, considerar que, ao estabelecer um intervalo de tempo muito longo ou ao trabalhar variáveis muito suscetíveis à mudança, pode haver erros de avaliação do coeficiente de consistência (Vilelas, 2022).

#### **Tabela 4**

*Propriedades psicométricas (Adaptado de Vilelas (2022) e Polit et al. (2007))*

<b>Propriedade Psicométrica</b>	<b>Definição</b>	<b>Teste Estatístico Correspondente</b>
<b>Validade de Conteúdo</b>	Analisa se os itens avaliam os conteúdos de interesse do instrumento e a definição conceptual do construto; analisa se os itens representam fielmente o que está a ser avaliado; avalia a representatividade e sensibilidade dos itens do construto de interesse;	Índice de Validade de Conteúdo
<b>- Validade de Construto convergente</b>	Analisa se os resultados variam consoante outras avaliações do mesmo fenómeno/fenómenos semelhantes; Demonstra-se quando os itens apresentam correlações positivas e elevadas entre si;	Análise fatorial exploratória
<b>- Validade de Construto divergente</b>	Analisa se existem itens que não se correlacionam muito com itens externos ou com a pontuação total de outra escala; Avalia se o construto em estudo não se correlaciona com construtos que operacionalizam diferentes variáveis latentes da operacionalizada pelo constructo em estudo;	Análise fatorial exploratória
<b>- Validade de Critério</b>	Avalia a previsibilidade de um comportamento perante uma determinada situação; avalia se o	Correlação (entre resultados de ambos

construto é capaz de prever ou discriminar grupos ou critérios; os instrumentos avaliados):

<b>Consistência Interna</b>	Avalia como um conjunto de itens avalia a variável latente; capacidade de o instrumento apresentar itens que se interrelacionam;	Teste alfa de Cronbach
<b>- Fiabilidade</b>	Consistência interna do instrumento;	Teste alfa de Cronbach
<b>Estabilidade temporal</b>	Avalia a estabilidade do instrumento em medições espaçadas no tempo; apenas considerável se não tiver sido efetuada nenhuma intervenção específica;	Teste-reteste



## **PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO**



## 1. PROBLEMÁTICA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

A presente dissertação científica tem como objetivo geral traduzir e validar psicometricamente a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) para a população portuguesa.

O objetivo major da prestação de cuidados de enfermagem é atingir a excelência. Como tal, para satisfazer as necessidades e corresponder às expectativas dos seus clientes, importa que os enfermeiros mantenham ou melhorem a sua performance, mediante a avaliação das suas intervenções (S. et al., 2021a). Sabendo que a população atual apresenta mais comorbilidades e os cuidados a ser prestados se revelam mais complexos, importa compreender se os enfermeiros têm a competência e o julgamento crítico para promover a segurança dos clientes e potenciar a qualidade dos cuidados que lhes prestam (Sloane et al., 2018).

Entende-se por QCE o nível de excelência dos cuidados prestados aos clientes, a nível espiritual, mental, social, físico e ambiental (Tsogbadrackh et al., 2020). Refere-se, portanto, ao *“degree to which the patients’ needs are met, they are treated pleasantly and cared for, and that patients are satisfied with the care that they received”* (Galan et al., 2019; Tsogbadrackh et al., 2020). Também Donabedian, na década de 60, definiu a QCE como *“a reflection of values and goals current in the medical care system in the larger society of which it is a part”* (Donabedian, 2005, p. 692).

Atualmente, as entidades nacionais e internacionais ocupam-se de identificar riscos e definir estratégias norteadoras para práticas de excelência, que visam a segurança e a satisfação dos profissionais e clientes.

De acordo com a OMS, entre 5,7 e 8,4 milhões de pessoas morrem em todo o mundo, por razões associadas a cuidados de saúde de fraca qualidade, o que tem um impacto notório na sua segurança e qualidade de vida (WHO, 2023). Uma fraca qualidade dos cuidados de enfermagem parece estar, assim, associada a *outcomes* desfavoráveis para o cliente (insatisfação, internamentos hospitalares mais prolongados e eventos adversos, por exemplo) e, também, para o profissional (na medida em que precipita desmotivação, falta de empenhamento organizacional, maior propensão à ocorrência de erro, entre outros) (Nazari et al., 2022).

A ONU elaborou, em 2016, a resolução intitulada “Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável”, onde identificou 17 objetivos de

desenvolvimento sustentável (ODS), um dos quais intitulado “Saúde de Qualidade” (ODS 3). Neste diploma, são nomeados vários objetivos para “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (MNE, n.d.; UN, 2020).

A nível nacional, o PNS 2021-2030 identifica também os desafios ao planeamento em saúde e as metodologias de intervenção, procurando: medir os problemas de saúde e dos determinantes de saúde; identificar necessidades e expectativas de saúde e recursos da comunidade; hierarquizar os problemas e as necessidades identificadas; elaborar prognósticos a longo prazo; fixar objetivos de saúde; selecionar estratégias de intervenção; apoiar o planeamento tático e operacional, elaborando recomendações nacionais (DGS, 2021). Este plano resulta de algumas recomendações específicas de organismos internacionais – incluídas no relatório económico da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) –, para Portugal, entre as quais se lê “o reforço das políticas na área da saúde, do mercado de trabalho e da resposta aos desafios ambientais” (DGS, 2021, p. 186) através, especialmente, da melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

No diploma da Lei de Bases da Saúde, a Base 4 – Política de Saúde define como um dos fundamentos da mesma o da saúde como um investimento, o que evidencia a relevância económica da área da saúde. Como tal, cabe ao órgão governativo responsável pela pasta da Saúde garantir cuidados de saúde que primem pela qualidade, “visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (Assembleia da República, 2019b).

Também o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde Português (2022) reitera que as unidades de saúde do SNS devem garantir “condições e ambientes de trabalho seguros e promotores de satisfação e desenvolvimento profissional e de conciliação da vida profissional, pessoal e familiar” (Presidência do Conselho de Ministros, 2022, p. 12). Devem fazê-lo, promovendo estruturas organizacionais e modelos de gestão e liderança que fomentem o trabalho em equipa, com vista à melhoria da saúde da população, e valorizando os profissionais integrados no SNS – através da meritocracia e do desenvolvimento de competências necessárias e inovadoras, referentes à organização dos cuidados (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

Analisando as preocupações governamentais nacionais e internacionais, compreende-se que a QCE tem um grande impacto nas organizações de saúde, pelo que importa determinar os fatores que mais a influenciam, positiva e negativamente. A carga de trabalho, a dotação dos profissionais nos serviços, a adequada gestão de recursos humanos e materiais (e suas características específicas), bem como o estilo de liderança predominante podem favorecer ou dificultar as intervenções diárias destes profissionais nas organizações (R. Albsoul et al., 2019).

Ora, uma vez que o enfermeiro está envolvido em quase todos os aspetos do processo de saúde (Tsogbadrackh et al., 2020), compreende-se como é fundamental a sua intervenção na promoção da QCE, através das suas intervenções diárias (Navacchi & Lockwood, 2020). Sendo o objetivo major da prestação de cuidados de enfermagem atingir a excelência, para satisfazer as necessidades e corresponder às expectativas dos seus clientes, importa que os enfermeiros mantenham ou melhorem a sua *performance*, mediante a avaliação das suas intervenções (S. et al., 2021). Por sua vez, sabe-se que a satisfação dos clientes com os cuidados prestados é um preditor da QCE, pois *"the patients' satisfaction with nursing care quality evaluates the met and unmet needs of patients, enables to identify the gap in nursing interventions and helps to uplift the care quality within the organization"* (Kannan et al., 2020, p. 471).

A QCE deve, então, ser o objetivo major da intervenção dos enfermeiros, na medida em que permitirá melhorar os *outcomes* (para os clientes e para os próprios profissionais) e permitirá minimizar erros e eventos adversos. Tal apenas é possível ao desenvolverem a sua prática em ambientes profissionais saudáveis, que apoiem as suas intervenções (Warshawsky et al., 2022).

Uma fraca QCE pode estar associada a resultados desfavoráveis para o cliente (como insatisfação, internamento prolongado e eventos adversos) e também para o enfermeiro (insatisfação, *stress/burnout*, ocorrência de erros, entre outros) (Nazari et al., 2022).

Assim, compreende-se que a QCE tem um grande impacto nas organizações de saúde e que importa compreender quais os fatores determinantes da mesma. A carga de trabalho do enfermeiro, a dotação de profissionais nos serviços, a adequada gestão de recursos humanos e materiais (e suas características específicas) e o estilo de liderança

podem influenciar as dificuldades que estes profissionais experienciam no dia-a-dia, nas organizações (R. Albsoul et al., 2019).

Neves et al. (2021), no seu estudo, procuraram determinar o impacto de uma dotação desadequada de enfermeiros em contexto hospitalar, e concluíram que um aumento de 10% no número de profissionais permite reduzir em 7% a taxa de mortalidade dos clientes. No geral, um acréscimo de apenas um cliente ao rácio do enfermeiro, é preditor de uma quebra na probabilidade de o cliente se sentir satisfeito com os cuidados e de os considerar de qualidade (Winter et al., 2021). Por outro lado, o *burnout* e a excessiva carga de trabalho são amplamente associados a um aumento de cuidados omissos (Paiva et al., 2021), e do número de eventos adversos, especialmente erros relacionados com terapêutica medicamentosa (Shirozhan et al., 2022; Soósová, 2022).

Genericamente, o conceito de QCE é avaliado na perspetiva do cliente de cuidados e não dos seus prestadores, logo, não é bem conhecida a perceção dos enfermeiros relativamente à qualidade e segurança das suas intervenções (Nakano et al., 2021). Considerando que a reflexão sobre a prática contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é possível argumentar que a perceção dos enfermeiros acerca dos cuidados que prestam é de enorme relevância. Não só permite analisar a sua prática corrente, como compreender qual seria o *gold standard* da intervenção. Possibilita, igualmente, ao EG identificar perigos na prática dos seus pares, prevenir erros e minimizar possíveis efeitos adversos – para os clientes e para os profissionais (Liu et al., 2021).

Logo, não existindo uma escala que permita a avaliação da QCE na perspetiva dos enfermeiros, validada e adaptada para o contexto cultural português, esta revela-se uma oportunidade para colmatar essa lacuna. Extrapolando para aquelas que são as competências do EG e enfermeiro diretor, este trabalho poderá contribuir para a elaboração de diretrizes relacionadas com os padrões de qualidade de enfermagem e definição de indicadores de avaliação dos mesmos – com o objetivo de informar melhores práticas e gerir o risco clínico e não clínico de forma mais eficiente (OE, 2015b; Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

## 2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS – *QUALITY NURSING CARE SCALE*

O instrumento de recolha de dados a utilizar trata-se da *Quality Nursing Care Scale* (QNCS), uma escala que pretende avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros (em contexto hospitalar Chinês) (Liu et al., 2021).

Os itens do instrumento foram gerados a partir dos resultados de uma revisão de literatura combinada com aqueles gerados a partir de entrevistas com especialistas em enfermagem, por forma a garantir que o instrumento resultante refletisse fielmente o ambiente de cuidados de enfermagem na conjuntura atual dos cuidados naquele país (Liu et al., 2021).

Os especialistas entrevistados cumpriam os seguintes critérios de inclusão no estudo: enfermeiros com experiência profissional superior a 20 anos, posição profissional superior a professor associado e familiaridade com o conceito de QCE. Na entrevista, responderam a duas questões: *"How do you explain QNC from nurses' perspective?"* e *"How do you consider the components of QNC?"* (Liu et al., 2021). A recolha de dados ocorreu através de resposta escrita, com papel e lápis, e decorreu até ser atingida a saturação dos dados. Os dados foram, posteriormente, analisados através de análise do conteúdo, da qual emergiram oito temas, semelhantes aos identificados na literatura.

Ao integrarem os contributos da revisão da literatura e das entrevistas com os peritos, os autores identificaram os 48 itens iniciais da QNCS – 27 itens identificados a partir da literatura e 21 identificados a partir das entrevistas –, distribuídos em sete dimensões (*"staff characteristics"*, *"physical environment"*, *"precondition"*, *"human-oriented activities"*, *"task-oriented activities"*, *"patient outcomes"* e *"timeless activities"*) (Liu et al., 2021). Os itens foram integrados num instrumento com escala de resposta tipo *Likert*, com o intuito de avaliar a perspetiva dos enfermeiros acerca da QCE segundo 5 pontos: pontuação 5 correspondente a *"strongly agree"* e pontuação 1 correspondente a *"strongly disagree"*. Segundo esta pontuação, uma resposta com pontuação mais elevada indica uma maior qualidade dos cuidados percecionado pelos enfermeiros, enquanto uma pontuação mais baixa indica pior qualidade dos cuidados (Liu et al., 2021).

Numa segunda fase, os autores avaliaram as propriedades psicométricas da versão inicial do instrumento que desenvolveram. A validade de conteúdo da escala foi avaliada por cinco peritos, elegidos mediante os seguintes critérios: detentores de título

de mestre ou desempenhar funções enquanto professor universitário; posição profissional de professor associado ou superior; lecionar unidades curriculares de gestão ou exercer funções enquanto gestor. A relevância de cada item foi avaliada através de uma escala tipo *Likert*, de quatro pontos, variando entre “*very relevant*” e “*not relevant*” (Liu et al., 2021). Assim, e segundo os autores, “*a higher response score indicated higher QNC, and a lower response score indicated lower QNC*” (p. 1743).

A avaliação psicométrica preliminar do instrumento, através da consistência interna e validade de conteúdo, bem como AFE, AFC e fiabilidade do mesmo, permitiram concluir que este apresentava resultados aceitáveis de validade e fiabilidade para 48 itens, divididos em seis dimensões distintas. Numa segunda fase, apoiados pelos dados de uma segunda AFE com outro grupo de participantes, os autores produziram a versão final da QNCS, a qual também demonstrava adequada consistência interna (sendo que as seis dimensões obtiveram, igualmente, bons resultados referentes à validade de construto).

Para proceder à AFE, os autores aplicaram o questionário a uma amostra de 302 indivíduos, tendo-se obtido um valor de  $\alpha$  de Cronbach de 0.98 para o instrumento completo (Liu et al., 2021).

Após a realização dos testes de validação psicométrica da QNCS, os autores concluíram que a versão final da escala consistiria em seis dimensões, com 48 itens, os quais foram sendo reenquadrados nas mesmas. As dimensões finais são, portanto: *physical environment*, *staff characteristics*, *precondition*, *task-oriented activities*, *human-oriented activities* e *patient outcomes* (Liu et al., 2021).

A dimensão “*physical environment*” refere-se à provisão, por parte dos enfermeiros, de um ambiente de prática seguro, confortável, limpo e tranquilo para os clientes de cuidados.

A dimensão “*staff characteristics*” refere-se à possibilidade de os enfermeiros desempenharem o seu papel, mantendo uma postura cautelosa, amigável, empática e paciente, que assegure o trabalho em equipa, para uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Segundo os autores, alguns itens desta dimensão decorrem da identificação (por parte dos peritos auscultados) da necessidade de os enfermeiros demonstrarem um fâcies sorridente e total disponibilidade para atender às necessidades

dos seus clientes, por forma a melhorar o seu humor e, conseqüentemente, promover a sua rápida recuperação.

A dimensão "*precondition*" determina que a QCE pode ser alcançada mais facilmente se os profissionais procurarem desenvolver as suas competências práticas e aprofundar os seus conhecimentos científicos, valendo-se da sua experiência profissional e da valorização da sua participação nos cuidados. Os autores concluíram, também, que a participação dos enfermeiros na gestão da qualidade dos serviços que integram é essencial para que estes compreendam a importância das suas intervenções na QCE.

A dimensão "*task-oriented activities*" menciona o papel dos enfermeiros de fornecer informações, através de uma comunicação adequada, assegurando cuidados seguros e práticas de educação para a saúde eficazes aos seus clientes, em momentos adequados. Assim, os autores procuraram incluir itens que permitissem avaliar as atividades de comunicação, tendo em consideração as suas expectativas.

A dimensão "*human-oriented activities*" avalia a empatia, o respeito e o apoio psicológico que os profissionais demonstram, aquando das suas intervenções de enfermagem ao cliente, numa perspetiva de cuidado holístico de excelência.

Por último, a dimensão "*patient outcomes*" refere-se aos resultados dos cuidados de enfermagem que respondem às necessidades identificadas, à satisfação e aos requisitos de segurança dos clientes, pois sendo a segurança um forte indicador da QCE, importa que o enfermeiro procure evitar-lhes qualquer dano.

Neste estudo, o instrumento a utilizar resultará, portanto, da versão adaptada da QNCS para língua portuguesa, traduzida por profissionais (QNCS-PT).



### 3. QUESTÕES ÉTICAS

A enfermagem é baseada no respeito pelos princípios éticos como o respeito pela autonomia da pessoa, beneficência, não maleficência e justiça. Estes princípios não só orientam a prática clínica, como têm um papel preponderante na investigação (Gray & Grove, 2021). Como tal, o presente estudo e o tratamento de dados dele resultante deverão cumprir todos os pressupostos ético-legais em vigor. A fim de proceder à tradução e adaptação cultural da QNCS, solicitou-se autorização formal via *email*, aos autores do instrumento e à Editora que publicou o artigo.

Este estudo obteve, também, parecer favorável à sua implementação por parte da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho de Administração da ULS em que se desenvolveu.

De acordo com os pressupostos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (AMM), o protocolo de investigação foi remetido à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da ULS X, para aprovação e autorização da condução do estudo nesse contexto (AMM, 2013; UNESCO, 2006).

A informação relativa aos potenciais participantes do estudo foi solicitada aos Enfermeiros Coordenadores das várias áreas de internamento médico-cirúrgico e urgência da ULS X.

Todos os potenciais participantes foram esclarecidos do propósito do estudo e foi assegurado que a sua participação carecia do seu consentimento livre e esclarecido. Este consentimento, elaborado de forma clara, continha a informação necessária para que o participante pudesse tomar uma decisão informada, e constava no início do formulário do questionário que lhes foi endereçado (UNESCO, 2006). Foi, também, fornecida informação sobre a investigadora principal, nomeadamente nome completo e contacto (endereço de correio eletrónico), no sentido de facilitar o esclarecimento de qualquer questão que pudesse surgir aquando do preenchimento do questionário.

