

**PERCEÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM  
QUE CONTRIBUEM PARA A QUALIDADE DOS  
CUIDADOS” - TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO  
CULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA A  
REALIDADE FRANCESA.**

**“PERCEPTION OF NURSING ACTIVITIES THAT CONTRIBUTE  
TO NURSING CARE QUALITY” - TRANSLATION, VALIDATION  
AND RELIABILITY TESTING OF THE FRENCH VERSION OF  
THE SCALE**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora  
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins e  
coorientada pela Professora Mestre Maria Narcisa  
da Costa Gonçalves**

**Autor: Estefania Coello Gonçalves Canedo**

**Porto 2020**





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem**

**PERCEÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM QUE  
CONTRIBUEM PARA A QUALIDADE DE CUIDADOS” -  
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA  
ESCALA PARA A REALIDADE FRANCESA.**

**“PERCEPTION OF NURSING ACTIVITIES THAT CONTRIBUTE  
TO NURSING CARE QUALITY” - TRANSLATION, VALIDATION  
AND RELIABILITY TESTING OF THE FRENCH VERSION OF  
THE SCALE**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora  
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins e  
coorientada pela Professora Mestre Maria Narcisa  
da Costa Gonçalves**

**Autor: Estefania Coello Gonçalves Canedo**

**Porto 2020**



*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.  
Todos deveriam ser transformados em ações,  
em ações que tragam resultados”*

Florence Nightingale



## DEDICATORIA

Ao meu marido, amigo, companheiro incondicional,  
o qual sempre me motivou e apoiou ao longo de todo  
este processo, sendo paciente nos momentos mais difíceis.

A minha filha que amo incondicionalmente e a toda a minha família.





## AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora e acima de tudo amiga, Maria Manuela Martins, por toda a ajuda, a paciência e a disponibilidade ao longo desta aventura.

A todos os profissionais envolvidos, por terem participado e permitido a concretização do presente estudo.

Aos membros da Unidade Vitor Hugo do Centre Hospitalier Théophile Roussel, por acreditarem que eu era capaz e por contribuírem à concretização do mesmo.

A todos os colegas e colaboradores da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Mantes la Jolie, pelo contributo na validação da escala e especialmente, à Mestre Rosa Lopes, por me permitir concretizar o meu sonho.

Ao meu marido e a minha filha por se terem ocupado de todo o resto...

E por fim, todas as pessoas que de forma direta ou indireta deram o seu contributo e motivação para concretizar este desafio.



## RESUMO

A qualidade na prestação de cuidados, representa um dos grandes desafios dos enfermeiros gestores na atualidade e embora a noção de qualidade tenha evoluído e progredido com a investigação produzida, as chefias de enfermagem precisam cada vez mais, de poder avaliar a percepção que os seus colaboradores têm relativamente aos cuidados por eles prestados e de que forma estes profissionais concretizam os padrões de qualidade dos cuidados, colocando o foco na obtenção da excelência no exercício profissional da enfermagem.

A presente investigação centra-se na tradução, validação e adaptação cultural da escala “Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados” (EPAECQC), para a realidade Francesa e na avaliação da percepção dos mesmos pelos profissionais a exercerem as suas funções em França, tendo em conta, a multiculturalidade existente no País, relativa não só aos clientes, como aos prestadores de cuidados e de que forma esta ferramenta proporciona uma mais valia para os enfermeiros gestores na sua prática profissional.

Para a concretização da presente dissertação optou-se por realizar um estudo metodológico, de paradigma quantitativo, descritivo e transversal, o qual decorreu em três fases. A primeira teve como objetivo traduzir e adaptar a escala à língua e à cultura Francesa. A fiabilidade foi garantida pela determinação da consistência interna, apresentando um Alfa de Cronbach de 0,913, após a exclusão de três itens. A validade de conteúdo foi garantida pelo teste de compreensão, realizado por 10 enfermeiros independentes, sem conhecimento prévio da escala e a validade de constructo através da análise fatorial. Na segunda fase, procedeu-se à validação da escala, utilizando maioritariamente questionários on-line e a través da participação de 125 enfermeiros Franceses, entre os meses de fevereiro e junho de 2020. A amostra pertence maioritariamente ao sexo feminino (90,4%) apresentando uma média de 40,63 anos, 52% da amostra, detêm a formação básica em enfermagem, 17,01 anos de média, de atividade profissional e 6,5 anos de atividade no serviço atual. Relativamente a experiência em gestão, 66,4% dos inquiridos não apresentam experiência em dita área.

Na terceira fase, efetuou-se uma análise estatística dos dados recolhidos, a qual serviu de base para a discussão dos resultados. O score médio obtido com a aplicação da escala foi de 75,65 pontos dum total de 95 pontos possíveis, confirmando a existência de uma boa percepção da qualidade, os respondentes afirmaram ainda maioritariamente realizar “muitas vezes”, seguido de “sempre”, as atividades de enfermagem questionadas. Ao cruzar as variáveis em estudo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a experiência na área da gestão, e a percepção da qualidade total dos cuidados de enfermagem ( $p>0,012$ ), sendo estatisticamente significativa nas componentes “satisfação do cliente” ( $p>0,006$ ), “promoção da saúde” ( $p>0,001$ ) e “prevenção de complicações” ( $p>0,003$ ). De destacar ainda uma associação estatisticamente significativa entre a componente “bem-estar e autocuidado” e a variável anos de exercício profissional no serviço atual ( $p>0,001$ ).

Face aos resultados obtidos, verifica-se a existência de atividades de enfermagem percecionadas como mais concretizadas do que outras, pelos enfermeiros respondentes, apresentando, ainda assim, uma percepção positiva em relação a realização das atividades inerentes aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Confirmando-se de esta forma, a mais valia deste tipo de estudos, ao proporcionarem aos enfermeiros gestores, ferramentas adaptadas e válidas para avaliar a percepção e a qualidade da prestação dos cuidados. Os dados obtidos, sugerem a necessidade de realizar uma reflexão em torno das práticas de gestão e da organização atual dos recursos em geral, nas instituições Francesas, no sentido de promover a fidelização dos seus colaboradores, através da disponibilidade de condições de trabalho atrativas e de formação contínua, transmitindo uma nova ideologia que permita melhorar a qualidade da prestação de cuidados, visando a excelência dos mesmos.

**Palavras chaves:** Enfermagem; Qualidade em saúde; Cuidados de enfermagem; Gestão em enfermagem; Validação; Escala; EPAECQC.



## ABSTRACT

Quality of care, represents one of the greatest challenges actually of nursing managers, and although the notion of quality has evolved, and progressed with the research produced, nursing managers increasingly need to be able to assess how their staff perceive the care they provide, and how these professionals achieve the standards of care quality, placing the focus on achieving excellence in the professional exercise of nursing.

This research aims to describe the process of translation, validation, and cultural adaptation of the scale "Perception of Nursing Activities that Contribute to the Quality of Care" (EPAECQC), to the French reality. The study focuses on the assessment of the perception of professionals performing their duties in France, taking into account the multiculturalism that exists in the country, concerning not only clients, but also carers, and how this tool provides an added value for nursing managers in their professional practice.

To carry out this dissertation, a methodological, quantitative, descriptive, and transversal paradigm study was chosen, which took place in three phases. The first aimed to translate and adapt the scale to the French language and culture. Its reliability was guaranteed by the determination of internal consistency, presenting an Alpha of Cronbach of 0.913, with the exclusion of three items. The validity of the content was also guaranteed by the comprehension test, performed by 10 independent nurses, without prior knowledge of the scale, and the construct validity through factor analysis.