Inerente à aplicação do questionário aos profissionais dispostos a participar no estudo, via *Google Forms*, está a garantia da proteção de dados e salvaguarda dos princípios éticos de livre participação e do seu consentimento informado, sendo assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes e da instituição, de acordo com a Lei no 58/2019, de 8 de agosto, e o Regulamento Geral sobre a Proteção de

Dados (RGPD) 2016/679, de 27 de abril de 2016, da UE, até ao término do estudo. Todos os indivíduos aceitaram participar no estudo, fornecendo o seu consentimento (Assembleia da República, 2019a).

As respostas serão utilizadas exclusivamente para as finalidades acima mencionadas. Nenhuma resposta será fornecida a terceiros, sendo o tratamento dos dados da responsabilidade da investigadora principal. Os dados serão armazenados em dois discos externos encriptados, durante um ano. O tratamento de dados será efetuado através de um computador de acesso controlado com palavra-passe e impressão digital, de acesso exclusivo à investigadora principal.

É objetivo da investigadora principal manter os dados recolhidos durante o período de 10 anos - a contar da data da finalização da colheita de dados -, findo o qual serão eliminados, por forma a permitir a sua reutilização tanto em estudos secundários, como em estudos comparativos, por investigadores nacionais e internacionais que nisso demonstrem interesse.

Por forma a promover a partilha e a produção de conhecimento científico nesta área temática, a divulgação dos dados será realizada através do *Mendeley Data* (repositório temático), processo que cumprirá integralmente a proteção dos dados pessoais, a confidencialidade, a segurança e as atividades de transferência de conhecimentos.

Para esse efeito, será assegurada uma anonimização irreversível, disponibilizando todos os dados recolhidos dos itens 1 a 48 da parte do questionário e apenas os seguintes dados pessoais, referentes à parte B: 1) habilitações académicas; 2) categoria profissional; 3) área em que exerce funções.

Os resultados deste estudo poderão permitir a elaboração de artigos científicos e a apresentação em futuros eventos científicos. Garantir-se-ão, também, nesse caso, todos os pressupostos ético-legais anteriormente mencionados.

O plano de Gestão de Dados deste projeto de investigação já encontra-se publicado.

## 4. METODOLOGIA

A produção de conhecimento científico é um processo dinâmico, intencional, consciente e sistemático, que resulta da investigação que procura transcender os factos e os fenómenos, ocupando-se da busca pela sua origem e dos fatores que o afetam. Por esse motivo, a ciência – tal como a enfermagem –, é definida como uma atividade social e não isolada num único indivíduo. Dessa forma, é possível evitar “o risco de imaginar o científico como um ente abstrato, como um ser que não vive num mundo quotidiano, com o qual perderíamos de vista as inevitáveis limitações históricas que tem todo o conhecimento científico” (Vilelas, 2022, p. 32).

O conhecimento científico deverá ser, portanto, objetivo, racional, sistemático, geral, fiável, fundamentado, transmissível por meio da linguagem científica e metódico (Vilelas, 2022).

Nesta busca incessante pelo saber surge, assim, o processo de investigação do método científico, o qual designa o conjunto de atividades levadas a cabo pelo sujeito – o investigador –, no sentido de chegar a um novo conhecimento. Neste processo, assiste-se, então, “ao envolvimento do sujeito e do objeto, por um lado, e à verificação das teorias que se elaboram ao confrontá-las com os dados da realidade, por outro” (Vilelas, 2022, p. 41).

Para alcançar o conhecimento científico é, pois, necessário, seguir determinados procedimentos que permitam ao investigador atingir a meta definida. O método ou processo científico exige que este siga um conjunto de práticas consideradas válidas pela comunidade científica, por forma a validar a eventual exposição e confirmação de uma determinada teoria. As etapas a percorrer são as seguintes: observação – realizada a propósito de um determinado evento ou característica; indução – extração de um princípio particular de determinada observação; hipótese – confirmação da dúvida ou pergunta do investigador; experimentação – por forma a verificar ou não a hipótese levantada pelo sujeito (Vilelas, 2022).

Desta forma, o investigador parte de uma ideia ou suposição sobre factos ou fenómenos e procura a sua explicação, sem nunca esquecer que, por muito convicto que esteja, não poderá afirmar como verdade uma proposição que não foi verificada na prática.

## 4.1 Desenho do Estudo

Considerando que a evolução das ferramentas tecnológicas a nível da saúde possibilita uma melhoria da qualidade da prestação dos profissionais, compreende-se que a “elaboração de instrumentos que permitam avaliar, diagnosticar, informar e orientar ações em saúde” permite, muitas vezes, alertar ou prevenir eventos adversos para os clientes (Galvão et al., 2022, p. 54315).

Assim, para proceder a um trabalho de tradução e validação psicométrica de um instrumento de medida, para a sua adaptação a um contexto diferente, é necessário proceder à elaboração de um estudo metodológico (Galvão et al., 2022; Gray & Grove, 2021), no qual é necessário avaliar a validade de conteúdo, a estrutura conceptual, a validade de construto e a fiabilidade do instrumento (Gray & Grove, 2021). Trata-se de um processo moroso e longo, mas essencial para assegurar a adequabilidade da sua implementação nos contextos da prática. Consequentemente, o estudo proposto seguiu uma abordagem quantitativa, sem intervenção por parte da investigadora, descritivo e transversal, pois a recolha de dados ocorreu num único momento (Gray & Grove, 2021).

O presente estudo envolve, portanto, um desenho metodológico, pois pretende traduzir, validar e um instrumento ao contexto cultural português, testando a sua validade e fiabilidade para a população (Galvão et al., 2022; Gray & Grove, 2021).

Por forma a orientar a realização deste estudo, definiu-se como questão de investigação: “Será que a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021), apresenta características psicométricas adequadas para a população portuguesa?”.

Estabeleceu-se, então, como objetivo geral do estudo validar cultural e linguisticamente a QNCS (Liu et al., 2021), produzindo a versão portuguesa da mesma.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- 1) Traduzir a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) para a língua portuguesa;
- 2) Adaptar a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) ao contexto cultural português;
- 3) Analisar a adequação das características psicométricas da *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021).

Quanto ao processo de tradução e validação psicométrica de instrumentos, foi possível concluir que, embora existam várias ferramentas orientadoras, os investigadores

têm liberdade para adicionar ou substituir técnicas ou etapas, consoante o que considerarem a melhor abordagem metodológica. Cruchinho et al. (2024) sistematizaram uma *guideline* prática, que defende que a tomada de decisão do investigador prevalece sobre a rigidez da *guideline*. No caso da QNCS-PT, para alcançar os objetivos acima descritos, optou-se por seguir esta *guideline* prática.

## **4.2 Processo de Tradução e Adaptação da *Quality Nursing Care Scale* para a Língua Portuguesa**

Segundo Sousa & Rojjanasrirat (2010) e Beaton et al. (2000), a adaptação transcultural de um questionário de autopreenchimento referente a temáticas da saúde, a ser usado num país, cultura ou língua diferentes do original, deve cumprir uma série de requisitos. Desta forma, procura-se assegurar a manutenção da validade do conteúdo desse instrumento a nível conceptual. Para tal, sugerem que se cumpra uma sucessão de etapas, passíveis de adaptação por decisão do investigador (Cruchinho et al., 2024), por forma a maximizar a adequabilidade e equivalência semântica, idiomática, experimental e conceptual entre as duas versões do instrumento.

### **4.2.1 Etapa de tradução**

A etapa de tradução da QNCS para a língua portuguesa contou com duas traduções da língua inglesa para a língua portuguesa. A tradução incluiu os 48 itens do instrumento, bem como as seis dimensões do mesmo.

As instruções sobre o questionário não foram incluídas neste processo, uma vez que essa informação está omissa no artigo original dos autores Liu et al. (2021). Também não foi incluída a escala de resposta.

As duas traduções foram elaboradas por dois tradutores bilingues, cuja língua materna é o português, mas que têm formação linguista certificada de inglês. Conforme definido por Beaton et al. (2000, p. 3188), um deles tem conhecimentos de terminologia específica da área da saúde, ao contrário do segundo, que deverá fornecer uma tradução *naive*, "*that reflects the language used by that population, often highlighting ambiguous meanings in the original questionnaire*" (p. 3188).

Uma das traduções foi elaborada por uma enfermeira, mestre em Fisiopatologia Cardiovascular (Tradutor 1 - T1), que demonstra familiaridade com os constructos do instrumento de avaliação. A outra tradução (Tradutor 2 - T2) envolveu uma tradutora licenciada em Gestão, sem conhecimento clínicos sobre a área dos cuidados de saúde e, portanto, sem familiaridade com a temática da QNCS.

Cada tradutor elaborou um relatório escrito da sua tradução, onde identificou as suas dúvidas relativas aos itens originais ou ambiguidades nos itens do instrumento.

#### **4.2.2 Etapa de síntese das traduções**

Nesta etapa, um terceiro tradutor imparcial (Tradutor 12 -T12) procedeu a uma comparação das duas traduções resultantes destes trabalhos (T1 e T2). Para tal, o terceiro tradutor independente (também bilingue) ocupou-se de identificar ambiguidades e discrepâncias de palavras, frases e significados, as quais foram, posteriormente, discutidas e ultrapassadas, por forma a obter um consenso entre o próprio, os primeiros tradutores e os investigadores. Para tal, foi fornecida ao T-12 uma tabela que reunia a versão original da QNCS, bem como as versões de T1 e T2.

Desse consenso surgiu uma versão preliminar da tradução do instrumento para a língua portuguesa. Esta versão, T-12, (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

#### **4.2.3 Etapa de retroversão**

Num terceiro momento, procedeu-se a uma retroversão desta tradução preliminar para a língua original, por outros dois tradutores bilingues independentes – cuja língua materna é a da versão original do instrumento (inglês) –, que segue um processo semelhante à tradução inicial, por forma a verificar se a versão traduzida reflete fielmente o conteúdo dos itens da versão original.

Para esta etapa, recorreu-se a dois tradutores (RT1 e RT2). Nenhum deles tem conhecimentos na área da saúde ou estava familiarizado com o questionário. O tradutor RT1 é professor catedrático no Departamento de Línguas, Culturas e Literaturas Modernas de uma Universidade da região de Lisboa. O tradutor RT2 é professor catedrático no Departamento de Línguas, Lieteraturas e Culturas de uma Universidade de Coimbra. Embora Sousa & Rojjanasrirat (2010) sugiram que os indivíduos que colaborem nesta etapa do processo devam ter características semelhantes às dos tradutores iniciais (T1 e T2), tal não foi possível neste estudo.

Estes tradutores (RT1 e RT2) realizaram as suas traduções sem recurso ao instrumento original, pois o objetivo major desta etapa é exatamente identificar erros conceituais ou inconsistências, para evitar viés e interpretações incorretas (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Cada tradutor produziu a sua versão da retroversão do instrumento, com anotações que revelavam dúvidas ou que justificavam as suas decisões.

#### **4.2.4 Etapa de harmonização (Comité de Peritos)**

Na etapa seguinte, um comité de peritos foi convidado a avaliar os itens da versão traduzida do questionário. Este painel foi constituído por: a investigadora principal, um metodologista (o professor orientador do projeto de investigação), dois profissionais de saúde familiarizados com a área de interesse do instrumento (um deles monolíngue) e todos os profissionais envolvidos nas etapas de tradução (excetuando o tradutor T12 e RT2 que, por motivos alheitos a este projeto de investigação, não puderam comparecer nesta reunião). A inclusão de um elemento monolíngue permite melhorar a qualidade do instrumento traduzido (Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

Para enriquecer a discussão e evitar vieses, foi solicitada a participação de um enfermeiro da ULS em que decorre o estudo, bem como de um enfermeiro (de outra instituição de saúde) monolíngue, cuja língua materna é o português. A participação de um indivíduo monolíngue é relevante, na medida em que *"their speech has not been influenced by the mastery of a second language"* (Erkut, 2010, p. 6).

Para além destes elementos, foram incluídos na discussão *inputs* fornecidos pelos autores originais da QNCS (Liu et al., 2021), os quais foram chamados a esclarecer algumas dúvidas persistentes ao longo de todo o processo de tradução do instrumento para a sua versão em língua portuguesa, nomeadamente no que concerne os itens: *"I can clearly explain to the patients about their questions related to medical expense"* e *"I can immediately dispose patients' reflection environment problems"*. Este contributo está previsto na metodologia deste tipo de projetos, pois *"it is also recommended that the developer of the original instrument and clarify any questions that might arise"* (Sousa & Rojjanasrirat, 2010, p. 270).

Previamente à realização da reunião, um dos peritos reviu todas as traduções, por forma a identificar eventuais discrepâncias ou ambiguidades, formulando uma proposta de tradução para cada item.

Nesta fase, os peritos ocuparam-se de consolidar todas as versões do instrumento, por forma a desenvolver a versão final do mesmo. A investigadora principal apresentou, para cada item, todas as versões das traduções realizadas (T1, T2, T12, RT1 e RT2), bem como a proposta de redação final do item, solicitando *feedback* dos intervenientes e registando todos os contributos fornecidos.

Procurou-se, assim, solucionar qualquer ambiguidade ou discrepância relacionada com significado cultural, coloquialismos e palavras, expressões ou frases idiomáticas dos itens, alterando-os ou substituindo-os sempre que necessário e mediante acordo de todos.

Tendo-se, no final desta reunião, obtido consenso sobre a versão final da QNCS-PT entre todos os participantes, não houve necessidade de repetir as etapas do processo de tradução, conforme estipulado por Sousa & Rojjanasrirat (2010).

Produziu-se, pois, que a versão pré-final do instrumento traduzido, que foi, posteriormente, submetida ao pré-teste de clareza. Neste sentido, a equivalência conceptual e semântica, bem como a equivalência de conteúdo foram asseguradas.

#### **4.2.5 Etapa de pré-teste**

A retroversão, embora rigorosa, pode não ser suficiente para assegurar que todas as discrepâncias semânticas e conceptuais foram resolvidas (Cruchinho et al., 2024). Dessa forma, a realização de pré-teste da versão final do instrumento traduzido tem o objetivo de avaliar a clareza das instruções, do formato de resposta e dos itens traduzidos, por forma a identificar problemas que possam afetar a fiabilidade e validade do instrumento, previamente à sua disseminação junto da população-alvo (Cruchinho et al., 2024).

Para tal, a sua realização depende do recrutamento de participantes eleitos da população-alvo do estudo. Cada participante é, então, convidado a classificar esses elementos mediante a dicotomia “claro” / “não claro”. Caso algum elemento seja considerado “não claro”, cada participante é convidado a sugerir uma reformulação mais clara do mesmo. Este passo é essencial para certificar a equivalência conceptual, semântica e a validade de conteúdo do referido instrumento, bem como para melhorar a estruturação frásica utilizada no instrumento que será apresentado à população-alvo (Sousa & Rojjanasrirat, 2010; Cruchinho et al., 2024).

Idealmente, é realizado igualmente o pré-teste de relevância, no qual os indivíduos classificam cada item mediante uma escala de quatro pontos – 1) não relevante; 2) impossível avaliar a relevância; 3) relevante, mas a necessitar de alterações *minor*; 4) muito relevante e sucinto. Este teste permite avaliar em pormenor a validade da equivalência de conteúdo do instrumento em questão (Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

Tendo em conta constrangimentos temporais enfrentados na implementação deste estudo de investigação, não foi possível implementar o segundo pré-teste (relevância).

#### **4.2.5.1 População-alvo e amostra**

Para a realização do pré teste de clareza, recorreu-se à constituição de um painel de peritos, conforme recomendado por Sousa & Rojjanasrirat (2010). Assim, constituiu-se um grupo de 10 enfermeiros familiarizados com a área de conteúdo do instrumento e que representam a população-alvo na qual o mesmo será utilizado. A sua língua materna deverá ser, também, a da língua alvo da tradução do instrumento, isto é, língua portuguesa, o que se confirmou no caso de todos os participantes.

O método de amostragem deste pré-teste é, então, não probabilístico e conveniente, uma vez que contemplou indivíduos selecionados pela conveniência de exercerem funções nos serviços da ULS X visados no projeto de investigação e que, por inerência, pertencem à população-alvo do mesmo (Cruchinho et al., 2024; Gray & Grove, 2021; Morgado et al., 2017). Os participantes foram selecionados considerando o facto de serem elementos de referência nas suas áreas de intervenção e de demonstrarem espírito de inovação e apurado sentido crítico.

#### **4.2.5.2 Características sociodemográficas da amostra**

Participaram no pré-teste 10 enfermeiros peritos, que apresentam a seguinte representação sociodemográfica – Tabela 5:

**Tabela 5***Caracterização sociodemográfica da amostra do pré-teste clareza*

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>IDADE</b>	
21 – 30 anos	4 (40,0)
31 – 40 anos	5 (50,0)
41 – 50 anos	1 (10,0)
51 – 60 anos	0 (0,0)
Mais de 60 anos	0 (0,0)
<b>GÉNERO</b>	
Feminino	8 (80,0)
Masculino	2 (20,0)
Não Binário	0 (0,0)
<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS</b>	
Bacharelato	0 (0,0)
Licenciatura	7 (70,0)
Mestrado	3 (30,0)
Doutoramento	0 (0,0)
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	
Enfermeiro	5 (50,0)
Enfermeiro especialista	5 (50,0)
<b>ÁREA EM QUE EXERCE FUNÇÕES</b>	
Coração, Vasos e Tórax	4 (40,0)
Cirurgia/Especialidades Cirúrgicas	1 (10,0)
Urgência/Cuidados Intensivos	3 (30,0)
Neurociências	0 (0,0)
Pediatria	0 (0,0)
Ginecologia/Obstetrícia	2 (20,0)
Medicina/Especialidades Médicas	0 (0,0)

#### **4.2.5.3 Método e estratégia de recolha de dados**

Apesar de alguns autores defenderem a realização de sessões de *debriefing* presencialmente (Cruchinho et al., 2024), o pré-teste decorreu via eletrónica, tendo sido enviado um formulário *Google Forms* aos participantes, que se encontrava dividido em duas partes. Não havendo consenso sobre o número indicado de participantes no pré-teste, optou-se por incluir um grupo de 10 elementos representativos da população-alvo (Cruchinho et al., 2024).

Numa primeira parte, eram apresentados os itens do questionário, seguido da questão “O item é claro?”. Caso o participante assinalasse a opção “Não é claro”, outra questão surgia: “Relativamente ao item [...], que redação propõe para melhorar a sua clareza?”, na qual o indivíduo dispunha de um espaço de resposta aberta para a referida sugestão de reformulação. Por fim, foi solicitada a caracterização sociodemográfica dos participantes, nomeadamente: idade, género, habilitações académicas, categoria profissional e área em que exerce funções.

O questionário foi precedido pelo esclarecimento do propósito do estudo e pela garantia de que a sua participação carecia do seu consentimento livre e esclarecido. Este consentimento, elaborado de forma clara, continha a informação necessária para que o participante tomasse uma decisão informada (UNESCO, 2006). O consentimento informado e intenção de colaborar no estudo era validado pelo participante através da seleção da opção “Aceito” / “Não aceito” à questão “Aceita participar na realização do pré-teste de clareza integrado no projeto de investigação denominado Quality Nursing Care Scale – Tradução e Validação Psicométrica para a População Portuguesa?”. A totalidade dos participantes (100%) seleccionou a opção “aceito”.

Foi assegurada a garantia da proteção de dados e salvaguarda dos princípios éticos de livre participação e do seu consentimento informado, sendo assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes e da instituição, de acordo com a Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, e o RGPD 2016/679, de 27 de abril de 2016, da UE. Não obstante, para incentivar a participação no pré-teste, foi incluída a questão “Se pretender ver reconhecida a sua contribuição nas publicações que resultarem deste estudo, por favor, indique o seu nome abaixo” – à qual três participantes responderam afirmativamente.

Relativamente aos resultados obtidos, as seguintes sugestões de reformulação foram obtidas:

- Relativamente ao item Act\_1: “Consigo explicar, de forma clara, qualquer questão dos clientes sobre as suas despesas de saúde”, obtiveram-se duas respostas “Não é claro”, sendo que os participantes comentaram o seguinte:
  - “A designação “despesas de saúde” refere-se a encargos dos cuidados recebidos na ULS ou é mais abrangente?” – Esta resposta não corresponde a uma reformulação da construção frásica, não tendo sido considerada;

- “Consigno responder, de forma clara a qualquer questão dos clientes sobre as suas despesas de saúde” – Esta resposta sugere a eliminação de uma vírgula que, numa construção frásica correta, é necessária, pelo que não se considerou esta resposta;
- Relativamente ao item Act\_4: “Forneço informação suficiente sobre os cuidados de enfermagem dos clientes às suas pessoas significativas”, obtiveram-se duas respostas “Não é claro”:
  - “orneço informação suficiente, sobre os cuidados de enfermagem dos clientes, às suas pessoas significativas” – foi tida em conta a inclusão dos sinais de pontuação, sendo que a formulação final do item é “Forneço informação suficiente, sobre os cuidados de enfermagem dos clientes, às suas pessoas significativas”;
  - “Forneço informação adequada sobre (...)” – tendo em conta a formulação inicial do item, considerou-se que a tradução mais apropriada é manter o termo original (“suficiente”; item original – *“I provide sufficient information related to nursing care to patients’ relatives”*), pelo que não se considerou esta sugestão de reformulação;
- Relativamente ao item Act\_8: “Exerço as funções de enfermeira/o de forma profissional”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “De acordo com a tipologia de resposta pretendida, talvez faça sentido especificar o âmbito do exercer “de forma profissional”- em relação ao padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem, ao código deontológico, aos objetivos do contexto de trabalho” - Esta resposta não corresponde a uma reformulação da construção frásica, não tendo sido considerada;
- Relativamente ao item Staff\_2: “Sou muito cautelosa/o no cumprimento das minhas responsabilidades profissionais”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “Cuidadosa/o” – considerando esta sugestão, reformulou-se o item, sendo a sua redação final: “Sou muito cuidadosa/o no cumprimento das minhas responsabilidades profissionais”;
- Relativamente ao item Staff\_4: “Durante a realização de atividades de enfermagem mostro, sempre, um sorriso aos clientes”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:

- “O advérbio “sempre” tende a limitar a resposta, talvez possa ser substituído por ‘mostro, <quando adequado/apropriado>, um sorriso aos clientes” – Tendo em conta que o item original contém a expressão “*always*”, manteve-se a formulação original, não considerando esta sugestão de reformulação;
- Relativamente ao item Staff\_5: “Vigio a situação clínica dos clientes, focalizando-me nas mudanças dinâmicas da sua condição de saúde”, obtiveram-se três respostas “Não é claro”:
  - “Considero a expressão “focado-me” mais correta” – foi considerada a sugestão de reformulação;
  - “A saúde em si é um conceito dinâmico e em constante evolução, a focalização referida no enunciado refere-se á gravidade das mudanças” – Esta resposta não corresponde a uma reformulação da construção frásica, não tendo sido considerada;
  - “(...) focando me nas alterações dinâmicas (...) – foi considerada a sugestão de reformulação, sendo a redação final do item: “Vigio a situação clínica dos clientes, focando-me nas alterações dinâmicas da sua condição de saúde”;
- Relativamente ao item Staff\_7: “Trabalho bem com a minha equipa (enfermeiras/os e outros profissionais de saúde)”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “ “Trabalho bem” parece uma expressão muito vaga para descrever as dinâmicas relacionais entre os vários membros da equipa” - Esta resposta não corresponde a uma reformulação da construção frásica, não tendo sido considerada;
- Relativamente ao item Staff\_8: “Clarifico as dúvidas dos clientes, paciente e repetidamente”, obtiveram-se duas respostas “Não é claro”:
  - “Clarificar algo “pacientemente” nem sempre implica que o faça “repetidamente”, dependendo do objetivo da resposta, talvez se possa remover um dos advérbios” - Esta resposta não corresponde a uma reformulação da construção frásica, não tendo sido considerada;

- “Clarifico, de forma paciente e repetidamente, as dúvidas expressas pelos clientes” – considerou-se adequada a reformulação frásica, pelo que se considera esta como a redação final do item;
- Relativamente ao item Af\_1: “Garanto que o ambiente físico dos clientes se mantenha, sempre, limpo”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “O advérbio “sempre” pode limitar a resposta, pode ser alargado o sentido da afirmação com “sempre que possível” “ – sendo que a formulação item original não contém advérbio de tempo (“*I provide the hygienic room to the patients*”), considerou-se a sugestão e, por forma a não limitar a resposta dos participantes, reformulou-se o item da versão traduzida: “Garanto que o ambiente físico dos clientes se mantenha limpo”;
- Relativamente ao item Ah\_2: “Consigo ajudar os clientes a adquirirem confiança pessoal para lidar com as consequências das alterações de saúde”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “Considero mais correto “a desenvolver confiança pessoal” ou a “desenvolver auto-confiança” do que a expressão “adquirir” que sugere que esta característica (confiança) pode ser rapidamente atingida, o que na maioria das vezes, não acontece” – foi considerada a sugestão de reformulação, sendo a redação final do item: “Consigo ajudar os clientes a desenvolver autoconfiança para lidar com as consequências das alterações de saúde”;
- Relativamente ao item Ah\_6: “Consigo analisar as emoções dos clientes para adequar os cuidados de enfermagem”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “considero mais claro “de modo a adequar os cuidados de enfermagem às suas características individuais ou outra frase que transmita esta ideia” - foi considerada a sugestão de reformulação, sendo a redação final do item: “Consigo analisar as emoções dos clientes, de modo a adequar os cuidados de enfermagem às suas características individuais”;
- Relativamente ao item PreR\_2: “Para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem, procuro atualizar-me com base em evidência científica”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:

- “Que evidência? Penso que seria mais adequado colocar “evidência científica mais atualizada” “ – foi considerada a sugestão de reformulação, sendo a redação final do item: “Para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem, procuro atualizar-me com base na evidência científica mais atualizada;
- Relativamente ao item PreR\_3: “Domino os processos de cuidados de enfermagem básicos e diferenciados estabelecidos para os clientes, obtiveram-se duas respostas “Não é claro”:
  - “Domino os processos de cuidados de enfermagem básicos e diferenciados que sejam necessários mediante as necessidades específicas, dos clientes”;
  - “Processos ou procedimentos?” – foi considerada a sugestão de reformulação, sendo a redação final do item: “Domino os procedimentos de cuidados de enfermagem básicos e diferenciados, necessários para satisfazer as necessidades específicas dos clientes”;
- Relativamente ao item PreR\_4: “Sou capaz de gerir bem a terapêutica farmacológica dos clientes”, obtiveram-se duas respostas “Não é claro”:
  - “Corretamente”;
  - “Substituiria a palavra “bem” por “adequadamente” - foi considerada a sugestão de reformulação, sendo a redação final do item: “Sou capaz de gerir adequadamente a terapêutica farmacológica dos clientes”;
- Relativamente ao item PreR\_6: “A minha experiência profissional ajuda a melhorar o meu desempenho como enfermeira/o”, obteve-se uma resposta “Não é claro”:
  - “A minha experiência profissional contribui para melhorar o meu desempenho como enfermeira/o” - foi considera a sugestão de reformulação, sendo esta a redação final do item.

A totalidade das sugestões de redação foram analisadas por dois elementos do comité de peritos da etapa de tradução da QNCS-PT. Contudo, para suportar essa análise, os dados obtidos na etapa do pré-teste foram submetidos a análise estatística, com base do Índice de Validade de Conteúdo de Item (IVC-I), pois *“content validity is defined as the degree to which elements of an assessment instrument are relevant to and representative of the targeted construct for a particular assessment purpose”* (Yusoff, 2019, p. 49).

Para tal, calculou-se o IVC-I (Tabela 5), consoante a seguinte fórmula matemática:  $I-IVC = (\text{peritos em concordância}) / (\text{número de peritos})$ . Para calcular o IVC da globalidade do instrumento (S-IVC), recorreu-se à fórmula: “*the average of I-CVI scores across all-items (...) / Ave*” (Yusoff, 2019, p. 53). Na Tabela 6 apresenta-se apenas o cálculo dos itens que não obtiveram uma concordância de 100% na realização do pré-teste clareza.

**Tabela 6**

*Cálculo do IVC dos itens e da globalidade do instrumento no pré-teste de clareza*

Item do Instrumento	Cálculo do IVC
Item Act_1	8/10 = 0,8
Item Act_4	8/10 = 0,8
Item Act_8	9/10 = 0,9
Item Staff_2	9/10 = 0,9
Item Staff_4	9/10 = 0,9
Item Staff_5	7/10 = 0,7
Item Staff_7	9/10 = 0,9
Item Staff_8	8/10 = 0,8
Item Af_1	9/10 = 0,9
Item Ah_2	9/10 = 0,9
Item Ah_6	9/10 = 0,9
Item PreR_2	9/10 = 0,9
Item PreR_3	8/10 = 0,8
Item PreR_4	8/10 = 0,8
Item PreR_6	9/10 = 0,9

**Cálculo S-IVC:**

$$((1 \times 33) + (0,8 \times 5) + (0,9 \times 9) + (0,7 \times 1)) / 48 = 45,8 / 48 = \underline{\underline{0,95}}$$

De acordo com Yusoff (2019), tendo em conta o número de peritos que participaram no pré-teste (dez), todos os itens alcançaram níveis satisfatórios de IVC, excetuando o item Staff\_5 (Yusoff, 2019). Não obstante, um dos participantes não refere concretamente a clareza do item, proferindo um comentário genérico acerca do conceito de saúde, que não foi considerado para a reformulação do item. Conclui-se, portanto, que na etapa do pré-teste, a QNCS-PT obteve níveis satisfatórios de validade de conteúdo (Cruchinho et al., 2024; Yusoff, 2019).

#### 4.2.6 Etapa do teste de campo

Esta etapa do processo compreende a preparação da versão pré-final do instrumento que será difundido junto da população-alvo, para a colheita de dados efetiva. Para a elaboração dessa versão, tiveram-se, portanto, em conta, todos os *inputs* das

etapas anteriores do processo, formulando-se aquela que é a versão pretendida de cada item para apresentação aos participantes (Cruchinho et al., 2024).

Assim, nesta secção descreve-se o processo da recolha de dados, bem como a caracterização sociodemográfica da amostra. O questionário foi disponibilizado aos participantes via *email* institucional e com recurso a um cartaz informativo. A versão pré-final da QNCS-PT foi elaborada em formato *Google Forms*, para facilitar a resposta e o tratamento dos dados.

Foi realizado apenas um momento de recolha de dados, compreendido entre 25 de agosto e 25 de outubro de 2024.

A população-alvo teórica do estudo é a dos enfermeiros portugueses. Este grupo profissional, segundo dados da OE, em 2023 contava com um total de 83538 indivíduos, sendo 59085 enfermeiros de cuidados gerais e 25377 enfermeiros especialistas (sendo que a soma dos enfermeiros de cuidados gerais com os especialistas é superior ao total de enfermeiros, uma vez que existem profissionais com mais de uma especialidade). Deste total: 21,5% tem entre 21-30 anos; 30,5% tem entre 31-40 anos; 22,5% tem entre 41-50 anos; 16% tem entre 51 e 60 anos; e 9,5% tem mais de 60 anos. Quanto à sua distribuição por grau académico: 8,5% tem o grau de bacharelato; 74,4% tem o grau de licenciatura; 10,6% tem o grau de mestrado; e apenas 0,1% tem o grau de doutoramento. 6,4% dos enfermeiros tem outro grau académico, não especificado.

Não sendo possível, neste contexto, implementar o projeto de investigação nesta população, definiu-se como população-alvo do estudo os enfermeiros a desempenhar funções em serviços de internamento médico-cirúrgico e serviços de urgência da ULS X.

A amostragem dos enfermeiros foi obtida através do método não probabilístico (amostra de conveniência), uma vez que os participantes foram selecionados por exercerem funções nos serviços referidos acima, no período específico de desenvolvimento do estudo (Gray & Grove, 2021).

De acordo com Morgado et al. (2017), para assegurar a validade e fiabilidade de construto do instrumento, os dados devem ser recolhidos num grupo representativo da população, que deverá ser de pelo menos 10 participantes para cada item da escala.

Como tal, sendo que a versão original da QNCS (Liu et al., 2021) apresenta 48 itens, seria necessário recrutar uma amostra mínima de 480 enfermeiros.



## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A versão pré-final da QNCS-PT foi, assim, difundida pelos canais previamente identificados, tendo sido obtido um número total de 486 participações, com a seguinte representação sociodemográfica – Tabela 7:

**Tabela 7**

*Caracterização sociodemográfica da amostra do teste de campo*

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>IDADE</b>	
21 – 30 anos	203 (41,8)
31 – 40 anos	185 (38,1)
41 – 50 anos	71 (14,6)
51 – 60 anos	27 (5,6)
Mais de 60 anos	0 (0,0)
<b>GÉNERO</b>	
Feminino	387 (79,6)
Masculino	99 (20,4)
Não Binário	0 (0,0)
<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS</b>	
Bacharelato	1 (0,2)
Licenciatura	441 (90,7)
Mestrado	44 (9,1)
Doutoramento	0 (0,0)
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	
Enfermeiro	431 (88,7)
Enfermeiro especialista	55 (11,3)
<b>ÁREA EM QUE EXERCE FUNÇÕES</b>	
Coração, Vasos e Tórax	91 (18,7)
Cirurgia/Especialidades Cirúrgicas	83 (17,1)
Urgência/Cuidados Intensivos	118 (24,3)
Neurociências	36 (7,4)
Pediatria	41 (8,4)
Ginecologia/Obstetrícia	38 (7,8)
Medicina/Especialidades Médicas	79 (16,3)

Todos os participantes (100%) responderam positivamente à questão “Aceita participar no projeto de investigação denominado Tradução e Validação Psicométrica para a População Portuguesa da *Quality Nursing Care Scale*?”.

## 5.1. Fase da Validação Psicométrica da *Quality Nursing Care Scale* para a População Portuguesa

A validação psicométrica corresponde à validação empírica de um instrumento de medida, após o teste de campo. Esta validação compreende as seguintes etapas: 1) realização da AFE; 2) análise da sua consistência interna; 3) realização da AFC (Cruchinho et al., 2024). Estas etapas foram cumpridas, por forma a verificar a validade psicométrica da QNCS-PT, conforme descrito de seguida.

### 5.1.1. Análise Fatorial Exploratória

A primeira análise conduzida foi a AFE, através da qual os itens do instrumento de medida foram agrupados em fatores/dimensões, considerando as suas correlações (Cruchinho et al., 2024). A AFE define-se como um “conjunto de técnicas multivariadas que tem como objetivo encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam um conjunto de variáveis observadas” (Damásio, 2012, p. 214). Recorre, portanto, a correlações observadas entre as variáveis originais para estimar fatores comuns e “as relações estruturais que ligam os fatores (latentes) às variáveis” (Marôco, 2021, p. 463).

Esta é uma técnica estatística amplamente utilizada no âmbito da psicologia e das ciências sociais sendo que, atualmente, é comumente utilizada para explorar as propriedades psicométricas de um instrumento ou escala (Osborne, 2014).

O seu objetivo é descobrir os principais construtos ou dimensões de um determinado instrumento, pois “*examines all the pairwise relationships between individual variables (e.g., items on a scale) and seeks to extract latent factors from the measured variables*” (Osborne, 2014). É especialmente útil, portanto, quando os dados são complexos e existe incerteza quanto às variáveis que são mais relevantes (Kline, 1994).

A AFE permite, assim, analisar a Validade de Construto na população em estudo, identificando relações subjacentes entre as variáveis consideradas.

Para conduzir adequadamente a AFE, Osborne (2014) defende que não devem seguir-se fórmulas rígidas, no entanto identifica os passos que são geralmente seguidos para conduzir esta análise: “1) *data cleaning*; 2) *deciding on extraction method to use*; 3)

*deciding how many factors to retain; 4) deciding on a method of rotation (if desired); 5) interpretation of results; 6) replication or evaluation of robustness” (p. 4).*

Segundo o autor, primeiramente importa verificar dados incorretos ou que não cumpram as condições para a sua análise, uma vez que podem conduzir a resultados mais pobres e imprecisos (Osborne, 2014).

Tendo em conta estes pressupostos, para proceder à AFE da QNCS-PT, avaliou-se a adequação da realização da mesma através do teste de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett (método dos mínimos quadrados ponderados).

O teste KMO providencia informação sobre a adequação da dimensão da amostra, o que permite ao investigador compreender se uma AFE é apropriada. Mostra, igualmente, qual a proporção da variância que as variáveis apresentam em comum ou a proporção destas que se deve a fatores comuns (Almeida, 2017).