In the second phase, the scale was validated using mainly online questionnaires and through the participation of 125 French nurses between the months of February and June 2020. The sample was mainly female (90.4%) with an average age of 40.63 years. Concerning training and experience, 52% of the sample have a basic training in nursing, an average of 17.01 years of professional activity, and 6.5 years of activity in the current service. Regarding the functions in management performance, 66.4% of the respondents do not present experience in this area.

In the third phase, a statistical analysis of the data collected was carried out, which served as a starting point for the discussion of the results. The average score obtained with the application of the scale was 75.65 points out of 95 possible points, confirming the existence of a good perception of quality. The respondents still stated that they performed "many times", followed by "always", the nursing activities questioned. When crossing the variables in study, there was a statistically significant association between the experience in the management area, and the perception of the total quality of nursing care ( $p > 0.012$ ), being statistically significant in the dimensions "client satisfaction" ( $p > 0.006$ ), "health promotion" ( $p > 0.001$ ), and "prevention of complications" ( $p > 0.003$ ). A statistically significant association between the "well-being and self-care" dimension and the variable years of professional exercise in the current service ( $p > 0.001$ ) should also be highlighted.

In view of the results obtained, the existence of nursing activities perceived as more concrete than others, by the responding nurses, presenting, even so, a positive perception in relation to the accomplishment of the activities inherent to the quality standards of nursing care. Confirming in this way, the added value of this type of studies, providing adapted and valid tools to evaluate the perception and quality of care to the nursing managers. The data obtained, suggests the necessity to reflect on management practices and on the current organisation of resources in general, in French institutions, to further faithfulness of their staff through the availability of attractive working conditions and continuous training, transmitting a new ideology which will make it possible to improve the quality of care, seeking excellence.

**Keywords:** Nursing; Quality in health; Nursing care; Nursing management; Validation; Scale; EPAECQC.



## RESUMÉ

La qualité des soins représente aujourd'hui l'un des grands défis des cadres infirmiers. Bien que la notion de qualité ait évolué et progressé avec les recherches scientifiques, les cadres de soins infirmiers doivent de plus en plus être en mesure d'évaluer la façon dont leur personnel perçoit les soins dispensés, et la façon dont ces professionnels répondent aux normes de qualité des soins, en mettant l'accent sur l'atteinte de l'excellence dans l'exercice professionnel des soins infirmiers.

Cette recherche vise à décrire le processus de traduction, de validation et d'adaptation culturelle de l'échelle "Perception des activités infirmières contribuant à la qualité des soins" (EPAECQC), à la réalité française. Il se concentre sur l'évaluation de la perception des professionnels exerçant leurs fonctions en France, en tenant compte du multiculturalisme qui existe dans ce pays, en ce qui concerne non seulement les clients, mais aussi les soignants, et sur la manière dont cet outil apporte une valeur ajoutée aux cadres de santé dans leur pratique professionnelle.

Pour réaliser cette dissertation, le choix s'est porté, sur une étude de paradigme méthodologique, quantitative, descriptive et transversale, en trois phases. La première visait à traduire et à adapter l'échelle à la langue et à la culture françaises. Sa fiabilité a été garantie par la détermination de la cohérence interne, présentant un Alpha de Cronbach de 0,913, après l'exclusion de trois éléments. La validité du contenu a également été garantie par le test de compréhension, effectué par 10 infirmières indépendantes, et sans connaissance préalable de l'échelle, et la validité de construction par l'analyse factorielle.

Dans une seconde phase, l'échelle a été validée, principalement à l'aide de questionnaires en ligne, et grâce à la participation de 125 infirmières françaises, entre les mois de février et juin 2020. L'échantillon est majoritairement féminin (90,4 %) avec une moyenne de 40,63 ans. En ce qui concerne la formation et l'expérience, 52 % ont une formation de base en soins infirmiers, avec une moyenne de 17,01 ans d'activité professionnelle et 6,5 ans d'activité dans le service actuel. En ce qui concerne l'exercice de fonctions en tant que cadre de santé, 66,4% des répondants n'ont pas d'expérience dans ce domaine.

Dans la troisième phase, une analyse statistique des données collectées a été réalisée, qui a servi de base à la discussion des résultats. Le score moyen obtenu est de 75,65 points sur 95 points possibles, confirmant l'existence d'une bonne perception de la qualité, les personnes interrogées ont également déclaré avoir effectué "souvent", suivi de "toujours", les activités infirmières interrogées. En croisant les variables à l'étude, on constate une association statistiquement significative entre l'expérience en matière de gestion et la perception de la qualité totale des soins infirmiers ( $p > 0,012$ ), étant statistiquement significative dans les dimensions "satisfaction du client" ( $p > 0,006$ ), "promotion de la santé" ( $p > 0,001$ ) et "prévention des complications" ( $p > 0,003$ ). Il convient également de souligner une association statistiquement significative entre la dimension "bien-être et auto-soins" et la variable années d'exercice professionnel dans le service actuel ( $p > 0,001$ ).

Au vu des résultats, on constate que certaines activités de soins sont perçues comme étant plus concrétisées que d'autres par les interrogées, tout en gardant une perception positive par rapport aux activités inhérentes aux normes de qualité des soins infirmiers. Cela confirme la valeur ajoutée de ce type d'études, en fournissant aux cadres de santé, des outils adaptés et valables pour évaluer la perception et la qualité des soins. Ces résultats suggèrent la nécessité d'une réflexion sur la gestion et l'organisation actuelle dans les institutions françaises, afin de promouvoir la fidélisation des employés par leur mise à disposition de conditions de travail attractives, et formation continue, transmettant une nouvelle idéologie qui leur permettra d'améliorer la qualité des soins, en visant l'excellence.

**Mots clés :** Échelle ; Échelle de l'EPAECQC ; Gestion des soins infirmiers ; Validation ; Qualité dans la santé ; Soins infirmiers.





## RESUMEN

La calidad de los cuidados representa uno de los grandes desafíos de los supervisores de enfermería hoy en día, y aunque la noción de calidad ha evolucionado y progresado con las investigaciones realizadas, estos profesionales, necesitan cada vez más, poder evaluar la percepción de su personal relativa a los cuidados que prestan, y de qué forma, estos cumplen las normas de calidad de los cuidados, visando la excelencia de la atención en enfermería.

Esta investigación tiene por objeto describir el proceso de traducción, validación y adaptación cultural de la escala "Percepción de las actividades de enfermería que contribuyen a la calidad de la atención" (EPAECQC), a la realidad francesa. Se encuentra centrada en la evaluación de la percepción de los profesionales que desempeñan sus funciones en Francia, teniendo en cuenta el multiculturalismo que existe en el país, relativo no sólo a los clientes, sino también a los prestadores de cuidados, y cómo esta herramienta proporciona un valor añadido a los supervisores de enfermería en su práctica profesional.

Se procedió a la realización de un estudio metodológico, de paradigma cuantitativo, descriptivo y transversal, en tres fases. La primera consta de la traducción y adaptación de la escala a la lengua y cultura francesas. La fiabilidad fue confirmada al determinar la consistencia interna, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0,913, una vez excluidos tres elementos. La validez del contenido fue realizada por medio de la prueba de comprensión, perpetrada por 10 enfermeras independientes, las cuales no tuvieron conocimiento previo de la escala, y la validez del constructo, mediante la realización del análisis factorial.