Já o teste de esfericidade de Bartlett testa a possibilidade de as variáveis não se correlacionarem na população, isto é, se o teste apresentar um *p-value* < 0,001, é possível rejeitar a hipótese nula (H0) que afirma que não há correlação entre as variáveis, concluindo que estas se relacionam significativamente (Almeida, 2017).

Segundo Almeida (2017), os valores do teste KMO devem ser interpretados segundo os valores apresentados na tabela 8:

### **Tabela 8**

*Valores de KMO (Fonte: Almeida, 2017, p. 142)*

<b>Valor de KMO</b>	<b>Recomendação para a análise em componentes principais</b>
<b>0,9 – 1,0</b>	Excelente
<b>0,8 – 0,9</b>	Boa
<b>0,7 – 0,8</b>	Média
<b>0,6 – 0,7</b>	Medíocre
<b>0,5 – 0,6</b>	Mau mas aceitável
<b>&lt; 0,5</b>	Inaceitável

Logo, considerando os resultados obtidos para a amostra do teste de campo da QNCS-PT, pode considerar-se que: os valores do teste KMO (0,972) permitem concluir que o tamanho da amostra é excelente; e que o resultado do teste de esfericidade de Bartlett rejeita H0. A realização da AFE e da AFC é, portanto, suportada por estes resultados (Tabela 9).

## Tabela 9

Teste de KMO e Bartlett (Fonte: IBM SPSS Statistics)

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,972
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	17277,608
	gl	1128
	Sig.	<,001

Quanto à análise da extração inicial de componentes, a decisão relativa ao número de fatores a reter tem em consideração os valores do *scree plot* e do critério *eigenvalue* > 1. Através do gráfico do *scree plot* é possível concluir a relevância relativa de cada fator, o que explica a variância total das variáveis originais. Como tal, retêm-se os fatores “até àquele em que se observa a inflexão da curva que relaciona o número do fator e o respetivo *eigenvalue*” (Almeida, 2017, p. 142), por forma a assegurar a obtenção de fatores com elevada significância estatística (Osborne, 2014). Assim, é expectável extrair um número mínimo de fatores que perfaça 50% da variância total das variáveis originais, sendo esse considerado o valor mínimo aceitável (Almeida, 2017). Neste sentido, na análise da QNCS-PT, obteve-se uma variância total cumulativa de 56,74%, em três componentes (Tabela 10).

## Tabela 10

Variância total explicada QNCS-PT

Componente	Total	% de variância	% cumulativa
1	21,658	45,122	45,122
2	3,621	7,544	52,665
3	1,956	4,076	56,741

De modo a que as variáveis apresentem pesos fatoriais elevados num só fator, é possível realizar rotação de fatores, por forma a melhor discriminá-los e a otimizar a interpretação dos resultados. Para tal, pode realizar-se dois tipos de rotação, ortogonal ou oblíquo. Sendo que, previamente à rotação, os fatores da QNCS-PT são independentes, a rotação ortogonal garante que estes se mantenham independentes e não-correlacionados (Almeida, 2017).

Segundo Almeida (2017), a rotação ortogonal *varimax* é a mais utilizada, sendo seu propósito obter uma estrutura fatorial na qual apenas uma das variáveis originais se associa fortemente a um único fator (estando, em consequência, pouco associada aos restantes fatores). Ora, sendo objetivo da investigadora prevenir que os itens da QNCS-PT saturassem em mais o que um fator, decidiu-se utilizar o método *varimax* com normalização de Kaiser, por forma a maximizar a “escolha das variáveis de cada componente com base no valor das cargas fatoriais representativas em cada fator” (Almeida, 2017, p. 143).

Decidiu-se que variáveis que assumissem valores de correlação iguais ou superiores a 0,6 poderiam ser incluídas na componente. Este é, portanto, o valor estabelecido para o *cut-off point*, pois Dimitrov (2012) afirma que “*a measure of sampling adequacy (MSA) for each variable is also useful for decisions on factorability of a correlation matrix (...) MSA values of .60 or higher (...) can be considered acceptable for factorability of the correlation matrix (...)*” (p.88).

Tendo-se realizado a rotação de fatores nesta condição, obtiveram-se três componentes, constituídas pelos seguintes itens:

- **Componente 1:** 2, 5, 11, 12, 20, 24, 25, 27, 35, 36, 39, 40, 46, 48;
- **Componente 2:** 6, 9, 17, 21, 26, 30, 33, 38, 22;
- **Componente 3:** 15, 16, 19, 47.

Registou-se uma redução de 21 itens em relação ao número de itens da QNCS, o que se justifica pelo facto de apresentarem cargas fatoriais inferiores a 0,60 (Dimitrov, 2012). Dessa forma, de acordo com Almeida (2017), os itens que apresentam valores inferiores ao estabelecido como valor significativo das cargas fatoriais devem ser eliminados, não constando, portanto, em nenhuma componente. Assim, embora a decisão de excluir ou manter itens recaia sobre o investigador, esta deve ser suportada pela análise contextual do construto do instrumento (Cruchinho et al., 2024), pelo que, neste caso, se mantiveram apenas os 27 itens acima nomeados, excluindo os restantes.

### **5.1.2. Análise da Fidelidade Interna**

Uma vez obtida a estrutura dos fatores do instrumento, é necessário avaliar a sua consistência interna, a qual infere a possibilidade de replicação dos seus resultados (Cruchinho et al., 2024). Assim, procura-se certificar que “uma medida (ou, neste caso, questionário) deve consistentemente refletir a construção que está a medir (...) [isto é],

uma pessoa deve obter a mesma pontuação num questionário se o completar em dois momentos diferentes no tempo” (Almeida, 2017, p. 152).

O método mais utilizado para a sua avaliação é através do cálculo do alfa de Cronbach, que avalia o nível de correlação entre os itens (Cruchinho et al., 2024). Em 1951, L. J. Cronbach publicou um artigo, no qual “formaliza uma proposta de estimativa de consistência interna a partir das variâncias dos itens e dos totais do teste por sujeito, que ficou conhecido com o índice “alfa” de Cronbach” (Maroco & Garcia-Marques, 2006, p. 72).

Como tal, por forma a avaliar a consistência interna das componentes obtidas para a QNCS-PT, calculou-se o  $\alpha$  de Cronbach (considerando os valores explanados na Tabela 3 para interpretação).

O  $\alpha$  de Cronbach foi calculado para cada subescala/componente, para os itens constituintes respetivos, conforme demonstrado na Tabela 11:

**Tabela 11**

*Estatísticas de confiabilidade - Alfa de Cronbach de cada componente da QNCS-PT*

<b>Componente</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Número de Itens</b>
<b>1</b>	0,96 (Consistência muito boa)	14
<b>2</b>	0,90 (Consistência muito boa)	9
<b>3</b>	0,83 (Consistência boa)	4

Verificou-se uma semelhança nos valores obtidos através da análise  $\alpha$  de Cronbach com os da escala original (QNCS) (Liu et al., 2021). Segundo os autores, na AFE da QNCS os valores das seis dimensões identificadas variavam entre 0,83 – 0,97 (Tabela 12). O  $\alpha$  de Cronbach do instrumento total era de 0,98 (sendo a percentagem de variância explicada de 74,78%) (Liu et al., 2021).

**Tabela 12**

*Estatísticas de confiabilidade - Alfa de Cronbach de cada componente da QNCS (Fonte: Liu et al. (2021))*

<b>Componente</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Número de Itens</b>
<b>1</b>	0,97 (Consistência muito boa)	14
<b>2</b>	0,95 (Consistência muito boa)	8
<b>3</b>	0,83 (Consistência boa)	6
<b>4</b>	0,94 (Consistência muito boa)	7
<b>5</b>	0,93 (Consistência muito boa)	7
<b>6</b>	0,89 (Consistência boa)	6

Considerando os resultados do  $\alpha$  de Cronbach obtidos para as componentes, pode concluir-se que as três apresentam boa e muito boa consistência interna, o que assegura a sua fiabilidade/consistência para a amostra considerada.

### 5.1.3. Procedimentos de Análise

A interpretação dos resultados obtidos na etapa da AFE tem como objetivo alcançar um modelo de dados que seja conceptualmente adequado à temática e ao projeto de investigação.

Em face desses resultados, e tendo por base uma revisão da literatura prévia que conduziu à identificação das determinantes da QCE, procedeu-se à análise dos mesmos, conforme descrito em seguida.

#### *1º Procedimento de Análise*

O primeiro procedimento de análise foi suportado no teste KMO e no teste de esfericidade de Bartlett ( $KMO = 0,972$ ;  $\chi^2 = 17277,608$ ;  $df = 496$ ;  $p = < 0,001$ )<sup>1</sup>, com valor de *cut-off point* de 0,4. A análise aos componentes principais dos 48 itens do questionário QNCS-PT pelo método *varimax* permitiu obter uma estrutura de 6 componentes, que excluiu o item 13: *"Estabeleço uma boa dinâmica de trabalho com a minha equipa (enfermeiras/os e outros profissionais de saúde"*. Este modelo explicou 63,90% da variância total. Foi decidido pelo investigador realizar uma nova AFE, forçando o modelo a um conjunto de 5 fatores, com valor de *cut-off point* de 0,5.

#### *2º Procedimento de Análise*

A segunda AFE foi suportada no teste KMO e no teste de esfericidade de Bartlett ( $KMO = 0,972$ ;  $\chi^2 = 17277,608$ ;  $df = 496$ ;  $p = < 0,001$ ), com valor de *cut-off point* de 0,5. A análise aos componentes principais dos 48 itens do questionário QNCS-PT pelo método *varimax* permitiu obter uma estrutura de 5 componentes, que excluiu igualmente apenas o item 13. Este modelo explicou 61,72% da variância total. Neste modelo, a dimensão 5 continha apenas 1 item e a dimensão 4 continha apenas 2 itens. Foi decidido pelo investigador realizar uma nova AFE, forçando o modelo a um conjunto de 4 fatores, com valor de *cut-off point* de 0,6.

---

<sup>1</sup> Nota. KMO – Teste de Keiser-Meyer-Olkin.  $\chi^2$  – Teste de esfericidade de Bartlett. *Df* – Graus de liberdade. *p* – Probabilidade de significância.

### 3º Procedimento de Análise

Esta AFE foi justificada no teste KMO e no teste de esfericidade de Bartlett (KMO = 0,972;  $x^2 = 17277,608$ ;  $df = 496$ ;  $p = < 0,001$ ), com valor de *cut-off point* de 0,6. A análise aos componentes principais dos 48 itens do questionário QNCS-PT pelo método *varimax* permitiu obter uma estrutura de 4 componentes, que excluiu 22 itens, e explicou 59,44% da variância total. Neste modelo, a dimensão 4 continha apenas 1 item. Foi decidido pelo investigador realizar uma nova AFE, forçando o modelo a um conjunto de 3 fatores, com valor de *cut-off point* de 0,6.

### 4º Procedimento de Análise

A quarta AFE foi, igualmente, suportada no teste KMO e no teste de esfericidade de Bartlett (KMO = 0,972;  $x^2 = 17277,608$ ;  $df = 496$ ;  $p = < 0,001$ ), com valor de *cut-off point* de 0,6. A análise aos componentes principais dos 48 itens do questionário QNCS-PT pelo método *varimax* permitiu obter uma estrutura de 3 componentes, que excluiu 21 itens. Neste modelo, a dimensão 1 contava com 14 itens, a dimensão 2 com 9 itens e a última dimensão com 4 itens. Avaliou-se o  $\alpha$  de Chronbach para as três dimensões, como visto anteriormente (dimensão 1:  $\alpha = 0,96$ ; dimensão 2:  $\alpha = 0,90$ ; dimensão 3:  $\alpha = 0,83$ ).

Obeve-se, assim, um modelo final constituído por três fatores, que explicou uma variância total de 56,74%, e que é constituído por 27 itens do questionário QNCS (Tabela 13).

Em relação ao instrumento global, confirmou-se a sua fiabilidade interna, com o cálculo do  $\alpha$  de Cronbach, tendo-se obtido um valor de 0,97 - considerada uma consistência interna muito boa (Vilelas, 2022).

O fator 1 foi denominado "Cuidado Humanizado", e inclui os itens 2, 5, 11, 12, 20, 24, 25, 27, 35, 36, 39, 40, 46 e 48.

O fator 2 foi denominado "Responsabilidade Profissional", e é constituído pelos itens 6, 9, 17, 21, 26, 30, 33, 38 e 42.

O fator 3 foi denominado "Competências Profissionais", e inclui os itens 15, 16, 19 e 47.

## **Tabela 13**

### *Modelo final da AFE da QNCS-PT*

#### **Dimensão 1: Cuidado Humanizado**

- Item 2 – Asseguro um ambiente confortável para os clientes descansarem.
- Item 5 – Promovo um ambiente calmo durante o internamento dos clientes.
- Item 11 – Escuto pacientemente os clientes, sempre que estes expressam as suas dúvidas e preocupações.
- Item 12 – Clarifico, de forma paciente e repetidamente, as dúvidas expressas pelos clientes.
- Item 20 – Consigo, imediatamente, eliminar os fatores que perturbam o ambiente dos clientes (por exemplo, consigo mudar imediatamente a roupa da cama, caso os clientes refiram que está suja).
- Item 24 – Atendo, de forma imediata, às dúvidas e preocupações dos clientes e suas pessoas significativas.
- Item 25 – Transmito aos clientes informação suficiente e compreensível sobre os seus cuidados e tratamentos.
- Item 27 – Forneço informação suficiente, sobre os cuidados de enfermagem dos clientes, às suas pessoas significativas.
- Item 35 – Realizo atividades de educação para a saúde aos clientes, de forma eficaz.
- Item 36 – Consigo analisar as emoções dos clientes, de modo a adequar os cuidados de enfermagem às suas características individuais.
- Item 39 – Consigo ajudar os clientes a desenvolver autoconfiança para lidar com as consequências das alterações de saúde.
- Item 40 – Ajudo os clientes a superarem os seus medos relativos aos tratamentos e procedimentos de saúde.
- Item 46 – Sou capaz de prevenir danos físicos ao cliente (tais como quedas, queimaduras ou úlceras por pressão).
- Item 48 - Consigo evitar danos biológicos aos clientes (tais como infeção por bactérias, vírus e fungos).

## **Dimensão 2: Responsabilidade Profissional**

- Item 6 – Sou muito cuidadosa/o no cumprimento das minhas responsabilidades profissionais.
- Item 9 – Sou educada/educado e afável na interação com os clientes.
- Item 17 – A minha experiência profissional contribui para melhorar o meu desempenho como enfermeira/o.
- Item 21 – Procuo ajudar os clientes sempre que necessário
- Item 26 – Informo os clientes antes de realizar qualquer atividade de enfermagem.
- Item 30 – Forneço orientação aos clientes para o seu autocuidado.
- Item 33 – Exerço as funções de enfermeira/o de forma profissional.
- Item 38 – Protejo a privacidade dos clientes durante a prestação de cuidados de enfermagem.
- Item 42 – Procuo assegurar a satisfação das necessidades individuais dos clientes.

## **Dimensão 3: Competências Profissionais**

- Item 15 – Domino os procedimentos clínicos necessários para satisfazer as necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes.
- Item 16 – Domino os procedimentos de cuidados de enfermagem básicos e diferenciados, necessários para satisfazer as necessidades específicas dos clientes.
- Item 19 – Sou capaz de gerir adequadamente a terapêutica farmacológica dos clientes.
- Item 47 – Consigo evitar danos farmacológicos aos clientes, tais como os decorrentes de administração indevida, incompatibilidade entre fármacos ou fármacos incorretos.

#### 5.1.4. Análise Fatorial Confirmatória

A AFC é, habitualmente, “usada para avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacionada observada entre várias variáveis manifestas (itens) (...) [sendo que] pode subsistir *per se* (por exemplo, na validação fatorial de um instrumento de medida psicométrico)” (Marôco, 2021, p. 178). Esta técnica estatística parte de uma estrutura fatorial hipotética obtida da AFE e dos dados do participante para analisar a viabilidade desta estrutura. Permite, assim, ao investigador especificar como a estrutura final do instrumento de medida se deve apresentar (Cruchinho et al., 2024). Compreender as complexidades da AFC garante, assim, que o modelo reflita com precisão a estrutura de dados subjacente, ampliando assim a validade e a confiabilidade dos seus achados.

A qualidade do ajustamento global do modelo fatorial pode ser avaliada com base nos pressupostos de Marôco (2021): 1) teste do qui-quadrado (cujo valor de referência deve ser tão baixo quanto possível); 2) *Comparative Fit Index* (CFI), sendo que valores  $\geq 0,90$  e  $\geq 0,95$  representam, respetivamente, um ajustamento bom e muito bom; 3) *Goodness of Fit Index* (GFI), cujos valores de referência são os mesmos do CFI; 4) *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), que deve ser superior a 0,10; 5) Nível de significância de RMSEA (P[RMSEA]), que deve ser igual ou inferior a 0,005; 6) *Modified Expected Cross-Validation Index* (MECVI), sendo desejável o valor mais baixo possível (Cruchinho et al., 2024).

Para avaliar a validade fatorial da QNCS-PT numa amostra de enfermeiros portugueses, foi realizada a AFC com recurso ao software *Analysis of Moment Structures* (AMOS).

A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi avaliada mediante os índices e valores de referência indicados na Tabela 14.