En la segunda fase se procedió a la validación de la escala, mediante la aplicación de cuestionarios, mayoritariamente en línea, entre los meses de febrero y junio de 2020. Participaron 125 enfermeros franceses, y la muestra resultó ser mayoritariamente femenina (90,4%) con una media de 40,63 años. Relativamente a la formación y a la experiencia, el 52% de la muestra tenía una formación básica en enfermería, una media de 17,01 años de actividad profesional total, y de 6,5 años en el servicio actual. Respectivamente a las funciones de supervisión, el 66,4% afirmó no tener experiencia en este ámbito.

En la tercera fase se realizó un análisis estadístico de los datos reunidos, que sirvió de base a la discusión de los resultados. La puntuación media obtenida fue de 75,65 puntos sobre 95 puntos posibles, confirmando la existencia de una buena percepción de la calidad, los encuestados también declararon que realizaban "muchas veces", seguido de "siempre", las actividades de enfermería cuestionadas. Al cruzar las variables estudiadas, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la experiencia en supervisión y la percepción de la calidad total ( $p > 0,012$ ), siendo estadísticamente significativa en las dimensiones "satisfacción del cliente" ( $p > 0,006$ ), "promoción de la salud" ( $p > 0,001$ ) y "prevención de complicaciones" ( $p > 0,003$ ). También cabe destacar una asociación estadísticamente significativa entre la dimensión "bienestar y autocuidado" y la variable años de ejercicio profesional en el actual servicio ( $p > 0,001$ ).

Según los resultados obtenidos, se puede afirmar que existen actividades de enfermería más concretizadas que otras por los encuestados, pero, aun así, estos son representativos de una percepción positiva relativa a la atención prestada, inherente a las normas de calidad de los cuidados de enfermería. Confirmando de esta forma el valor añadido de este tipo de estudios, al proporcionar a los cargos de supervisión, herramientas adaptadas y válidas para evaluar la percepción y la calidad de la atención enfermera prestada. Estos datos sugieren la necesidad de reflexionar sobre la gestión y la organización actual de los recursos en general en las instituciones francesas, con el fin de fidelizar sus empleados, proporcionando condiciones de trabajo atractivas y formación continuada, y transmitiendo una nueva ideología que permita mejorar la calidad de la atención, visando la excelencia en el cuidado.

**Palabras clave:** Enfermería; Calidad en la salud; Cuidados de enfermería; Gestión de enfermería; Validación; Escala; EPAECQC.



## LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

|         |                                                                                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACP     | Análise de componentes principais                                                             |
| AF      | Análise fatorial                                                                              |
| APGEL   | Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança                                     |
| ARS     | Administração Regional da Saúde                                                               |
| DP      | Desvio Padrão                                                                                 |
| ECTS    | Sistema Europeu de Transferência de Créditos                                                  |
| EPAECQC | Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados. |
| HAS     | Haute Autorité de Santé                                                                       |
| IPQ     | Instituto Português da Qualidade                                                              |
| KMO     | Kaiser Meyer Olkin                                                                            |
| ISO     | Normas de organização internacional                                                           |
| OE      | Ordem dos Enfermeiros                                                                         |
| ONI     | Ordre National des Infirmiers                                                                 |
| PNS     | Plano Nacional de Saúde.                                                                      |
| PQCE    | Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem                                               |
| REPE    | Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.                                          |



## SUMÁRIO

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO.....                                                                                                                   | 23  |
| 1 - QUALIDADE EM SAÚDE E DESAFIOS AOS GESTORES .....                                                                              | 27  |
| 1.1 - Qualidade em saúde .....                                                                                                    | 28  |
| 1.2 - Qualidade dos cuidados de enfermagem .....                                                                                  | 35  |
| 1.3 - Gestão da Qualidade.....                                                                                                    | 41  |
| 1.4 - Enfermeiro gestor e o seu impacto na qualidade .....                                                                        | 45  |
| 1.4.1 - As origens da gestão na Enfermagem .....                                                                                  | 46  |
| 1.4.2 - Evolução da carreira e das competências em gestão em Portugal .....                                                       | 47  |
| 1.5 - Qualidade da prestação de cuidados na realidade Francesa.....                                                               | 52  |
| 2 - DO LEVANTAMENTO DAS QUESTÕES AO TRABALHO DE CAMPO .....                                                                       | 59  |
| 2.1 - Contexto e justificação do estudo .....                                                                                     | 60  |
| 2.2 - Objetivos do estudo .....                                                                                                   | 61  |
| 2.3 - Da população a amostra .....                                                                                                | 62  |
| 2.4 - Variáveis em estudo .....                                                                                                   | 63  |
| 2.5 - Tradução e validação de um instrumento psicométrico .....                                                                   | 67  |
| 2.5.1 - O instrumento psicométrico .....                                                                                          | 68  |
| 2.5.2 - Tradução para a língua Francesa da EPAECQC .....                                                                          | 70  |
| 2.6 - Procedimentos de suporte ao desenvolvimento do estudo .....                                                                 | 73  |
| 2.6.1 - Procedimentos éticos .....                                                                                                | 74  |
| 2.7 - Verificação da Validade de Conteúdo da escala.....                                                                          | 75  |
| 2.7.1 - Descrição da validação da EPAECQC .....                                                                                   | 76  |
| 2.7.2 - Comportamento da EPAECQC na população em estudo .....                                                                     | 87  |
| 3 - UMA JANELA PARA OLHAR À QUALIDADE DOS CUIDADOS NA REALIDADE FRANCESA .....                                                    | 101 |
| 3.1 - Caracterização da Amostra.....                                                                                              | 101 |
| 3.2 - Apreciação da qualidade dos cuidados.....                                                                                   | 105 |
| 4 - DO ESTADO DA ARTE SOBRE A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À REALIDADE DO OLHAR DA PROFISSÃO EM FRANÇA ..... | 115 |

|                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.1 - Análise do trabalho de campo .....                                                                              | 115        |
| 4.2 - Apreciação da percepção da qualidade dos cuidados na realidade Francesa .....                                   | 119        |
| 4.3 - Impacto do Enfermeiro Gestor na percepção da qualidade dos cuidados .....                                       | 130        |
| 4.4 - Limitações do presente estudo.....                                                                              | 134        |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>                                                                                                | <b>138</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                                                | <b>140</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                    | <b>152</b> |
| Anexo I - Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados .....          | 154        |
| Anexo II - Tradução da EPAECQC de Português para Francês realizada pela Investigadora Principal .....                 | 158        |
| Anexo III - Tradução da EPAECQC de Português para Francês realizada por uma Tradutora Independente (Enfermeira) ..... | 162        |
| Anexo IV - Retroversão da EPAECQC de Francês para Português .....                                                     | 166        |
| Anexo V - Versão Francesa da EPAECQC utilizada no estudo .....                                                        | 170        |
| Anexo VI - Correspondência com a Diretora do Hospital François Quesnay .....                                          | 174        |
| Anexo VII - Pedido formal por escrito .....                                                                           | 176        |
| Anexo VIII - Correspondência com Mme Bustillo, resposta e aceitação da realização do estudo .....                     | 178        |
| Anexo IX - Carta Explicativa do Estudo com Consentimento Informado .....                                              | 180        |

## ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

### ÍNDICE DE TABELAS

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 : Análise descritiva das componentes da escala .....                                              | 77  |
| Tabela 2 : Descrição da amostra por grau académico .....                                                   | 102 |
| Tabela 3 : Descrição da opinião dos enfermeiros na Componente Satisfação do Cliente .                      | 106 |
| Tabela 4 : Descrição da opinião dos enfermeiros na Componente Promoção da Saúde ...                        | 107 |
| Tabela 5 : Descrição da opinião dos enfermeiros na Componente Prevenção de Complicações .....              | 109 |
| Tabela 6 : Descrição da opinião dos enfermeiros na Componente Bem-estar e Autocuidado .....                | 110 |
| Tabela 7 : Descrição da opinião dos enfermeiros na Componente Readaptação Funcional .....                  | 111 |
| Tabela 8 : Descrição da opinião dos enfermeiros na Componente Organização dos cuidados de Enfermagem ..... | 112 |

### ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 : Atributos da qualidade em saúde .....                                      | 32 |
| Figura 2: Modelo conceptual de Donabedian sobre a qualidade em saúde .....            | 33 |
| Figura 3 : Indicadores de Qualidade .....                                             | 34 |
| Figura 4 : Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem | 40 |
| Figura 5 : Competências do Enfermeiro Gestor .....                                    | 50 |
| Figura 6 : Perceção da qualidade dos cuidados em França em 2018 e 2019 .....          | 55 |
| FIGURA 7 : Procedimento para a adaptação cultural do EPAECQC .....                    | 73 |

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 : Comparação do total dos valores da escala pelo sexo .....                                                       | 87 |
| Gráfico 2 : Distribuição da qualidade total, por classes de idade .....                                                     | 88 |
| Gráfico 3 : Distribuição da qualidade total, por categoria de grau académico .....                                          | 89 |
| Gráfico 4 : Distribuição da qualidade total, por classes de anos de exercício profissional                                  | 89 |
| Gráfico 5 : Distribuição da qualidade total, por classes de anos de exercício profissional no serviço atual.....            | 90 |
| Gráfico 6 : Distribuição da qualidade total, por categorias de áreas de serviço .....                                       | 90 |
| Gráfico 6 : Distribuição da qualidade total, por categorias de áreas de serviço .....                                       | 91 |
| Gráfico 6 : Distribuição da qualidade total, por categorias de áreas de serviço .....                                       | 91 |
| Gráfico 7 : Distribuição da qualidade total, por classes de experiência na área da gestão                                   | 91 |
| Gráfico 8 : Distribuição do Bem-estar e autocuidado por categorias de anos de exercício profissional no serviço atual ..... | 95 |



|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 9 : Distribuição da Satisfação do cliente por categorias de experiência na área da gestão.....      | 97 |
| Gráfico 10 : Distribuição da Promoção da saúde por categorias de experiência na área da gestão.....         | 98 |
| Gráfico 11 : Distribuição da Prevenção de complicações por categorias de experiência na área da gestão..... | 99 |

## ÍNDICE DE QUADROS

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 : Variáveis Sociodemográficas .....                                                                            | 64  |
| Quadro 2 : Variáveis profissionais no momento da resposta ao questionário.....                                          | 65  |
| Quadro 3 : Variáveis relacionadas com a avaliação da satisfação dos enfermeiros .....                                   | 65  |
| Quadro 4 : Valores de referência de KMO .....                                                                           | 78  |
| Quadro 5 : Extração das comunalidades .....                                                                             | 79  |
| Quadro 6 : Análise de Componentes Principais .....                                                                      | 81  |
| Quadro 7 : Extração para três Componentes.....                                                                          | 82  |
| Quadro 8 : Extração para duas Componentes .....                                                                         | 84  |
| Quadro 9 : Fiabilidade de uma escala Alpha de Cronbach .....                                                            | 85  |
| Quadro 10 : Confiabilidades Alpha de Cronbach nos países nos quais o questionário foi aplicado .....                    | 86  |
| Quadro 11 : Comportamento da qualidade total relativamente às variáveis.....                                            | 92  |
| Quadro 12 : Comportamento das componentes relativamente à variável sexo .....                                           | 92  |
| Quadro 13 : Comportamento das componentes relativamente à variável classes de idades .....                              | 93  |
| Quadro 14 : Comportamento das componentes relativamente à variável grau académico                                       | 93  |
| Quadro 15 : Comportamento das componentes relativamente à variável anos experiência profissional.....                   | 94  |
| Quadro 16 : Comportamento das componentes relativamente à variável anos de exercício profissional no serviço atual..... | 95  |
| Quadro 17 : Comportamento das componentes relativamente à variável áreas de serviços .....                              | 96  |
| Quadro 18 : Comportamento das componentes relativamente à variável experiência na área da gestão .....                  | 97  |
| Quadro 19 : Descrição Da Amostra Por Classes De Idade .....                                                             | 102 |
| Quadro 20 : Descrição da amostra segundo os anos de exercício profissional .....                                        | 103 |
| Quadro 21 : Descrição da amostra segundo o tempo de exercício profissional no serviço atual .....                       | 103 |
| Quadro 22 : Descrição da amostra segundo a área do serviço de exercício das funções ..                                  | 104 |
| Quadro 23 : Descrição da amostra de acordo com as funções exercidas na área da gestão .....                             | 105 |

## INTRODUÇÃO

As organizações de saúde internacionais são confrontadas com profundas mudanças impostas pelas conjunturas governamentais e pelas políticas de gestão estratégica, em matéria de recursos humanos e materiais. Estas medidas, por vezes drásticas, modificam o ambiente de trabalho afetando não só os clientes, mas sobretudo, os profissionais de saúde.

A enfermagem, enquanto grupo profissional mais representativo no setor, tem assumido a responsabilidade de fazer sempre mais e melhor, assegurando a prestação dos cuidados aos clientes e desempenhando, cada vez mais ativamente, funções que promovam a avaliação e a melhoria da qualidade dos mesmos. Contudo, a disciplina de enfermagem abrange, atualmente, muito mais do que a prestação de cuidados ao cliente, esta integra, todos os conteúdos e processos inerentes, a todos os papéis que o enfermeiro desenvolve, quer seja na clínica, no ensino, na investigação e nomeadamente na gestão e administração (Meleis, 2007).

A gestão em enfermagem emerge então, como sendo a estratégia primordial para a obtenção da melhor qualidade na prática da prestação de cuidados, seja ela nas unidades ou serviços, ou no ambiente da prática profissional de enfermagem.

Com a publicação do regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor, este profissional assume um papel de destaque, implementando, supervisionando e monitorizando transformações organizacionais, as quais promovam a qualidade visando, uma prestação de cuidados de excelência (Regulamento nº 101/2015, 2015). Porém para que esta máxima se torne factual, é necessário inverter as tendências. A avaliação da qualidade, esteve durante muito tempo centrada única e exclusivamente na opinião do cliente, esta constituía, um elemento indispensável para uma gestão adequada dos recursos colocados ao serviço do sector da saúde. A informação obtida permitia gerenciar os serviços de saúde, os quais se encontravam centrados nos seus utilizadores, representando estes os principais beneficiados (Escoval & Nicolau, 2010).

As instituições organizavam os serviços à medida do cliente, adaptando-os, as suas necessidades e expectativas, considerando a satisfação do utilizador como único indicador da qualidade dos cuidados prestados (Escoval & Nicolau, 2010). O cliente é certamente parte integrante da qualidade dos serviços de saúde e a sua avaliação dos mesmos, contribui para melhorar o desempenho de todos os intervenientes em saúde, mas não devem ser os únicos

a serem inquiridos, pois são os profissionais de saúde os prestadores de ditos cuidados e os que se encontram em primeira linha.

Com a evolução do conceito de qualidade, cuidados de qualidade e gestão da qualidade dos cuidados, emergiram em Portugal os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), os quais constituem um quadro de referência, para os enfermeiros e para o seu exercício profissional, respeitando o ponto de vista dos utilizadores e garantindo a qualidade dos cuidados que recebem (OE, 2012).