Por forma a potenciar o ajustamento do modelo obtido na AFC preliminar, foram eliminadas 18 observações, cujos valores de  $D^2$  revelou tratar-se de *outliers*:

- Na dimensão “Cuidado Humanizado”: e1- e2; e1 – e5; e1 – e14; e2 – e5; e4 – e14; e5 – e6; e5 – e14; e6 – e7; e6 – e8; e7 – e9; e9 – e11; e12 – e14; e13 – e14;
- Na dimensão “Responsabilidade Profissional”: e15 – e21; e16 – e18; e16 – e19; e17 – e21;
- Na dimensão “Competências Profissionais”: e24 – e25;

**Tabela 14**

*Estatísticas e índices de qualidade de ajustamento da QNCS-PT (Fonte: (Marôco, 2021))*

<b>Estatística</b>	<b>Valores de Referência</b>	<b>Características</b>	<b>Valor para a QNCS-PT</b>
<b><math>\chi^2</math> e <math>p</math>-value</b>	Quanto menor, melhor $p$ -value $\geq 0,05$	Sensível ao $n$ ; Favorece modelos complexos;	2,483 0,000
<b>CFI</b>	< 0,8 – Ajustamento mau	Sensível ao $n$ ;	0,953
<b>GFI</b>	0,8 – 0,9 - Ajustamento sofrível 0,9 – 0,95 – Ajustamento bom $\geq 0,95$ – Ajustamento muito bom	Sensível ao nº de variáveis / complexidade do modelo;	0,882
<b>SRMR</b>	$\leq 0,08$ – Ajustamento bom	Sobrestimado para $n$ pequenos;	Inicial: 0,0600 Final: 0,0525
<b>RMSEA e <math>p</math>-value</b>	>0,08 – 0,10 – Ajustamento inaceitável 0,05 – 0,08 – Ajustamento aceitável $\leq 0,05$ – Ajustamento muito bom $p$ -value $\geq 0,05$ Se HI90 < 0,1 – Ajustamento bom	Sensível ao $n$ reduzido e a modelos com poucos graus de liberdade;	0,055 $p$ close: 0,041
<b>MECVI</b>	Quanto menor, melhor	Sensível ao $n$ e aos graus de liberdade do modelo; Valores absolutos não devem ser interpretados (> 0 ou < 0);	1,994

O modelo tri-fatorial resultante da amostra de 486 enfermeiros portugueses ( $n = 486$ ) revelou uma qualidade de ajustamento boa ( $\chi^2 (102) = 752,399$ ;  $\chi^2 / df = 2,483$ ;  $p = 0,000$ ;  $CFI = 0,953$ ;  $GFI = 0,882$ ;  $RMSEA = 0,055$ ;  $P[RMSEA] = 0,041$ ;  $MECVI = 1,994$ ). Após eliminação dos *outliers* descritos, obteve-se um valor de  $SRMR = 0,0525$  ( $> SRMR = 0,0600$  obtido inicialmente).

A Figura 5 apresenta os valores do modelo simplificado final, relativamente aos pesos fatoriais standardizados e à fiabilidade individual de cada item.

Uma vez avaliada a qualidade de ajustamento do instrumento na sua globalidade, a apresentação da QNCS-PT, através da obtenção de uma estrutura fatorial anteriormente desconhecida, permite concluir que os processos de tradução, adaptação e validação transcultural conduziram ao refinamento do instrumento QNCS (Edelen & Reeve, 2007). O refinamento de um instrumento define-se, assim, como “*any set of procedures designed to improve an instrument’s representation of a construct*” (Smith & Mccarthy, 1995, p. 300) que, embora por vezes negligenciado, constitui uma etapa essencial no desenvolvimento de instrumentos fiáveis e válidos.



## 5.2. Fase da Avaliação das Propriedade Psicométricas da *Quality Nursing Care Scale* para a População Portuguesa (QNCS-PT)

Segundo Vilelas (2022), “investigar supõe desenvolver um delicado equilíbrio entre a aplicação de normas mais ou menos pré-estabelecidas pelo método e uma certa dose de criatividade e originalidade (...) [sendo que,] neste processo entra a liberdade de pensamento do investigador, que por sua vez se confronta com o peso das metodologias de investigação e os rituais próprios da elaboração do conhecimento científico” (p.15). Ora, no que respeita ao desenvolvimento ou à adaptação de instrumentos de recolha de dados, transformar a informação em conhecimento requer respeito pelos processos estabelecidos, sem obviar a relevância dos *inputs* do pensamento abduutivo do investigador.

Como tal, avaliar a adequação de um instrumento de avaliação requer uma análise aprofundada do seu propósito, da sua base conceptual, do seu desenvolvimento, bem como das suas propriedades psicométricas (Cruchinho et al., 2024). Adaptar um instrumento de avaliação já existente para outra cultura requer o cumprimento de uma série de requisitos, sendo essencial uma rigorosa avaliação do processo de tradução e adaptação cultural, bem como uma minuciosa avaliação das suas propriedades psicométricas (Vilelas, 2022).

A avaliação dos *outcomes* em saúde é essencial na investigação científica e na prática clínica. Com base nos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação, podem ser tomadas decisões sobre a aplicabilidade de testes diagnósticos e tratamentos subsequentes, por exemplo. Os instrumentos de avaliação do estado de saúde devem, portanto, ser fiáveis e válidos. Caso contrário, existe um sério risco acrescido de obter resultados imprecisos ou tendenciosos, que podem condicionar tomadas de decisão pouco desajustadas (Mokkink et al., 2010). Como tal, “*before a health status measurement instrument can be used in research or clinical practice, its measurement properties, i.e. reliability, validity and responsiveness, should be assessed and considered adequate*” (Mokkink et al., 2010, p. 540).

Logo, para avaliar as propriedades de um instrumento, medidas standardizadas são necessárias. Mokkink et al. (2010) propõe a utilização de uma *check-list*, por forma a aprimorar a seleção dos instrumentos mais adequados - *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN)*. Esta ferramenta foca a avaliação

da qualidade metodológica de estudos que envolvam *outcomes* em saúde relatados pelos clientes. Assim, para avaliar as propriedades psicométricas da QNCS-PT, seguiram-se os descritores de avaliação da qualidade metodológica do COSMIN sendo, de seguida, abordadas as seguintes propriedades: 1) Validade de Conteúdo; 2) Validade de Construto; 3) Consistência Interna (Cruchinho et al., 2024).

### **5.2.1. Validade de Conteúdo**

Sendo a validade a propriedade que permite inferir se o instrumento realmente mede o que se propõe medir, a literatura diferencia três tipos principais: 1) a validade de conteúdo; 2) a validade de construto; 3) a validade de critério (que não é alvo de avaliação nesta dissertação).

A validade de conteúdo certifica que os itens da QNCS-PT abrangem e representam adequadamente o que se pretende medir, isto é, avalia em que medida o construto é abordado pelos itens e dimensões do instrumento (Vilelas, 2022). Pode, portanto, dizer-se que a validade de conteúdo “se refere ao grau em que o instrumento reflete um domínio específico do conteúdo, avalia a representatividade e sensibilidade dos itens do domínio de interesse” (Vilelas, 2022, p. 387).

Para afirmar a Validade de Conteúdo da QNCS-PT, diversos elementos se destacaram, ente eles: 1) a realização de uma revisão compreensiva da literatura, por forma a identificar a definição da QCE, o que permitiu sustentar a interpretação conceptual do modelo final da AFE; 2) a realização de uma revisão compreensiva da literatura, por forma a identificar as determinantes da QCE, o que ressaltou a relevância da aplicação da QNCS-PT quanto à avaliação da auto-perceção da prestação de cuidados (bem como suportar a denominação atribuída às três componentes do modelo: Cuidado humanizado, Responsabilidade profissional e Competências profissionais); 3) a definição da população-alvo teórica do questionário (enfermeiros portugueses); 4) a definição da população-alvo do estudo, sendo esta constituída pelos indivíduos selecionados pela conveniência de exercerem funções nos serviços da ULS X; 5) o envolvimento da população-alvo do estudo em todas as fases do processo de adaptação do instrumento para a população portuguesa; 6) a realização de um pré-teste de clareza aos itens pré-finais da QNCS-PT (para o qual foi obtido um  $S-IVC = 0,95$ , considerado um nível satisfatório de validade de conteúdo).

### 5.2.2. Validade de Construto

A validade de construto é, geralmente, definida pelos procedimentos de análise fatorial, sendo que a sua análise exige a utilização de *softwares* apropriados, como o *IBM SPSS Statistics* (Vilelas, 2022). Consiste, portanto, no *“degree to which measurement instruments enable to produce legitimate inferences to be drawn from scores for theoretical constructs and on which these observations are supported”* (Cruchinho et al., 2024, p. 2720). Esta corresponde a uma etapa essencial do processo de validação de instrumentos e baseia-se em importantes fontes de evidência: 1) a evidência baseada no conteúdo do teste; e 2) a evidência baseada na estrutura interna do mesmo (Cruchinho et al., 2024). Os coeficientes inter-itens e itens totais e o grau de ajuste do modelo fatorial permitem fazer julgamentos sobre a validade de construto sendo, portanto, a validação transcultural um elemento da mesma, pois *“indicates the extent to which the performance of items in a culturally adapted instrument reflects that in the “original version”*” (Cruchinho et al., 2024, p. 2720).

A evidência baseada nos processos de resposta foi demonstrada através dos coeficientes de Correlação Item-Total adequados para as três dimensões (Cuidado Humanizado, Responsabilidade Profissional e Competências Profissionais) – Tabela 15. Para refinar a fidelidade interna da QNCS-PT, analisaram-se os coeficientes de correlação média inter-itens, bem como a correlação item-total. As correlações item-total representam o grau de correlação entre cada item e o *score* do instrumento na globalidade (Field, 2018), sendo que *“virtually all of the individual iteritem correlations also should fall smewhere in the .15 to .50 range to ensure unidimensuionality”* (Clark & Watson, 2019, p. 10).

### 5.2.3. Consistência Interna

Para avaliar a consistência interna da QNCS-PT e compará-la com a da QNCS, recorreu-se à aplicação do  $\alpha$  de Cronbach – o qual *“permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens, [tendo em consideração que] este limite corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas, do mesmo universo e com igual número de itens utilizados para medir a mesma característica”* (Vilelas, 2022, p. 389).

Assim, por forma a calcular o valor do  $\alpha$  de Cronbach para a QNCS-PT, assegurou-se que todas as variáveis se encontravam igualmente categorizadas, atendendo ao

instrumento na sua globalidade e à forma como as variáveis foram analisadas. Para cada dimensão, foram selecionadas as variáveis correspondentes e, de seguida, foi efetuado o teste para cada dimensão, obtendo-se os valores anteriormente identificados na Tabela 11.

**Tabela 15**

*Coefficientes de consistência interna obtidos para o questionário QNCS-PT*

<b>Dimensão</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	<b>Correlações médias inter-itens</b>	<b>Amplitude da correlação item total</b>
<b>Cuidado humanizado</b>	0,961	0,644	0,725 – 0,844
<b>Responsabilidade profissional</b>	0,895	0,495	0,551 – 0,725
<b>Competências profissionais</b>	0,832	0,558	0,592 – 0,704
Instrumento total (QNCS-PT)	0,970		



## **6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A presente dissertação científica tem como objetivo geral traduzir, adaptar ao contexto e validar as propriedades psicométricas da QNCS (Liu et al., 2021) para a população portuguesa.

A versão final da QNCS-PT, obtida após estes processos, apresenta propriedades psicométricas adequadas, e é constituída por 27 itens, enquadrados em três dimensões/fatores, definidos e denominados conceptualmente como: 1) Cuidado Humanizado; 2) Responsabilidade Profissional; 3) Competências Profissionais.

A QNCS-PT sintetiza em si, portanto, “o trabalho prévio da investigação, resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar, e, portanto, as variáveis ou conceitos utilizados” (Vilelas, 2022, pp. 331-332). É, pois, mediante uma adequada construção (ou adaptação de instrumentos de avaliação), que a investigação permite alcançar correspondência entre teoria e factos (baseando-se em dados verídicos e adequados ao estudo em causa) (Vilelas, 2022).

Neste capítulo pretende-se, portanto, discutir os resultados obtidos deste estudo, comparando-os com a evidência presente na literatura, considerando a temática da QCE, as implicações da utilização da QNCS-PT para a enfermagem (em particular, para a gestão em enfermagem), bem como identificar limitações do estudo e recomendações para projetos de investigação futuros.

### **6.1. Denominação das dimensões da QNCS-PT**

Considerando que a QNCS-PT pretende avaliar a perceção que o enfermeiro tem da qualidade dos cuidados que presta aos seus clientes, compreende-se como o conceito de QCE desempenha um papel fulcral e norteador na apreciação da adequabilidade dos itens e dimensões deste questionário.

Como visto anteriormente, a QCE prende-se com o nível de excelência dos cuidados de enfermagem, através da implementação de intervenções específicas, individualizadas e holísticas, regidas pelos mais elevados padrões de qualidade. Este é, portanto, um conceito complexo e multidimensional, que se relaciona com as expectativas e perspetivas do profissional e dos clientes quanto aos cuidados, e que procura: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de

enfermagem – com o objetivo major da satisfação das necessidades do cliente (físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais), respeitando as suas crenças e diferenças culturais.

A QCE abrange, assim, um alargado número de determinantes que visam a eficácia, a segurança e uma cultura de excelência, em prol da melhoria contínua da prática, entre elas, por exemplo: a competência e performance do profissional; a capacidade do mesmo atender às necessidades de cuidados de enfermagem dos cliente, através da *expertise* decorrente de experiências profissionais enriquecedoras e da formação e desenvolvimento profissional contínuo e frequente; bem como o envolvimento das pessoas significativas do cliente, no processo de enfermagem. Reconfigurar o processo saúde-doença-cuidado de forma a abordar aspetos epidemiológicos, biológicos, psicológicos, culturais, sociais e espirituais dos problemas do usuário representa, portanto, uma nova forma de pensar e agir para obter soluções para questões emergentes para a produção de cuidado de qualidade (Medeiros et al., 2016).

Considerando estas determinantes, na denominação dos três fatores do modelo final da QNCS-PT recorreu-se à aplicação de um raciocínio abductivo, por forma a relacionar os itens que integram a versão final do instrumento com os contributos da revisão da literatura anteriormente levada a cabo. Akpolat et al. (2024) consideram que o pensamento abductivo decorre do facto de ser o ponto onde a inovação e a criatividade se associam ao método científico, na medida em que *“the goal of the abductive process is to discover data, find a pattern, and propose plausible hypotheses using appropriate categories”* (Akpolat et al., 2024, p. 411). Refere-se, portanto, a um processo de pensamento que envolve fazer previsões sobre a situação atual, considerando sinais (existentes ou observados), como uma estratégia de raciocínio que envolve a criação de uma hipótese explicativa para propor uma ideia inovadora (Akpolat et al., 2024).

O fator 1 é constituído por 14 itens, que abrangem uma multiplicidade de temáticas referentes à prestação de cuidados de enfermagem, entre eles: ambiente físico/infraestruturas (itens 2, 5 e 20), transmissão de informação ao cliente/pessoas significativas (itens 12, 24, 25, 27), educação para a saúde/capacitação para o autocuidado (itens 35, 39, 40), gestão de risco/segurança (itens 46 e 48), bem como escuta ativa e apoio emocional (itens 11 e 36). Considerou-se, portanto, que estes itens conjugados se integram no contexto de uma prestação de cuidados humanizada, em diversos níveis

como “nos atos de acolher, cuidar, diagnosticar, comunicar e tratar (...) [tendo em consideração que, por sua vez,] o tratar e o cuidar humanizados contrapõem-se ao reducionismo que pode exorbitar no cuidado com a doença e passar ao lado da pessoa doente” (Direção Executiva SNS, 2024, p. 1).

Os avanços nos cuidados em saúde têm resultado em especialização de profissionais e desenvolvimento de tecnologias inovadoras para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de muitas patologias. Contudo, “*technification has also meant automation and standardization of care and fragmentation of work*” (Reyes-Téllez et al., 2024, p. 1) , o que consequentemente promove uma despersonalização dos cuidados, resultando numa diminuição da confiança dos clientes nos profissionais, bem como aumento do stress, *burnout* e fadiga entre os próprios enfermeiros.

Silveira & Cotrim (2015), num estudo descritivo e transversal, em que reviram 35 publicações, concluíram que, não obstante o diagnóstico ou o prognóstico clínico do cliente, é papel do enfermeiro adotar uma prática que conduza a uma humanização dos cuidados. Segundo os mesmos, “a humanização é um fator decisivo para melhores oportunidades de recuperação do paciente, de integração com a equipe de trabalho e com a própria família do paciente” (Silveira & Contim, 2015, p. 2121). No entanto, os autores ressaltam que esta pode ser uma intervenção condicionada por vários fatores, como atividades complexas levadas a cabo pelo enfermeiro, o que reduz o tempo de contacto direto com o cliente (Silveira & Contim, 2015). Por sua vez, em 2019, Díaz-Rodríguez et al. (2020) conduziram uma revisão integrativa da literatura de 29 artigos, na qual concluíram que, para promover a humanização dos cuidados de enfermagem e o estabelecimento de uma relação de confiança com os clientes, é necessário incorporar, de forma mais pedagógica e aprofundada, programas de formação em competências emocionais e de comunicação no curso de enfermagem e ao longo da carreira profissional (Díaz-Rodríguez et al., 2020).

Numa tentativa de o explorar mais aprofundadamente, e com vista à atualização do conhecimento sobre este conceito, Reyes-Téllez et al. (2024) realizaram uma revisão sistemática da literatura, na qual analisaram 27 publicações. Nessa revisão concluíram que muitas das intervenções passíveis de ser conduzidas pelos enfermeiros, na perspetiva da humanização dos cuidados, estão relacionadas com o ambiente em que os mesmos ocorrem. Quanto às barreiras que constroem esta prática, identificaram as

seguintes: necessidade de formação específica, condições de trabalho dos profissionais, associado a falta de enfermeiros nos serviços e, conseqüentemente, menos tempo de contacto com os clientes. Estas barreiras conduzem a sentimentos negativos nos profissionais, bem como renitência por parte das instituições em mudar esse quadro (Reyes-Téllez et al., 2024). Quanto aos fatores facilitadores da implementação desta prática, os autores identificaram: promoção da formação dos profissionais, utilização da comunicação como ferramenta indispensável para promover a autonomia do cliente, promoção do envolvimento das suas pessoas significativas nos cuidados e um maior empenho das instituições com vista a transitar para um modelo de cuidados humanizados a nível global (Reyes-Téllez et al., 2024).

Como tal, numa cultura de humanização dos cuidados, o enfermeiro enfrenta o desafio de tornar mais humana a sua intervenção perante as necessidades físicas, emocionais, sociais e psicológicas do seu cliente/suas pessoas significativas, sendo dele expectável: “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; [e] contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa; (...) [ao] atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda” (OE, 2015a, p. 97).

Assim, deve procurar desenvolver uma prática que personalize a comunicação, a empatia, a compaixão, com objetivo de valorizar a dimensão humana e promover o bem-estar do cliente, assegurando a sua satisfação com os cuidados e a promoção de *outcomes* positivos em saúde. Esta prática deve, portanto, decorrer num ambiente seguro e confortável para o cliente, por forma a valorizar a sua individualidade, respeitar os seus direitos e promover a sua autonomia (com o objetivo major de fortalecer a relação terapêutica, em prol da excelência do cuidado).

Como exemplo, Lin et al. (2019) conduziram uma revisão sistemática da literatura (com 21 artigos), através da qual puderam comprovar que a implementação de programas de prevenção de úlceras por pressão (UPP) no contexto de internamento agudo de adultos em serviços de unidades de cuidados intensivos resultam em *outcomes* positivos para os clientes. Segundo os autores, a clarificação e readaptação dos papéis dos enfermeiros na prestação de cuidados, a formação e a promoção de momentos de educação para a saúde dos clientes, bem como uma rigorosa avaliação da condição geral

do cliente (risco de desenvolver UPP, estado geral, condição dos tegumentos), traduz-se numa diminuição da prevalência de lesões por pressão e/ou aumento na conformidade com protocolos e estratégias de prevenção de UPP (Lin et al., 2020).

Noutra perspetiva, Fan et al. (2020), concluíram que a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem está diretamente relacionada com a implementação de projetos de melhoria da qualidade sendo, portanto, responsabilidade da instituição de saúde *“deepen the quality of nursing care and carry out personalized, high-quality nursing service”* (p. 178). De acordo com os autores, existem dados suficientes que comprovam que rondas de enfermagem regulares e sistemáticas se traduzem em resultados positivos em saúde, pois os clientes demonstram maior confiança e segurança nos cuidados prestados e, conseqüentemente, maior satisfação (Fan et al., 2020).

Tendo estes pontos em consideração, e relacionando com os itens incluídos na mesma, nomeou-se a componente 1 *“Cuidado Humanizado”*.

Quanto ao fator número 2, este foi denominado *“Responsabilidade Profissional”*. Esta designação vai ao encontro do defendido pela Deontologia Profissional do Enfermeiro, documento que sintetiza a responsabilidade moral do profissional no âmbito da sua intervenção. Considerando o termo *“responsabilidade”* (que deriva do latim *spondere*, comprometer-se), este refere-se à imputabilidade de um ato ao seu autor, sendo, também, *“a que se exerce no compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída quando a obrigação é a de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos (...) isto é, quando se trata de responder por algo que nos foi confiado ou por alguém que temos ao nosso cuidado”* (OE, 2015<sup>a</sup>, p. 44).

No contexto da prática da enfermagem, considera-se, assim, responsabilidade moral do enfermeiro assumir a *“missão de cuidar daqueles que nos vierem a ser confiados”* (OE, 2015<sup>a</sup>, p. 44). A Deontologia associa, portanto, o dever e obrigação do enfermeiro cuidar do outro com responsabilidade, comprometendo-se com as obrigações e deveres profissionais, e procurando agir da melhor forma possível, em prol de uma prática correta e coerente, que evite danos no cliente de cuidados (OE, 2015<sup>a</sup>).

Nesse sentido, é esperado do enfermeiro que intervenha junto dos clientes considerando os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar dos mesmos, numa perspetiva holística, adotando medidas que visem melhorar a QCE, na busca pela excelência do exercício (OE,

2015<sup>a</sup>). Este deve intervir respeitando os valores do cliente em todas as circunstâncias, bem como a sua integridade bio-psico-social, cultural e espiritual, valorizando a vida e a qualidade da mesma. Este agir deve, então, ser norteado pelo compromisso de respeitar os princípios éticos da justiça, autonomia e beneficência, com consciência do seu âmbito de intervenção para uma prática competente e zelosa (OE, 2015<sup>a</sup>). Assim, o princípio a ter em consideração é o de que “os enfermeiros são profissionalmente responsáveis pelos seus atos (...) [considerando-se], por um lado, a relação com a intencionalidade na prestação de cuidados e o modo como cada profissional tem em conta a dignidade da pessoa e, por outro lado, o papel do enfermeiro como defensor ou advogado do doente (...)” (OE, 2015<sup>a</sup>, p. 44).

Como explanado no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2012), o enfermeiro deve, portanto, analisar e interpretar situações específicas, à luz de critérios de competência definidos, entre eles: “exerce de acordo com o Código deontológico; (...) respeita o direito dos clientes ao acesso à informação; garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional; respeita o direito do cliente à privacidade; respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde; (...) respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos; (...) pratica de acordo com a legislação aplicável” (OE, 2012, pp. 12-13).

Os enfermeiros são confrontados com múltiplas situações de dilemas éticos na sua prática diária, forçando-os a tomar decisões morais baseadas em valores profissionais e num sentido de responsabilização e responsabilidade. Para sustentar essas decisões, “*it is important to know how they perceive and relate their ethical ideology, professional values, and clinical accountability in their workplace*” (Hussein & Abou Hashish, 2023, p. 1). No estudo conduzido por Hussein & Abou Hashish (2023), os autores concluíram que, no que diz respeito à responsabilização, a maioria dos enfermeiros (numa amostra de 150 indivíduos) demonstrou um elevado nível de responsabilização clínica, no que concerne à probabilidade de documentarem erros/eventos adversos (relativos, por exemplo, a “*completing an incident report about the administration of the wrong antibiotic medication*”) (p. 14) ou promover discussão interdisciplinar da condição clínica do cliente. Estes resultados podem ser explicados pelo reconhecimento, por parte dos enfermeiros, da importância da notificação e da avaliação holística e multidisciplinar

do cliente, para sua segurança e satisfação (Hussein & Abou Hashish, 2023). Não obstante, as circunstâncias do APE, bem como outros fatores individuais, religiosos, contextuais e organizacionais, pareceram influenciar a responsabilização do enfermeiro para com a sua prática. Como tal, os autores defendem que “[nurse] managers should provide a supportive work environment to help their nurses develop their self-awareness and knowledge of their ethical orientations, promote their ethical ideologies, and, in turn, enhance their professional values as well as develop their clinical accountability, which leads to stronger and higher clinical ethics and integrity among the staff” (Hussein & Abou Hashish, 2023).

Assim, considerando que os itens que integram a segunda componente do modelo (Tabela 13) se relacionam com o compromisso do enfermeiro em assegurar os deveres deontológicos em geral, desenvolver uma prática profissional com responsabilidade e intervir respeitando os quadros ético, deontológico e jurídico (OE, 2012), esta foi denominada “Responsabilidade Profissional”.

Por sua vez, considerando os itens incluídos no fator 3, foi definida a sua designação como “Competências Profissionais”.

A competência profissional, definida como a idoneidade para mobilizar o conhecimento, as competências técnicas e a atitude perante o trabalho, os papéis que desempenha e as suas responsabilidades, constitui um dos pilares da formação dos enfermeiros, o qual assegura cuidados éticos, seguros e de elevada qualidade aos clientes (Xu et al., 2022).

Considerando os pressupostos defendidos por Benner, no Modelo de Aquisição de Competências, o enfermeiro, após a sua formação base, é considerado iniciado, ou seja, toma decisões com base em procedimentos e protocolos instituídos (Lourenço et al., 2022). Apenas com a aquisição de uma vasta experiência profissional e, sendo assim considerado perito, é capaz de tomar decisões de forma intuitiva, conseguindo rapidamente interpretar uma situação concreta, baseando-se em factos ou experiências anteriores (identificando semelhanças e mobilizando as aprendizagens retiradas das mesmas) (Lourenço et al., 2022). O enfermeiro decide, assim, sob um conjunto de conhecimentos teórico-práticos e éticos, que o habilitam e responsabilizam, resultado de um longo e intenso percurso de formação profissional (Lourenço et al., 2022). Com base na sua experiência, o enfermeiro é capaz de avaliar holisticamente o seu cliente,

equilibrando as suas habilidades cognitivas e práticas no desempenho da sua conduta assistencial direta (Lourenço et al., 2022).

Para tal, é fulcral que o enfermeiro atue de acordo com os fundamentos de prestação e gestão de cuidados, “mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências (...) procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2012, pp. 14, 24). Exemplo dessas técnicas é a destreza na gestão da terapêutica farmacológica dos clientes, no sentido de evitar danos farmacológicos aos mesmos, como evidenciado pelos itens 19 e 47 da QNCS-PT (Tabela 13).

O enfermeiro, deve, então, procurar ativamente atualização científica, com base na evidência mais recente, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, por forma a garantir a manutenção e o aperfeiçoamento das suas competências e a identificar necessidades de formação (OE, 2012). O compromisso com a excelência em enfermagem está, portanto, intrinsecamente ligado ao desenvolvimento profissional contínuo, um aspeto central da aprendizagem dos enfermeiros ao longo da carreira. Assim, o desenvolvimento profissional do enfermeiro deve assentar numa política promotora da aquisição de conhecimento, com vista à melhoria da QCE.

Creta & Gross (2020) afirmam que o sucesso na carreira de enfermagem requer um compromisso honrado com uma aprendizagem constante. Para os autores, é responsabilidade do enfermeiro para com os seus clientes atualizar e renovar o seu conhecimento, as suas competências e a sua capacidade técnica para se manter na vanguarda da qualidade dos cuidados prestados (Creta & Gross, 2020; OE, 2012). Num ambiente de mudança contínua, caracterizado pelo progresso científico e tecnológico e pelo aumento das exigências e necessidades, tanto sociais como do próprio sistema de saúde, o desenvolvimento profissional contínuo do enfermeiro surge como um direito, mas também uma obrigação profissional (Vázquez-Calatayud et al., 2021). Na sua revisão sistemática da literatura, Vázquez-Calatayud et al. (2021) concluíram portanto que, ao manter atualizados os seus conhecimentos e competências, o enfermeiro promove o desenvolvimento e a manutenção das suas competências e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos clientes e o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

Existem múltiplas oportunidades formativas para os enfermeiros, ao longo das suas carreiras, seja através da realização de formação académica avançada, participação em conferências sobre temáticas da área, entre outros, que fomentam e reconhecem a *expertise* dos profissionais, nas várias áreas de intervenção (Creta & Gross, 2020). Estas podem, assim, resultar na aquisição de competências acrescidas ou avançadas (que resultam no domínio de procedimentos clínicos básicos e avançados), reconhecidas pelo organismo regulador da prática. É, portanto, essencial, que se ressalve a importância do papel do desenvolvimento profissional do enfermeiro na transformação dos serviços de saúde com vista à melhor resposta às necessidades dos seus clientes, visto que *"expert nurses provide expert care (...) expert care yields positive outcomes that support the health care organization's mission"* (Guerra et al., 2022, p. 2).

Todavia, podem apresentar-se algumas condicionantes a estas oportunidades. Kurtović et al. (2024) examinaram as perspetivas de 151 enfermeiros de um hospital central na Croácia, relativamente à temática do desenvolvimento profissional contínuo, *"focusing on their participation and motivation, in relation to their workplace, workplace function, and form of work"* (p. 1), através da aplicação do *Professional Development of Nurses Questionnaire*. O estudo revelou uma disparidade estatisticamente significativa no entendimento da relevância do desenvolvimento profissional entre enfermeiros de unidades cirúrgicas e cuidados intensivos em comparação com outros departamentos. Isto sugere que as exigências e restrições específicas do APE podem limitar as oportunidades dos enfermeiros de participarem em atividades de desenvolvimento profissional, particularmente durante o horário normal de trabalho. Como tal, os programas de formação instituídos nas organizações devem ser alinhados com as necessidades e as realidades dos contextos, por forma a revelarem-se efetivamente benéficos para a melhoria da prática dos profissionais. Esta abordagem é fundamental para melhorar a qualidade da intervenção direta ao cliente, aumentar a satisfação profissional e, potencialmente, melhorar as taxas de retenção dos enfermeiros nas organizações que investem na aquisição de conhecimento e no desenvolvimento de novas competências. Assim, a ênfase transita da mera disponibilidade de oferta formativa para a qualidade e relevância destes programas, garantindo que sejam amplamente benéficos para a valorização da enfermagem e para o sistema de saúde em geral (Kurtović et al., 2024).

## 6.2. Implicações para a Prática e para a Gestão em Enfermagem

A QNCS-PT é uma escala de resposta que procura sintetizar itens que correspondem “à expressão da representação que cada sujeito tem sobre o fenómeno a ser avaliado” (Vilelas, 2022, p.391) – a QCE. Sendo que estes tipos de instrumentos podem assumir diferentes formas, a escolha do método de obtenção de respostas deve ter em consideração a natureza das perguntas. Como tal, optou-se pela apresentação do questionário num formato de resposta *Likert* com 5 pontos (1 - discordo totalmente; 2 - discordo, 3 - não concordo nem discordo; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente). As escalas *Likert*, segundo Vilelas (2022), consistem na apresentação de várias opções, devendo o sujeito indicar, para cada uma das questões, uma de cinco ou sete posições. Desta forma, e assegurando a objetividade dos itens, o participante consegue mostrar que conhece a resposta ou que é capaz de executar a tarefa descrita (Vilelas, 2022).

A estruturação do questionário visa, portanto, consolidar todas as etapas descritas anteriormente, por forma a organizar os itens nas suas respetivas dimensões e determinar o seu formato geral final. Uma adequada estruturação do questionário contribui para diminuir o esforço físico e mental dos participantes, por forma a tentar garantir que “todos os termos sejam tratados de forma que o interesse do respondente seja mantido até ao final do instrumento” (Vilelas, 2022, p. 393). Como tal, para levar a cabo procedimentos experimentais que envolvam o questionário, importa garantir estas condições, bem como a definição de uma amostra adequada e a sintetização das instruções de como o aplicar.

A QNCS-PT foi, portanto, elaborada no sentido de garantir o cumprimento desses pressupostos, por forma a amplificar as possibilidades de uso futuro, nomeadamente a possibilidade de aplicação dos mesmos nos contextos da prática clínica da enfermagem, para identificar problemas relacionados com o ambiente da prática, os recursos humanos ou materiais, e fazer inferências quanto à possível resolução dos mesmos. Da análise dos dados, duas utilidades podem coexistir de maneira complementar. Uma função heurística, na medida em que os dados visam enriquecer a pesquisa exploratória, proporcionando a propensão de exploração de novas hipóteses referentes a várias facetas da QCE. Por outro lado, assume uma função de administração de prova, isto é, sustenta (ou não) “a verificação das hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias” (Vilelas, 2022, p. 434). Dessa forma, é possível ao investigador

responsável pelo estudo efetuar “deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais os efeitos que se pretendem causar por meio delas)” (Vilelas, 2022, p. 432). A apreciação dos resultados obtidos dos participantes assenta, assim, numa objetividade rigorosa no que concerne a avaliação dos dados, bem como numa leitura subjetiva do conteúdo dos mesmos.

Cabe ao enfermeiro dar visibilidade ao seu trabalho no contexto de trabalho pluriprofissional que integra, pelo que é dele expectável adotar uma “atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2012, p. 23). Para tal, deverá levar a cabo uma revisão regular das suas intervenções, por exemplo, respondendo ao questionário QNCS-PT em diferentes momentos e contextos de prática, por forma a comparar resultados e identificar as suas necessidades de formação contínua. Dessa forma, é-lhe possível promover a imagem profissional da enfermagem, valorizando a investigação como um contributo essencial para o aperfeiçoamento das práticas e dos padrões da QCE prestados.

Neste sentido, sendo o EG responsável por reconhecer e utilizar a evidência decorrente de estudos/trabalhos de investigação por forma a contribuir para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, compreende-se que pode, conseqüentemente, considerar este instrumento como um recurso de apoio à tomada de decisão.

No exercício da sua atividade na área da gestão, a intervenção do EG é de extrema importância “para assegurar a qualidade do exercício profissional (...) sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão (...) [enquanto] gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (OE, 2015b, p. 5949).

Como tal, é competência do EG garantir a implementação da melhoria contínua da QCE, assegurando as melhores práticas profissionais e gerindo o risco clínico e não clínico, munindo-se de ferramentas facilitadoras. A QNCS-PT, neste caso, promove a

reflexão sobre a prática individual dentro da equipa de enfermagem, por forma a “promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências” (OE, 2015b, p. 5951). Com base nos dados dela obtidos, o EG tem a possibilidade de conceptualizar e operacionalizar processos de melhoria contínua da qualidade, no contexto de prática específico. Deverá, portanto, garantir o primado das necessidades dos clientes, considerando as particularidades do ambiente da prática, assegurando a “organização da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa” (OE, 2015b, p. 5050).

A QNCS-PT poderá, igualmente, ser utilizada como mecanismo de comunicação na equipa, no sentido em que acompanha e monitoriza a perceção dos profissionais perante situações comuns ou de crise. Criam-se, assim, condições para um trabalho em equipa de complementaridade funcional, que visa avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros, zelar pela adequação, aquisição ou reorganização de recursos, promovendo o empoderamento da equipa ou, a nível macro, dos serviços de saúde.

Este questionário permitirá ao EG interpretar os dados obtidos da sua aplicação, à luz das determinantes da QCE, no sentido de participar na definição e implementação de políticas de saúde assentes num corpo de conhecimentos teóricos e empíricos, “no domínio da liderança, *marketing*, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e assessoria” (OE, 2015b, p. 5952). É, portanto, uma ferramenta útil na elaboração e condução de projetos a curto, médio e longo prazo, que garantam uma prática profissional de qualidade e ética, que otimize as respostas às necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes e que assente na mobilização e aquisição de conhecimentos e competências profissionais baseadas na evidência científica de relevo mais atualizada.

### **6.3. Limitações do Estudo e Investigação Futura**

O estudo de Liu et al. (2021), para o desenvolvimento da QNCS, decorreu no contexto do sistema nacional de saúde chinês, tendo ocorrido apenas em hospitais terciários.

Este estudo decorreu em duas fases distintas, a AFE e a AFC, por forma a desenvolver e analisar as propriedades psicométricas do instrumento. A primeira fase contou com a participação de 302 indivíduos, enquanto a segunda incluiu 510

participantes. A sua caracterização sociodemográfica, nos dados comparáveis com os recolhidos para a QNCS-PT, encontra-se explanada na Tabela 16.

Pode concluir-se que, embora com ligeiras diferenças nos intervalos de avaliação, o número de participantes com menos de 30 anos é  $n = 203$  (41,8 %), inferior aos valores obtidos por (Liu et al., 2021). Para além disso, o resultado na amostra para a formação avançada (mestrado) é também superior à obtida na QNCS ( $n = 44$  (9,1 %)). Não obstante, compreende-se que uma grande percentagem da amostra corresponde a uma franja profissional jovem, apenas com a formação base (licenciatura), o que poderá corresponder diretamente a um coletâneo de profissionais iniciados, como sugerido por Benner (2001).