Foi com base em ditos padrões de qualidade, que Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin (2016), decidiram elaborar um instrumento, que permitisse avaliar a perceção, que os enfermeiros têm, sobre a sua própria prestação de cuidados, assim como da prestação de cuidados na sua unidade. Pois é através da identificação das perceções dos enfermeiros, em relação às atividades por eles desempenhadas, que o enfermeiro gestor poderá estabelecer o seu plano de ação e de melhoria das mesmas, proporcionando meios que permitam uma prestação de cuidados de qualidade.

A realização do presente estudo, surge, da vontade de realçar a investigação e a produção científica realizada pelos enfermeiros em Portugal, oferecendo ao mesmo tempo, um contributo para a gestão e para a investigação Francófona. Realçando ainda, o papel, que os enfermeiros detêm, na qualidade da prestação de cuidados à comunidade, ofertando-lhes a possibilidade de se exprimirem de uma forma segura, sincera e anónima.

É com a tradução, adaptação cultural e validação da escala “Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados” para a realidade Francesa, que se pretende desenvolver o presente estudo, *“uma vez que, os programas ou ações, cujo objetivo é melhorar a qualidade requerem mudanças nos serviços e essas dependem, em grande parte, do compromisso e comprometimento dos profissionais de enfermagem”*, passando pela implicação dos mesmos (Martins, et al., 2016).

Com a realização do presente estudo, pretende-se realçar esta perspetiva particular da qualidade em saúde, que é a visão dos enfermeiros, relativa ao contributo do próprio exercício profissional. Tendo em conta para tal, a *“intersubjetividade inerente aos contextos de cada um dos sujeitos que intervêm na qualidade”* (Machado 2013, p.53), sem esquecer a complexidade das organizações e o contexto particular no qual o estudo será realizado, a realidade Francesa.

Tendo em conta, que o fio condutor do presente estudo é a tradução, adaptação cultural e validação da “Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados” (EPAECQC) para a realidade Francesa, a questão de partida não podia ser outra que a seguinte: “Qual a perceção que os profissionais de enfermagem que

exercem a sua profissão em território Francês têm, das atividades e intervenções por eles realizadas e de que forma estas contribuem para a qualidade dos cuidados prestados?”

Pretende-se ainda, com a realização do presente estudo, além de descrever o modo como a qualidade é percebida pelos enfermeiros a desempenhar funções em território Francês, fornecer dados que permitam uma reflexão sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem e sobre as condições de trabalho atuais em dito país.

Este estudo, permitiu ainda, favorecer o meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeira e futura gestora, propulsando a minha carreira na investigação e oferecendo uma ponte para o ensino em enfermagem, enquanto professora, na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Francesa de Mantes la Jolie (desde fevereiro 2020).

A organização do presente estudo, estrutura-se em quatro partes distintas. Na primeira parte, realizar-se-á, um breve enquadramento conceptual entorno dos temas centrais do mesmo, como são a origem da qualidade, a qualidade dos cuidados, a gestão em enfermagem, assim como a qualidade da prestação de cuidados na realidade Francesa.

Na segunda parte, apresentar-se-á, o enquadramento metodológico, desde a finalidade, passando pelos objetivos traçados, à questão de investigação e às variáveis em análise. No que ao estudo se refere, será abordada a metodologia de tradução e validação de um instrumento psicométrico, assim como a descrição da tradução do mesmo. Neste capítulo será ainda verificada a validade de conteúdo do instrumento traduzido e obviamente, será definida a população e amostra, o procedimento de recolha de dados, assim como o seu tratamento.

Na terceira parte, expor-se-ão, os principais resultados consequentes do presente estudo, com recurso à estatística descritiva e inferencial, para a análise da relação entre as variáveis. Os resultados serão discutidos no quarto capítulo, tendo por base a comparação com as evidências disponíveis na literatura consultada, nomeadamente, a investigação realizada por Martins, et al., em 2016. Será ainda efetivada, uma reflexão acerca das limitações e dificuldades sentidas ao longo de todo o processo de realização da presente dissertação.

O presente estudo finalizar-se-á, pelas conclusões relativas à consecução dos objetivos propostos, efetuando uma reflexão acerca das possíveis proposições, com base nos resultados alcançados, para a prestação de cuidados de qualidade no território Francês e para possíveis investigações futuras.



## 1 - QUALIDADE EM SAÚDE E DESAFIOS AOS GESTORES

A noção de qualidade tem evoluído ao longo do tempo. Embora se encontrem diferentes definições na literatura, estas são dependentes da visão e do contexto no qual a mesma se insere. No presente estudo a problemática central tem o foco na qualidade dos cuidados prestados, nos desafios que os enfermeiros gestores detêm para promover a qualidade dos mesmos e nomeadamente, na perceção que os enfermeiros têm do seu próprio exercício profissional.

Pretende-se neste capítulo, fazer o enquadramento da qualidade e após uma breve contextualização histórica e evolutiva de dito conceito, procurar-se-á, perceber a importância que esta detém na área da saúde e de que forma, esta se encontra influenciada pela conjugação de diferentes fatores de ordem individual e organizacional. Na evolução do conceito, serão apresentados os elementos constituintes dos PQCE da Ordem dos Enfermeiros (OE), cujos enunciados descritivos serviram de base a construção da Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados (EPAECQC).

Por outro lado, conduz-se um enfoque na gestão e após uma breve síntese histórica, analisar-se-á, o seu impacto na área da saúde, mais concretamente na área de enfermagem, abordando ainda as competências do enfermeiro gestor, as quais permitem de identificar os suportes que sustentam o tema central, especificando o foco do problema da assistência de qualidade, percecionada pelos enfermeiros.

Finalizar-se-á o presente capítulo, com uma breve contextualização, da situação atual em matéria de gestão de cuidados, na realidade Francesa. Colocando em evidência, a preocupação que esta constatação provoca na minha pessoa, motivando assim, a escolha do presente tema e a realização da presente dissertação.

## 1.1 - Qualidade em saúde

Definir qualidade em saúde não é tarefa fácil, na perspectiva de Potra (2015), existe uma grande dificuldade em encontrar uma definição do conceito de qualidade consensual, embora a noção tenha evoluído, esta continua a ser subjetiva e dependente das suas dimensões, das interpretações pessoais e da avaliação utilizada.

A qualidade, demonstra ser uma temática extremamente abrangente e complexa, pois cada pessoa têm uma perceção diferente da qualidade dos produtos adquiridos e dos serviços que lhe são prestados. E ao mesmo tempo, certos aspetos tecnológicos dos produtos, são muitas vezes financeiramente inacessíveis à globalidade da população, o que pode provocar uma prestação de serviços de qualidade inferior ou díspar (Pires, 2016).

Para Potra (2015), a dificuldade reside na característica do conceito ser abstrato, dependente de diferentes valores, sujeito a diversas interpretações, as quais diferem em função do foco de interesse e das expectativas do consumidor.

Segundo os diversos autores consultados, o conceito de qualidade começa a aparecer na literatura no século XVI (Henriques, 2008 ; Martins, 2014). Este conceito encontrava-se, inicialmente, muito próximo à área industrial, associando-se quase exclusivamente à produção de materiais defeituosos, para dar lugar posteriormente à qualidade da gestão e dinâmica de trabalho dos funcionários e, para mais tarde, se centrar na perspectiva do cliente (Martins, 2014).

Contudo, o conceito de qualidade, assim como a sua conceptualização nas práticas organizacionais, evoluiu gradativamente ao longo de todo o século XX. E este encontra-se, ainda hoje, em evolução, pelo que tentar definir sucintamente esta conceção tão complexa e multifacetada revela-se quase impossível, dado que, *“a qualidade adota uma posição de não existência de absolutos”* (António & Teixeira, 2009).