**Tabela 16**

*Caracterização sociodemográfica da amostra da QNCS (Fonte: (Liu et al., 2021))*

<b>Características</b>	EFA (n = 302) <b>n (%)</b>	CFA (n = 3510) <b>n (%)</b>
<b>IDADE</b>		
20 – 29 anos	216 (71,5)	260 (51,0)
30 – 39 anos	71 (23,5)	187 (36,7)
4 – 49 anos	13 (4,3)	59 (11,5)
≥ 50 anos	2 (0,7)	4 (0,8)
<b>GÉNERO</b>		
Feminino	302 (100,0)	506 (99,2)
Masculino	0 (0,0)	4 (0,8)
<b>HABILITAÇÕES ACADÉMICAS</b>		
<i>Master degree</i>	0 (0,0)	6 (1,2)
<i>Bachelor degree</i>	150 (49,7)	321 (62,9)
<i>Associate degree</i>	119 (39,4)	156 (30,6)
<i>Secondary technical</i>	33 (10,9)	27 (5,3)
<b>ÁREA EM QUE EXERCE FUNÇÕES</b>		
Olhos, Ouvidos, Nariz e Garganta	6 (2,0)	22 (4,3)
Cuidados Intensivos	16 (5,3)	80 (15,7)
Pediatria	14 (4,6)	24 (4,7)
Ginecologia/Obstetrícia	11 (3,6)	40 (7,8)
Cirurgia	154 (51,0)	187 (36,7)
Medicina	38 (7,8)	157 (30,8)

Assim, em relação à população-alvo, pode recomendar-se a replicação do estudo em populações mais experientes e comparar os resultados obtidos.

Para além disso, a recolha de dados para validação da QNCS-PT ocorreu apenas numa instituição hospitalar (ULS X), com recurso a um processo de amostragem não probabilístico e de conveniência, podendo eventualmente condicionar um viés na

interpretação dos resultados. Todavia, a abrangência de áreas de intervenção permite que os resultados obtidos sejam representativos da população-alvo teórica (enfermeiros portugueses).

A perda de 21 elementos na QNCS-PT, relativamente à QNCS pode, assim, dar azo a extrapolações quanto às razões que o precipitaram. Considerando a conjuntura nacional atual da prestação de cuidados de enfermagem, e considerando que o preenchimento de um questionário longo como a QNCS-PT exige investimento pessoal por parte dos participantes, equacionaram-se algumas justificações para: 1) ter-se obtido pouco mais do que o número mínimo de respostas aceitável para a validação do instrumento (10 respostas por cada item) (Sousa & Rojjanasrirat, 2011); e 2) terem sido excluídos aproximadamente 44% dos itens. A desmotivação e insatisfação profissional dos enfermeiros para com a participação em projetos de desenvolvimento da disciplina, a necessidade de despende o seu tempo de intervenção juntos dos doentes para o preenchimento do questionário (associado a uma elevada carga de trabalho precipitada por carência de profissionais) podem ter contribuído para que o número de respostas não fosse mais elevado.

Por outro lado, relativamente aos itens excluídos, são estes:

- Item 1: “Garanto que o ambiente físico dos clientes se mantenha limpo”;
- Item 3: “Mantenho uma adequada ventilação nos quartos dos clientes”;
- Item 4: “Promovo um ambiente seguro para a realização de atividades de enfermagem aos clientes”;
- Item 7: “Cumpro, cuidadosamente, as regras e regulamentos da instituição de saúde em que presto cuidados”;
- Item 8: “Vigio a situação clínica dos clientes, focando-me nas alterações dinâmicas da sua condição de saúde”;
- Item 10: “Durante a realização de atividades de enfermagem, mostro um sorriso aos clientes”;
- Item 13: “Estabeleço uma boa dinâmica de trabalho com a minha equipa (enfermeiras/os e outros profissionais de saúde)”;
- Item 14: “Para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem, procuro atualizar-me com base na evidência científica mais atualizada”;

- Item 18: "Procuro identificar oportunidades para melhorar a gestão da qualidade do serviço em que trabalho";
- Item 22: "Apesar de sobrecarregada/o, consigo realizar atempadamente as atividades de enfermagem previstas no plano de cuidados";
- Item 23: "Administro terapêutica farmacológica e realizo os tratamentos aos clientes atempadamente";
- Item 28: "Forneço informação aos clientes através de uma comunicação eficaz";
- Item 29: "Consigo explicar, de forma clara, qualquer questão dos clientes sobre as suas despesas de saúde";
- Item 31: "Satisfaço adequadamente as necessidades básicas dos clientes";
- Item 32: "Presto cuidados de enfermagem individualizados aos clientes";
- Item 34: "Adequo as atividades de enfermagem padronizadas com base na situação dos clientes";
- Item 37: "Proporciono uma prestação de cuidados de enfermagem humanizados aos clientes, com base nas suas características individuais";
- Item 41: "Ajudo os clientes a atenuar as suas preocupações com a saúde";
- Item 43: "Asseguro que a minha prestação de cuidados se aproxima dos critérios de satisfação dos clientes";
- Item 44: "Nunca recebo reclamações dos clientes e das suas pessoas significativas";
- Item 45: "Garanto uma prestação de cuidados segura aos clientes";

Analisando os itens, especulou-se sobre a sua exclusão, concluindo que esta se pode dever a diversos fatores, por exemplo: *burnout* / níveis elevados de stress ou elevada carga de trabalho dos enfermeiros, que impeçam uma prática de excelência; desmotivação ou insatisfação profissional; existência de condicionantes nos ambientes físicos da prática de cuidados / infra-estruturas obsoletas ou desadequadas; grande variedade de contextos de prática, que condicionam experiências muito díspares, ainda que dentro da mesma organização. Não sendo possível, com este estudo, determinar com precisão quais os motivos que levaram os participantes a responder de uma determinada maneira, sugere-se investigação futura nesse sentido.

Quanto ao processo de tradução de validação psicométrica de instrumentos, foi possível concluir que, embora se recorra a *guidelines* orientadoras, os investigadores têm liberdade para adicionar ou substituir técnicas ou etapas, consoante o que considerarem mais apropriado ao seu estudo concreto. Cruchinho et al. (2024) desenvolveram uma *guideline* prática, defendendo que a mesma apresenta vantagens na medida em que “it includes extensive and comprehensive information about alternative methodological approaches that researchers can use throughout the process” (p. 2721). No caso da QNCS-PT, com base nesta *guideline*, omitiu-se a realização do pré-teste de relevância, por limitações temporais para a apresentação final deste trabalho.

Relativamente ao processo de tradução do instrumento, optou-se por incluir elementos da população-alvo nas várias etapas, por forma a procurar harmonizar a linguagem utilizada ao contexto da prática clínica e à realidade por eles experienciada. A inclusão destes elementos, concomitantemente com tradutores qualificados, permitiu alcançar equivalência semântica e conceptual e solucionar ambiguidades e discrepâncias identificadas ao longo do processo.

Quanto à realização do pré-teste de clareza, decidiu-se solicitar esclarecimento quanto à clareza dos itens e sugestões de reformulação dos mesmos aos participantes por via eletrónica (ao invés da realização de um *debriefing* cognitivo presencial). Embora este formato de resposta tenha condicionado a apresentação de um conjunto de comentários que não ia ao encontro do esperado, tratou-se de uma estratégia de gestão das disponibilidades dos participantes e dos investigadores, facilitadora da obtenção e interpretação dos resultados. A amostra, para esta etapa, correspondeu ao mínimo aceitável defendido por Sousa & Rojjanasrirat (2011), tendo sido recrutados 10 sujeitos da população-alvo.

Em suma, como inspiração para investigação futura, pode sugerir-se a realização de estudos semelhantes, considerando que a *expertise* e o conhecimento metodológico do investigador são essenciais para determinar a utilização de *guidelines* previamente estabelecidas ou, por outro lado, a adaptá-las conforme as estratégias e recursos disponíveis. Atendendo à caracterização sociodemográfica da população-alvo teórica (que, em estudos desta natureza, engloba todos os enfermeiros portugueses), sugere-se, ainda, a realização de estudos multicêntricos, englobando, igualmente, outras áreas de

intervenção da enfermagem, como os cuidados de saúde primários e unidades de cuidados continuados.



## CONCLUSÕES

Como defendido por Vilelas (2022), “não é possível criar novos conhecimentos acerca de um tema ou resolver os pequenos e os grandes enigmas do nosso mundo, sem intuição e imaginação, se não se explorarem, de mente aberta, os diversos caminhos que podem levar a uma resposta” (p. 16). Como tal, a investigação científica para a produção de conhecimento é um processo que requer liberdade de pensamento, crítica, análise, retificação e discussão. Permite conhecer e apreender os métodos através dos quais a ciência sustenta as afirmações do seu conhecimento, bem como o seu alcance e as suas limitações em contextos práticos reais. O conhecimento científico é, portanto, um “saber crítico, fundamentado, metódico, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicável (por meio de uma linguagem científica), racional, provisório e que explica e prediz factos” (Vilelas, 2022, p. 33). Como bases nestes pressupostos, procurou-se aprofundar e mobilizar os conhecimentos acerca dos estudos metodológicos que conduzem a trabalhos de tradução e validação psicométrica de instrumentos de avaliação no contexto dos cuidados de saúde.

Como tal, estabeleceu-se como intuito deste trabalho fornecer informação compreensiva relativa ao processo de tradução e adaptação cultural da QNCS para o contexto cultural português, bem como da revisão da literatura que o suportou. O objetivo geral do trabalho consistia, portanto, em validar cultural e linguisticamente a QNCS (Liu et al., 2021), produzindo a versão portuguesa da mesma – QNCS-PT.

Primeiramente, procurou-se contextualizar a temática da QCE. Explorou-se a evolução da definição do conceito no tempo, bem como os atributos que a caracterizam, as condicionantes ou fatores facilitadores da mesma. Nesse âmbito, procurou-se compreender como a avaliação da QCE e perceção dos próprios enfermeiros influencia a qualidade da sua prática. De seguida, abordou-se a temática do APE, procurando conceptualizá-lo no sentido de enfatizar a satisfação profissional dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes. No que respeita a temática da Gestão em Enfermagem, explorou-se o papel do EG na procura pela valorização e pelo desenvolvimento profissional da equipa que lidera, através da consecução de um projeto de gestão apropriado, com base nos *inputs* de recebe do ambiente e em prol de *outcomes* positivos para os intervenientes (em prol da melhoria contínua da QCE). Finalizando a secção do enquadramento teórico deste trabalho, sintetizaram-se as *guidelines* para a

tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida em saúde num capítulo próprio.

Na segunda parte desta dissertação – Trabalho Empírico –, justificou-se a pertinência do estudo pelo facto de se tratar de uma temática atual, bem como pelo facto de não existir, até então, uma escala que permita a avaliação da QCE na perspetiva dos enfermeiros, validada e adaptada para o contexto cultural português. Foi integralmente descrito o questionário original (QNCS), de acordo com as características definidas pelos autores no seu artigo "*Development and psychometric evaluation of a quality nursing care scale from nurses' perspective*" (Liu et al., 2021). De seguida, foi descrita a metodologia utilizada para a realização do estudo, frizando o seu desenho e descrevendo inteiramente as etapas do processo de tradução e adaptação da QNCS para a população portuguesa (tradução, síntese das traduções, retroversão, harmonização, pré-teste de clareza e teste de campo). Foram, posteriormente, apresentados os resultados do estudo, seccionados em duas etapas: 1) fase de validação psicométrica da QNCS para a população portuguesa; e 2) fase de avaliação das propriedades psicométricas da QNCS-PT.

Concluiu-se que o questionário QNCS-PT apresenta propriedades psicométricas adequadas, quanto à Validade de Conteúdo, à Validade de Construto e Consistência Interna.

Finalmente, procedeu-se à discussão desses mesmos resultados, justificando a denominação das três componentes emergentes para o modelo final da QNCS-PT, bem como as implicações que a utilização deste instrumento terá para a prática e para a Gestão em Enfermagem (ressalvando as limitações ao estudo e apresentando sugestões de melhoria para investigações futuras).

Considerando o exposto, crê-se ter atingido os objetivos específicos traçados para este estudo, sendo eles:

- 1) Traduzir a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) para a língua portuguesa;
- 2) Adaptar a *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021) ao contexto cultural português;
- 3) Analisar a adequação das características psicométricas da *Quality Nursing Care Scale* (Liu et al., 2021).

Não obstante, foram sentidas algumas dificuldades na elaboração do mesmo, entre elas: 1) o longo tempo decorrido entre a apresentação do protocolo do estudo à Comissão de Ética para a Saúde e ao Conselho de Administração da ULS X e a deliberação de pareceres favoráveis destas entidades para a realização do mesmo; 2) a dificuldade em mobilizar a população-alvo para obter um tamanho mínimo de amostra que viabilizasse o estudo (tendo este número superado em muito pouco o mínimo estabelecido nas *guidelines*); 3) a impossibilidade da realização de um pré-teste de relevância, que permitisse a um comité de peritos avaliar a equivalência de conteúdo dos itens do instrumento, por constrangimentos temporais; 4) a inexperiência da investigadora principal na utilização do *software* de análises dos dados estatísticos (*IBM SPSS Statistics*), que exigiu a necessidade de intervenção de dois peritos para a análise dos resultados.

Embora definidas como “dificuldades”, estas revelaram-se ricas oportunidades de aprendizagem, pela necessidade constante da busca de conhecimento.

Em suma, considera-se que este trabalho poderá contribuir para a elaboração de diretrizes relacionadas com os padrões de qualidade de enfermagem e definição de indicadores de avaliação dos mesmos – com o objetivo de informar melhores práticas e gerir o risco clínico e não clínico de forma mais eficiente (OE, 2015b; Presidência do Conselho de Ministros, 2022). Será, portanto, uma ferramenta essencial para a continuação da construção do conhecimento na área da enfermagem, pois “o conhecimento não surge do vazio, mas sim das experiências que acumulamos na nossa vida quotidiana, através das vivências, dos relacionamentos interpessoais, das leituras de livros e diversos estudos (...) processo mediante o qual se obtém o conhecimento científico, por meio de uma atividade que denominamos investigação científica” (Vilelas, 2022, p. 25).



## REFERÊNCIAS

- AACN, A. A. of C. of N. (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 295–304. <https://doi.org/10.1053/jpnu.2002.129231>
- Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E. T., Galiano, A., Garbarini, A., Soto, P., Bravo, D., & Smith, H. (2018). Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Rev. Med. Clin, Condes*, 29(3), 322–327.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akpolat, T., Genç, E., & Cırık, İ. (2024). Abductive Reasoning Tendencies of Graduate Students in the Context of Qualitative Research: A Q Methodology Study. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 13(2), 410–425. <https://doi.org/10.14686/buefad.1412414>
- Albsoul, R. A., Alshyyab, M. A., Hughes, J. A., Jones, L., & FitzGerald, G. (2023). Examining the reasons for missed nursing care from the viewpoints of nurses in public, private, and university hospitals in Jordan: A cross-sectional research. *Collegian*, 30(1), 110–118. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.08.001>
- Albsoul, R., FitzGerald, G., Finucane, J., & Borkoles, E. (2019). Factors influencing missed nursing care in public hospitals in Australia: An exploratory mixed methods study. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1820–e1832. <https://doi.org/10.1002/hpm.2898>
- Allen-Duck, A., Robinson, J. C., & Stewart, M. W. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 52(4), 377–386. <https://doi.org/10.1111/nuf.12207>
- Almeida, D., Figueiredo, A. R., & Lucas, P. (2024). Nurses' Well-Being at Work in a Hospital Setting: A Scoping Review. In *Healthcare (Switzerland)* (Vol. 12, Issue 2). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/healthcare12020173>

- Amiri, A. (2021). Nursing Graduates and Quality of Acute Hospital Care in 33 OECD Countries: Evidence From Generalized Linear Models and Data Envelopment Analysis. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211005217>
- AMM, A. M. M. (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*.
- Anaba, P., Anaba, E. A., & Abuosi, A. A. (2020). Patient satisfaction with perioperative nursing care in a tertiary hospital in Ghana. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 33(6), 463–475. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2020-0021>
- Anzai, E., Douglas, C., & Bonner, A. (2014). Nursing Practice Environment, Quality of Care and Morale of Hospital Nurses in Japan. *Nursing and Health Sciences*, 16(2), 171–178. <https://doi.org/10.1111/nhs.12081>
- Arafat, S., Chowdhury, H., Qusar, M., & Hafez, M. (2016). Cross Cultural Adaptation and Psychometric Validation of Research Instruments: a Methodological Review. *Journal of Behavioral Health*, 5(3), 129. <https://doi.org/10.5455/jbh.20160615121755>
- Arcadi, P., Simonetti, V., Ambrosca, R., Cicolini, G., Simeone, S., Pucciarelli, G., Alvaro, R., Vellone, E., & Durante, A. (2021). Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1111–1119. <https://doi.org/10.1111/jonm.13249>
- Assembleia da República. (1979). Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. *Diário Da República* .
- Assembleia da República. (2019a). Lei nº 58/2019: Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Diário Da República* , 1ª Série(151), 3–40.
- Assembleia da República. (2019b). Lei nº 95/2019: Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2022, de 20 de agosto. *Diário Da República* , 1ª Série(169), 55–66.
- Banda, Z., Simbota, M., & Mula, C. (2022). Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi: a qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00918-x>
- Bastani, F., Afshar, P. F., & Valipour, O. (2022). Evaluating the Relationship between Nursing Care Quality and Hospital Anxiety and Depression among Old Patients with

- Cardiovascular Disease. *Journal of Caring Sciences*, 11(2), 71–75.  
<https://doi.org/10.34172/jcs.2022.12>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. In *SPINE* (Vol. 25, Issue 24).
- Beiboer, C., Andela, R., Hafsteinsdóttir, T. B., Weldam, S., Holtrop, T., & van der Cingel, M. (2023). Teamwork, clinical leadership skills and environmental factors that influence missed nursing care – A qualitative study on hospital wards. In *Nurse Education in Practice* (Vol. 68). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103603>
- Benner, P. E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Pearson Education (US).
- Biron, A. D., Richer, M.-C., & Ezer, H. (2007). A conceptual framework contributing to nursing administration and research. *Journal of Nursing Management*, 15, 188–196.
- Burhans, L. M., & Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2021). Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 404–411. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
- CE, C. de E. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. B. (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar - uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem* |, 23(2), 29–42.
- Cho, H., Han, K., Ryu, E., & Choi, E. (2021). Work Schedule Characteristics, Missed Nursing Care, and Organizational Commitment Among Hospital Nurses in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(1), 106–114. <https://doi.org/10.1111/jnu.12612>
- Cho, H., Pavek, K., & Steege, L. (2020). Workplace verbal abuse, nurse-reported quality of care and patient safety outcomes among early-career hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1250–1258. <https://doi.org/10.1111/jonm.13071>

- Clark, L. A., & Watson, D. (2019). Constructing validity: New developments in creating objective measuring instruments. *Psychological Assessment, 31*(12), 1412–1427. <https://doi.org/10.1037/pas0000626>
- Coster, W. J., & Mancini, M. C. (2015). Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo, 26*(1), 50. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-57>
- Creta, A. M., & Gross, A. H. (2020). Components of an Effective Professional Development Strategy: The Professional Practice Model, Peer Feedback, Mentorship, Sponsorship, and Succession Planning. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 36, Issue 3). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151024>
- Cruchinho, P., López-Franco, M. D., Capelas, M. L., Almeida, S., Bennett, P. M., da Silva, M. M., Teixeira, G., Nunes, E., Lucas, P., & Gaspar, F. (2024). Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 17*, 2701–2728. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
- Cruchinho, P., Teixeira, G., Lucas, P., & Gaspar, F. (2023). Evaluating the Methodological Approaches of Cross-Cultural Adaptation of the Bedside Handover Attitudes and Behaviours Questionnaire into Portuguese. *Journal of Healthcare Leadership, 15*, 193–208. <https://doi.org/10.2147/JHL.S422122>
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica, 11*(2), 213–228.
- de Medeiros, A. C., de Siqueira, H. C. H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. dos S., & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Revista Da Escola de Enfermagem, 50*(5), 816–822. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
- de Oliveira, F., Kuznier, T. P., de Souza, C. C., & Chianca, T. C. M. (2018). Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. In *Texto e Contexto Enfermagem* (Vol. 27, Issue 2). Universidade Federal de Santa Catarina. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>
- Department of Health, G. B. (1998). *A first class service: quality in the new NHS*.