Para Gomes (2004, p.8), o *“verdadeiro precursor do movimento de qualidade a nível mundial”*, é sem dúvida alguma William Edwards Deming, o qual também é considerado universalmente por muitos autores como sendo o *“pai da qualidade”*. Deming, destacou-se por identificar que funcionários motivados atingiam patamares superiores de produtividade e que a motivação se encontrava relacionada com a gestão e o reconhecimento e não propriamente com a remuneração. Questionou ainda o preconceito, de que um aumento na qualidade teria como consequência um aumento dos custos.

Mas a final, qual a representação do conceito qualidade. Segundo Wolmark (2001, p.5), *“la qualité ne se décrète pas, elle se constate”*, por outras palavras, a qualidade não se consegue medir, nem se pode afirmar, só se pode constatar e esta interfere de uma forma positiva com cada pessoa que a recebe ou que beneficia de um serviço que a contenha (Gomes, 2004).

Para Carvalho, Ferreira e Ferreira (2016), esta pode ser ainda entendida como *“o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação”* (Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2016, p.3).

Já Zardawi, Bennett, Jain e Brown (1998), definem qualidade como sendo um conjunto global de características e representações dum serviço, o qual é capaz de dar resposta as necessidades dos clientes. Com a evolução do conceito, este difundiu-se e a qualidade não ficou confinada unicamente às indústrias ou aos fornecedores de produtos. Esta começou a influenciar os prestadores de serviços e com especial ênfase na área da saúde.

A área hospitalar foi a mais influenciada, em consequência da complexidade do atendimento. A procura da qualidade dos serviços foi focalizada, visando a diminuição dos gastos excessivos e rentabilizando as infraestruturas físicas e humanas, procurando de esta forma, uma maior efetividade em relação com a procura do consumidor, com a redução dos custos e com a qualidade total da oferta (Bonato, 2011).

Na literatura internacional, podem-se encontrar diversas definições para qualidade em saúde, uma delas é a da Associação Internacional de Epidemiologia, citada por Carvalho, et al., (2016, p.3), a qual define a qualidade em saúde como sendo *“um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes”*.

Mas no que respeita esta disciplina, um nome emerge indiscutivelmente, representando uma autoridade em todos os aspetos referentes a esta área de estudo, Avedis Donabedian, sendo este reconhecido por todos os profissionais de saúde que se encontrem envolvidos com a garantia da qualidade em saúde, principalmente no que diga respeito a questões teórico-práticas, de monitoração e avaliação da qualidade.

Este, através dos seus livros e dos inúmeros artigos redigidos, conseguiu transformar a reflexão em torno dos sistemas de saúde e da qualidade da mesma. Em grande parte e graças ao seu conhecimento sobre dita matéria, consegue-se entender, presentemente, que a resposta social aos problemas de saúde não é unicamente um conjunto de acontecimentos isolados, mas sim um processo complexo guiado por ocorrências mais gerais correlacionadas.



Segundo Donabedian (1988), a qualidade em saúde representa o *“tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes”* (Carvalhais, 2010, p.11).

O Instituto de Medicina dos EUA (IOM, 2004, p.10) apresenta uma outra visão do conceito, definindo a qualidade em saúde como sendo *“o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados de saúde esperados e são consistentes com o conhecimento profissional mais atual”* (Potra, 2015, p.49).

A nível nacional é o Plano Nacional de Saúde (PNS), o que reflete as diretivas em matéria de qualidade dos serviços de saúde, evidenciando-o como sendo uma das principais preocupações da Direcção-Geral da Saúde. Neste plano estabeleceram-se padrões de qualidade, os quais foram definidos como determinantes para a qualidade em saúde, destacando o estabelecimento, a definição e monitorização de ditos indicadores, assim como as avaliações interna e externa, as quais permitem comparações dos prestadores de cuidados (Martins, et al., 2016).

O PNS encara a qualidade dos cuidados de saúde como sendo *“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”* (PNS 2012-2016, p.47 ; PNS 2015). O que revela a necessidade de apreciar a sua eficácia, para compreender se realmente esta, está a ser objetiva e efetiva ou não. Mas a sua avaliação revela-se difícil, pois o conceito não se encontra *“associado a uma dimensão específica e pode variar segundo as perspetivas dos consumidores, prestadores de cuidados e familiares”* (Abrantes, 2012, p.9).

Tudo depende de quem avalia dita qualidade e da perspetiva que este mesmo avaliador utiliza. Esta, pode ser avaliada pelos utentes e segundo o ponto de vista dos mesmos, enquanto recetores dos cuidados. Pode ser avaliada pelos prestadores de serviços, pelos auditores externos, ou ainda pelos profissionais de saúde, enquanto prestadores dos mesmos. Verificando-se aqui diferentes perceções e perspetivas de avaliação para um mesmo serviço.

A qualidade em saúde *“pode ser vista como absolutista, quando os profissionais determinam os procedimentos necessários a uma boa qualidade; individualizada ao considerar os desejos dos utentes e as respetivas avaliações; e social quando considera a sua distribuição”* (Carvalhais, 2010, p.11-12).

Em função da interpretação e do avaliador, a perceção do resultado obtido, pode diferir significativamente, pelo que a qualidade em saúde se revela subjetiva. Esta pode-se

encontrar carregada de interpretações e de julgamentos pessoais, visando satisfazer apenas o recetor dos cuidados (Ascensão, 2010).

Já para Donabedian (2003), a qualidade em saúde procura alcançar os maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente. Estes benefícios, definem-se em função do acessível, dos recursos disponíveis e dos valores sociais existentes. Este, prossegue afirmando, que definir a qualidade implica considerar diferentes particularidades intrinsecamente associadas aos contextos. Para o que institui três dimensões da qualidade em saúde:

- \* Dimensão técnica, como sendo à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos visando a solução para o problema de saúde do cliente;
- \* Dimensão interpessoal, referindo-se à relação estabelecida entre o prestador do serviço e o recetor;
- \* Dimensão ambiental, a qual diz respeito às condições oferecidas ao cliente em matéria de conforto e bem-estar.

Donabedian (2003, p. 6), confere ainda, à qualidade em saúde certos atributos como a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a acessibilidade, a legitimidade e a equidade (figura n°1).

A eficácia, a qual se encontra comumente relacionada com a obtenção de resultados e a qual representa, à capacidade que a ciência e a tecnologia dos cuidados possuem, para promover melhorias na saúde. Por outras palavras, esta representa o conjunto ideal das condições necessárias ao tratamento do cliente, pois quanto melhores forem as estruturas e os equipamentos, melhores será a prestação de serviços.

A efetividade, a qual faz alusão à obtenção do objetivo real, referindo-se à relação estabelecida entre os resultados obtidos e os resultados esperados, em função dos standards calculados com base na evidência científica. Correspondendo em saúde, à melhoria alcançada com a utilização dos recursos disponíveis.

A eficiência, fazendo alusão à capacidade de reduzir os custos dos cuidados prestados sem em contrapartida, diminuir a efetividade dos mesmos. O que representa em saúde, a oferta do melhor tratamento praticável, com a utilização da menor quantidade de recursos possível, ou seja, a realização de tudo o necessário para o cliente, com a utilização do menor esforço e do menor custo.

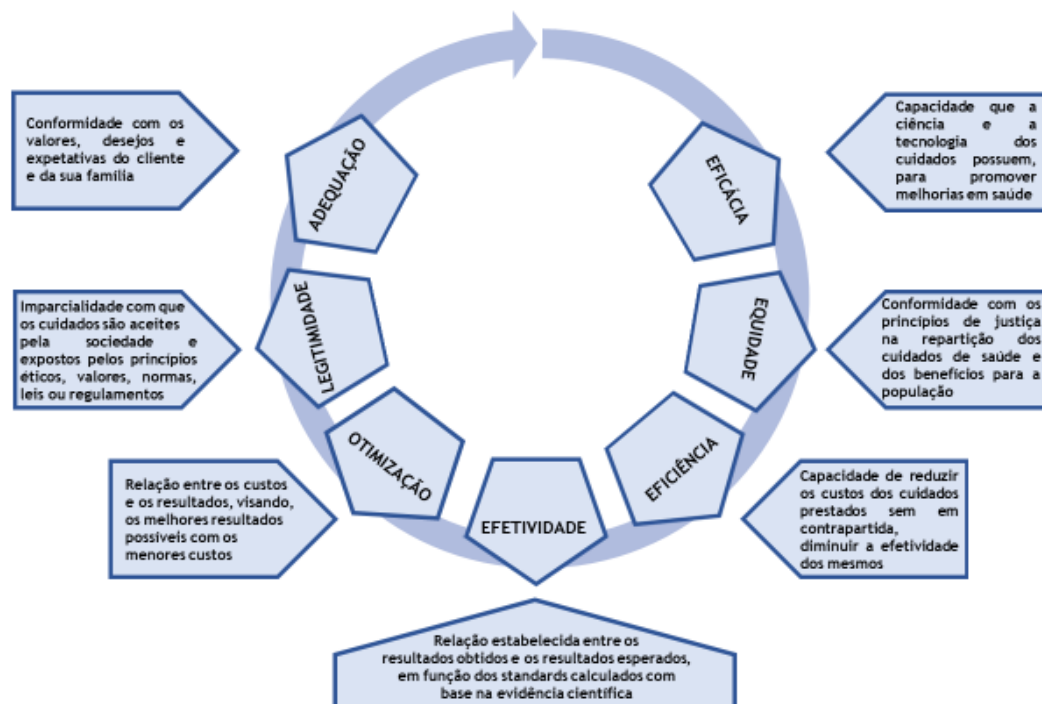
A otimização, a qual têm em conta, não só os cuidados, como os custos inerentes aos mesmos. Esta componente da qualidade, coloca em evidência, a relação entre os custos e os resultados, visando, os melhores resultados possíveis com os menores custos. Diferencia-se da eficiência, ao procurar a melhor aplicação dos recursos disponíveis, otimizando de esta forma o processo de cuidados.

A adequação, a qual faz alusão à adaptação do cliente com o seu tratamento. Esta representa a conformidade com os valores, desejos e expectativas do cliente e da sua família, englobando, diversas dimensões como a acessibilidade, prestação de cuidados no momento certo, de forma fácil e conveniente; a pertinência, atendendo as necessidades do cliente relativamente aos aspetos técnicos do tratamento; a relação profissional/cliente, a qual é fundamental na adesão ao tratamento; a amenização do ambiente, proporcionando condições propícias à prestação de cuidados; e por ultimo tendo em conta as preferências pessoais do cliente.

A legitimidade, a qual representa a visão exterior da instituição, demonstrando a imparcialidade com que os cuidados são aceites pela sociedade e manifestados pelos princípios éticos, valores, normas, leis ou regulamentos. Por outros termos, obter legitimidade da parte da sociedade é conseguir que esta aceite a instituição como sendo um local de prestação de serviços de qualidade.

Por último, mas não menos importante, aparece a equidade, como princípio de justiça na repartição dos cuidados de saúde, assim como dos benefícios para dita população. Regendo a repartição dos cuidados na comunidade, com base na imparcialidade no atendimento e tornando os cuidados de saúde aceitáveis para os indivíduos e legítimos para a comunidade.

FIGURA 1 : ATRIBUTOS DA QUALIDADE EM SAÚDE



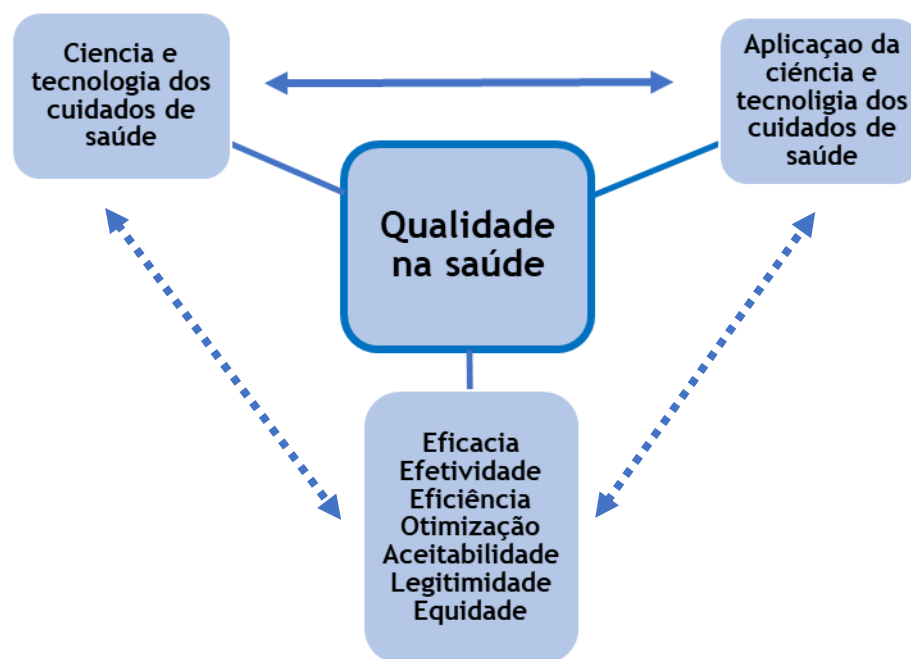
Fonte: Adaptação pessoal de Donabedian (2003, p.6)

Na literatura consultada, relativamente à avaliação da qualidade, encontram-se estudos que evidenciam a dicotomia entre a qualidade avaliada pelos clientes ou utilizadores e pelos prestadores ou profissionais. Destacando aqui os estudos de Johansson, Oléni e Fridlund (2004), os quais sugerem “*que a avaliação pelos enfermeiros da qualidade dos cuidados raramente está em consonância com a dos pacientes*” (Carvalhais, 2010, p.13).

Esta dicotomia pode ser consequência da diferenciação entre qualidade do atendimento, relativa à competência técnica dos profissionais e a qualidade de vida do utilizador, na qual encontramos aspetos como as escolhas do mesmo, a sua autonomia, dignidade e seus valores entre outras particularidades (Wiener, 2003).

Tendo em conta os fatores anteriormente mencionados, pode-se considerar que qualquer avaliação da qualidade, não é exclusiva nem totalmente adequada por si só, sendo este um conceito complexo e multidimensional no qual todas as perspetivas devem ser consideradas (Voutilainen, Backman, Ilosa & Laukkala 2006) (Figura nº 2).