- DGS, D.-G. da S. (2017). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*
- DGS, D.-G. de S. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2030. PNS 2030.*
- Díaz-Rodríguez, M., Rubio, L. A., García, D. A., Cristóbal, E. P., & Valera, M. C. (2020). Training guidelines for humanised nursing care: An integrative literature review. In *Enfermeria Global* (Vol. 19, Issue 2, pp. 657–672). Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392321>
- Dimitrov, D. M. (2012). Exploratory Factor Analysis. In *Statistical Methods for Validation of Assessment Scale Data in Counseling and Related Fields* (pp. 69–94). American Counseling Association.
- Direção Executiva SNS. (2024). *Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS: Plano de Ação (vs 27-3-2024).*
- Donabedian, A. (1969). Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Measuring and Evaluating Nursing Care*, 59(10), 1833–1836.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care - How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Donabedian, A. (2005a). Evaluating the quality of medical care. In *Milbank Quarterly* (Vol. 83, Issue 4, pp. 691–729). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Donabedian, A. (2005b). Evaluating the quality of medical care. In *Milbank Quarterly* (Vol. 83, Issue 4, pp. 691–729). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Dubois, C. A., Damour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>
- Edelen, M. O., & Reeve, B. B. (2007). Applying item response theory (IRT) modeling to questionnaire development, evaluation, and refinement. *Quality of Life Research*, 16(SUPPL. 1), 5–18. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9198-0>
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. In *Journal of Clinical Epidemiology* (Vol. 68, Issue 4, pp. 435–441). Elsevier USA. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>

- Erkut, S. (2010). Developing multiple language versions of instruments for intercultural research. *Child Development Perspectives*, 4(1), 19–24. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00111.x>
- Espírito Santo, Z. (2022). Planeamento em saúde. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 39–53). Lidel.
- Fan, Q. Q., Feng, X. Q., & Jin, J. F. (2020). Nursing rounds: A quality improvement project to improve outpatient satisfaction | Enhanced Reader. *Journal of Nursing Management*, 29, 177–185.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE edge.
- Frederico, M. (2022). Liderança, delegação e gestão do tempo. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 149–156). Lidel.
- Frederico, M., & Helena, D. (2022). A organização e as pessoas: a voz dos profissionais. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 117–124). Lidel.
- Galan, K., Kunaviktikul, W., Akkadechanunt, T., Wichaikhum, O. A., & Turale, S. (2019). Factors predicting quality of nursing care among nurses in tertiary care hospitals in Mongolia. *International Nursing Review*, 66(2), 176–182. <https://doi.org/10.1111/inr.12502>
- Galvão, P. C. da C., Vasconcelos, C. B. de, Amorim, C. R. F. de, Lima, R. O. da C., & Fiorentino, G. (2022). CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS METODOLÓGICOS EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. *International Journal of Development Research*, 12(03), 54315–54317. <https://doi.org/10.37118/ijdr.23954.03.2022>
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20(3), 269–274. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9ª). Elsevier.
- Griffin, R. W. (2013). *Management* (11ª). Cengage Learning .
- Guerra, S. S., Jean, E., Kilpatrick, K., Zabalegui, A., & Gaitero, C. M. (2022, November 3). Contextual factors of advanced practice nursing development: A network analysis. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.13114>

- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A Model of Equivalence in the Cultural Adaptation of HRQoL Instruments: The Universalist Approach. *Quality of Life Research*, 7, 323–335.
- Hussein, A. H. M., & Abou Hashish, E. A. (2023). Relationship between nurses' ethical ideology, professional values, and clinical accountability. *Nursing Ethics*, 30(7–8), 1171–1189. <https://doi.org/10.1177/09697330231172282>
- IOM, I. of M. (2000). *To err is human: building a safer health system* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). National Academy Press.
- Kalfoss, M. (2019). Translation and Adaption of Questionnaires: A Nursing Challenge. *SAGE Open Nursing*, 5. <https://doi.org/10.1177/2377960818816810>
- Kannan, S., Avudaiappan, S., & Annamalai, M. (2020). Patients' satisfaction with nursing care quality in medical wards at selected hospital in Chennai, South India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(6), 471–475. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_142\\_19](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_142_19)
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis* (6th ed.). Routledge.
- Koy, V., Yunibhand, J., & Angsuroch, Y. (2015). Nursing care quality: a concept analysis. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1832–1838. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150289>
- Kurtović, B., Gulić, P., Čukljek, S., Sedić, B., Smrekar, M., & Ledinski Fičko, S. (2024). The Commitment to Excellence: Understanding Nurses' Perspectives on Continuous Professional Development. *Healthcare (Switzerland)*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare12030379>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176–188.
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: Measurement and evidence. In *Medical Care Research and Review* (Vol. 64, Issue 2 SUPPL.). <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lawson, D. O., Puljak, L., Pieper, D., Schandelmaier, S., Collins, G. S., Brignardello-Petersen, R., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V. A., Samaan, Z., Thombs, B. D., Nørskov, A. K., Jakobsen, J. C., Allison, D. B., Mayo-Wilson, E., Young, T., Chan, A. W., Briel, M., Guyatt, G. H., ... Mbuagbaw, L. (2020). Reporting of methodological studies in health research:

- A protocol for the development of the Methodological STudy reporting Checklist (MISTIC). *BMJ Open*, 10(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040478>
- Lin, F., Wu, Z., Song, B., Coyer, F., & Chaboyer, W. (2020). The effectiveness of multicomponent pressure injury prevention programs in adult intensive care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 102. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103483>
- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2018). Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 935–945. <https://doi.org/10.1111/jan.13507>
- Liu, Y., Aunguroch, Y., Gunawan, J., Sha, L., & Shi, T. (2021). Development and psychometric evaluation of a quality nursing care scale from nurses' perspective. *Nursing Open*, 8(4), 1741–1754. <https://doi.org/10.1002/nop2.816>
- Lopes, F. M. B. A. (2015). *O ambiente hospitalar nos cuidados de enfermagem*.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F., Sequeira, M. S., Melo, M. F. H., & Gouveia, M. J. B. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Lucas, P. R. M. B., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. In *Revista Brasileira de Enfermagem* (Vol. 73, Issue 6). Associação Brasileira de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- Macedo, A. P., & Encarnação, P. (2022). Supervisão clínica e desenvolvimento profissional: subsídios para a sua implementação. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 165–172). Lidel.
- Machado, R. da S., Fernandes, A. D. de B. F., Oliveira, A. L. C. B. de, Soares, L. S., Gouveia, Marcia T. de O., & Silva, G. R. F. da S. (2018). Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 39, 2017–0164. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Marôco, João. (2021). *Análise Estatística cm o SPSS Statistics* (8ª). Report Number .
- Marôco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturais* (3rd ed.). Report Number .
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1). <https://doi.org/10.14417/lp.763>

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mbuagbaw, L., Lawson, D. O., Puljak, L., Allison, D. B., & Thabane, L. (2020). A tutorial on methodological studies: The what, when, how and why. In *BMC Medical Research Methodology* (Vol. 20, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01107-7>
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M., Beyers, M., Georges, A., Goode, C., Girouard, S., Grobe, S., Henry, S. B., Hudgings, C., Jones, K., Lang, N., Moritz, P., Moss, M. T., Ryan, J. A., & Roma, ; (1998). Quality Health Outcomes Model. In *IMAGE: JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP* (Vol. 30, Issue 1).
- MNE, M. dos N. E. (n.d.). *Objetivo de desenvolvimento sustentável 3: garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*. <https://Unescoportugal.Mne.Gov.Pt/Pt/Temas/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/Os-17-Ods/Objetivo-de-Desenvolvimento-Sustentavel-3-Saude-de-Qualidade>.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Startford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & Vet, H. C. W. (2010). COSMIN check-list. *Quality of Life Research*, 19, 539–549.
- Molina-Praena, J., Ramirez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12875-018-0748-Z>
- Morgado, F. F. R., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2017). Scale development: Ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 30(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>
- Nakano, Y., Tanioka, T., Yokotani, T., Ito, H., Miyagawa, M., Yasuhara, Y., Betriana, F., & Locsin, R. (2021). Nurses' perception regarding patient safety climate and quality of

- health care in general hospitals in Japan. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 749–758. <https://doi.org/10.1111/jonm.13215>
- Navacchi, M., & Lockwood, C. (2020). Perceptions and experiences of nurses involved in quality-improvement processes in acute healthcare facilities: a qualitative systematic review protocol. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(9), 2038–2044. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00282>
- Nazari, S., Poortaghi, S., Sharifi, F., Gorzin, S., & Afshar, P. F. (2022). Relationship between moral sensitivity and the quality of nursing care for the elderly with Covid-19 in Iranian hospitals. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08258-x>
- Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Rodrigues, V. J. L., & Graveto, J. M. G. N. (2021). Impact of safe nurse staffing on the quality of care in Portuguese public hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1246–1255. <https://doi.org/10.1111/jonm.13263>
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing - what it is and what it is not*. Harrison.
- Nyikuri, M., Kumar, P., Jones, C., & English, M. (2019). “But you have to start somewhere...”: Nurses’ perceptions of what is required to provide quality neonatal care in selected hospitals, Kenya. *Wellcome Open Research*, 4, 195. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15592.1>
- OE, O. dos E. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- OE, O. dos E. (2015a). *Deontologia profissional dos enfermeiros* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- OE, O. dos E. (2015b). Regulamento n° 101/2015: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário Da República, 2ª Série*(48), 5948–5952.
- OE, O. dos E. (2018). Regulamento n° 76/2018: Regulamento da competência acrescida avançada em gestão. *Diário Da República, 2ª Série*(21), 3478–3487.
- OE, O. dos E. (2019). Regulamento n° 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, 2ª Série*(184), 128–155.

- Oner, B., Zengui, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Keradag, A., & Patrician, P. A. (2021). Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997–2017). *Nursing Open*, 8, 10051022.
- Osborne, J. W. . (2014). *Best practices in exploratory factor analysis*. [CreateSpace Independent Publishing Platform].
- Paiva, I. C. S., Amaral, A. F. S., & Moreira, I. M. P. B. (2021). Missed nursing care in a Portuguese hospital: nurses' perceptions of minimizing strategies. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(7). <https://doi.org/10.12707/RV20146>
- Paiva, I., Sousa, F., & Lucas, M. (2022). Contributo da gestão para a visibilidade dos cuidados de enfermagem. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 63–73). Lidel.
- Perneger, T. V., Courvoisier, D. S., Hudelson, P. M., & Gayet-Ageron, A. (2015). Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*, 24(1), 147–151. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0752-2>
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations | Enhanced Reader. *Research in Nursing & Health*, 30, 459–467.
- Potra, T. dos S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei nº 52/2022. *Diário Da República*, 1ª Série(150), 5–52.
- Raposo, V., & Ferreira, P. L. (2022). Interações entre as políticas públicas e o sistema de saúde. In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 75–88). Lidel.
- Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. In *Frontiers in Medicine* (Vol. 11). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Ribeiro, O., da Silva Martins, M. M. F. P., & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), 89–100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

- Rodrigues, A. (2022). Governança clínica, governança “corporativa” e governança integrada . In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 3–20). Lidel.
- Russell, G. E., & Fawcett, J. (2005). The Conceptual Model for Nursing and Health Policy Revisited. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(4), 319–326. <https://doi.org/10.1177/1527154405283304>
- S., K., M., D., Kanniammal, C., & Mathiazhakan, U. (2021a). Percpction of nursing are among patients at SRM General Hospital, Kattankulathur, Kancheepuram District. *Medico-Legal Update*, 21(1), 1130–1133.
- S., K., M., K., Kanniammal, C., & Mathiazhakan, U. (2021b). Perception of nursing care among patients at SMR General Hospital, Kattankulathur, Kancheepuram District. *Medico-Legal Update*, 21(1), 1130–1133.
- Serra, N., Botti, S., Guillari, A., Simeone, S., Latina, R., Iacorossi, L., Torreggiani, M., Guberti, M., Cicolini, G., Lupo, R., Capano, A., Pucciarelli, G., Gargiulo, G., Tomietto, M., & Rea, T. (2023). Workload, job satisfaction and quality of nursing care in Italy: A systematic review of native language articles. *Healthcare*, 2573(11).
- Shirozhan, S., Arsalani, N., Maddah, S. S. B., & Mohammadi-Shahboulaghi, F. (2022). Barriers and facilitators of rehabilitation nursing care for patients with disability in the rehabilitation hospital: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*.
- Silveira, R. E., & Contim, D. (2015). Health education and humanized practice of nursing at intensive care units: bibliometric study. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2113–2122. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2113-2122>
- Sloane, D. M., Smith, H. L., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2018). Effect of Changes in Hospital Nursing Resources on Improvements in Patient Safety and Quality of Care. *Medical Care*, 56(12), 1001–1008. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001002>
- Smith, G. T., & Mccarthy, D. M. (1995). Methodological Considerations in the Refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 300–308.
- Smith, S., Lapkin, S., Sim, J., & Halcomb, E. (2020). Nursing care left undone, practice environment and perceived quality of care in small rural hospitals. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2166–2173. <https://doi.org/10.1111/jonm.12975>

- Soósová, M. S. (2022). Association between nurses' burnout, hospital patient safety climate and quality of nursing care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 13(2), 640–647. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0039>
- Sousa, F., & Mano, M. J. (2022). Avaliação de desempenho e cuidados de saúde . In M. Frederico & F. Sousa (Eds.), *Gerir com qualidade em saúde* (1ª, pp. 205–212). Lidel.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. In *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (Vol. 17, Issue 2, pp. 268–274). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434>.
- Tsogbadrakh, B., Kunaviktikul, W., Akkadechanunt, T., Wichaiakhum, O.-A., & Turale, S. (2020). Nurse and patient perceptions of quality nursing care in Mongolian public hospitals. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 24(4), 514–526.
- Tsogbadrakh, B., Kunaviktikul, W., Akkadechanunt, T., Wichaiakhum, O.-A., & Turale, S. (2020). Nurse and patient perceptions of quality nursing care in Mongolian Public hospitals. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 24(4), 514–526.
- UN, U. N. (2020). *The sustainable development goals report*.
- UNESCO, C. N. da O. das N. U. para a E. C. e C. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*.
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. In *Nurse Education in Practice* (Vol. 50). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - o processo de construção do conhecimento* (M. Robalo, Ed.; 3rd ed.). Edições Sílabo, Lda. .
- Warshawsky, N. E., Cramer, E., Grandfield, E. M., & Schlotzhauer, A. E. (2022). The influence of nurse manager competency on practice environment, missed nursing care, and patient care quality: A cross-sectional study of nurse managers in U.S. hospitals. *Journal of Nursing Management*, 30(6), 1981–1989. <https://doi.org/10.1111/jonm.13649>
- WHO, W. H. O. (2010). *Healthy workplaces a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners*. WHO.
- WHO, W. H. O. (2023). *Quality of care* . <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-of-care>.

- Winter, V., Dietermann, K., Schneider, U., & Schreyögg, J. (2021). Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: A cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals. *BMJ Open*, 11(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051133>
- Won, H., Ahn, S. Y., & Kim, Y. J. (2020). Influence of job satisfaction and burnout on nursing service quality in long-term care hospitals. *Medico-Legal Update*, 20(1), 1585–1590. <https://doi.org/10.37506/v20/i1/2020/mlu/194528>
- Xu, H., Dong, C., Yang, Y., & Sun, H. (2022). Developing a professional competence framework for the master of nursing specialist degree program in China: A modified Delphi study. *Nurse Education Today*, 118. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105524>
- Ying, L., Fitzpatrick, J. M., Philippou, J., Huang, W., & Rafferty, A. M. (2021). The organisational context of nursing practice in hospitals in China and its relationship with quality of care, and patient and nurse outcomes: A mixed-methods review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 30, Issues 1–2, pp. 3–27). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.15486>
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49–54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I – CRONOGRAMA

Tarefas	05/ 23	06/ 23	07/ 23	08/ 23	09/ 23	10/ 23	11/ 23	12/ 23	01/ 24	02/ 24	03/ 24	04/ 24	05/ 24	06/ 24	07/ 24	08/ 24	09/ 24	10/ 24	11/ 24	12/ 24	2025
Pedido de autorização aos autores e editora																					
Apresentação do projeto em reunião científica																					
Revisão <i>scoping</i> da literatura																					
Apresentação do projeto final UC DPGE																					
Pedido de autorização à CES e ao CA da ULS X																					
Tradução da escala original para língua portuguesa																					
Retroversão da escala para língua inglesa																					