**FIGURA 2: MODELO CONCEPTUAL DE DONABEDIAN SOBRE A QUALIDADE EM SAÚDE**



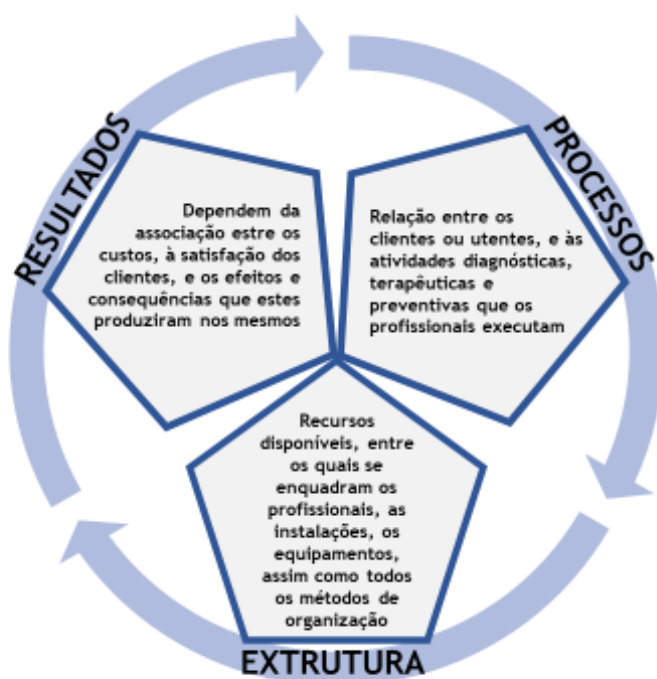
Fonte: Adaptação pessoal de Donabedian (2003, p.4)

Ao fazer referência à avaliação da qualidade em saúde, não se podia deixar de abordar os indicadores de qualidade, pois estes representam a monitorização e a avaliação dos resultados. Priorizando a medição dos resultados no cliente, uma vez que, permitem fazer

uma avaliação da qualidade e da eficácia dos resultados obtidos na perspectiva do recetor (Doran, Harrison, Laschinger, Hirdes, Rukholm, Sidani, McGillis, Tourangeau, & Cranley 2006).

Diferentes modelos existem para proceder ao estudo da qualidade, como são os de Maxwell e Donabedian. Porém, a qualidade em saúde, tem sido avaliada, tradicionalmente e na maior parte dos estudos, pela corrente “*donabediana*”, através dos indicadores de estrutura, processo e resultado (Figura nº 3).

FIGURA 3 : INDICADORES DE QUALIDADE



Fonte: Adaptação pessoal de Donabedian (2003, p.4)

A estrutura “*representa os recursos disponíveis para os profissionais e as instituições*” nos quais se enquadram os profissionais, as instalações, os equipamentos, assim como os métodos de organização e os recursos (Dias & Santana, 2009, p.14).

O processo “*envolve a relação entre profissionais e utentes*” fazendo alusão à interação entre os clientes ou utentes e às atividades diagnósticas, terapêuticas e preventivas que os profissionais executam (Dias & Santana, 2009, p.14).

Os resultados derivam dos custos associados, da satisfação dos clientes e, dos efeitos e consequências que estes produziram nos mesmos (Martins, 2014).

Desta forma, o modelo supracitado pretende tornar o sistema de cuidados de saúde o mais “equitativo”, “universal” e “acessível” para os cidadãos (Martins, 2014).

Esta tríade vem sendo acolhida e utilizada globalmente, particularmente em matéria de qualidade e mais precisamente nos estudos da área de enfermagem. Este sistema permite avaliar cada um dos seus componentes separada ou conjuntamente, mas permitindo o estabelecimento de uma relação de linearidade entre os mesmos. Mais concretamente, verifica-se que, *“quando os elementos da estrutura e dos processos são de qualidade os resultados também serão positivos”* (Potra 2015).

## 1.2 - Qualidade dos cuidados de enfermagem

Da mesma forma que o conceito de qualidade em saúde, o de qualidade dos cuidados de enfermagem, também é difícil de definir e de operacionalizar, estando dependente da interpretação do que é ou representa a qualidade por parte do recetor, do que este entende por cuidados de enfermagem e do que este espera alcançar por intermediário da receção dos mesmos (Potra 2015).

Hesbeen (2001 p. 52) define a qualidade dos cuidados de enfermagem como sendo, a prática *“que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem, como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde”*. Requerendo uma atenção particular e com origem na preocupação, com e para a população.

Potra (2015), acrescenta, que esta prática de cuidados de enfermagem de qualidade, *“procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais”*. Inscrevendo-se ainda *“num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados”* (Potra, 2015, p.59).

Já Donabedian (1980), definiu a qualidade dos cuidados de saúde como o *“tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio*

*entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes” (Donabedian, 1980, p. 5-6).*

Na representação do Ministério da Saúde (1998), o conceito de qualidade em saúde deve ser *“um processo contínuo de atividades planejadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objetivo de melhorar a qualidade efetiva dos cuidados prestados”* (Ministério da Saúde, 1998, p. 62).

Todas estas definições, realçam, que a qualidade está, ou deveria estar, intimamente ligada à gestão, não só pela relação custo benefício, mas também pela relação ação resultado. Esta era inicialmente considerada de absolutista, ao ser o profissional de saúde o que determinava a conduta necessária à obtenção de cuidados de qualidade, passando mais recentemente a ter uma visão diferente, ao passar a ser, individualizada, considerando os desejos dos clientes e as suas respetivas avaliações (Carvalhais, 2010).

Na origem da atual disciplina de enfermagem e dos seus cuidados, encontram-se diferentes perspetivas conceptuais, teorias díspares, assim como diferentes metodologias de investigação. Não se pode considerar a existência de uma matriz linear em matéria de cuidados de enfermagem, pois estes têm evoluído progressivamente, através de uma reformulação constante, na qual não existem absolutos, apenas evidências científicas, as quais ré questionam a profissão, obrigando, por vezes a retroceder para melhor progredir e a utilizar caminhos, que nem sempre são lineares, para melhor afrontar as crises (Meleis, 2012 ; Machado 2013).

A qualidade dos cuidados de enfermagem caracteriza-se por conter, entre outros aspetos, múltiplos determinantes na sua origem. Destacam-se entre estes, a tecnicidade das prestações dos enfermeiros, assim como as suas qualidades interpessoais. Pelo que a maior parte dos indicadores que operacionalizam e avaliam à qualidade dos cuidados de saúde, podem ser influenciados pela sucessão das atividades multiprofissionais que os constituem. Desta forma, o exercício profissional dos mesmos, não pode ser negligenciado, sendo a procura constante de melhoria, uma das prioridades e uma das suas maiores responsabilidades profissionais (Potra 2015).

Mas a qualidade dos cuidados prestados não é uma preocupação recente, antes pelo contrário. Esta inquietude, com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, surgiu com Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia, entre 1854 e 1856.

Florence Nightingale, enfermeira pioneira, à qual decidiu dar o seu contributo durante dita guerra, acabou por ser nomeada pelo Secretário de Estado Britânico como superintendente de um grupo de enfermeiras, tornando-se a primeira mulher à ser nomeada para uma posição oficial, com a função de gestão e orientação de dito grupo (Attewell, 1998 ; Lopes & Santos 2010).

Esta, rapidamente foi confrontada com a falta de recursos, assim como com a ausência de condições de higiene elementares, o que à levou a iniciar à sua investigação, por meio dos seus registos, nos quais esta repertoriou todas as suas observações referentes a prestação de cuidados. Identificando lacunas e promovendo melhorias em áreas deficitárias. Esta, demarca por primeira vez, aquilo que ela considerava como sendo *“a meta da enfermagem e o domínio da prática”*, sugerindo princípios básicos para a prática dos cuidados de enfermagem (Machado, 2013, p.32).

Através destes princípios básicos identificados e do seu questionamento relativo à segurança dos doentes, Florence Nightingale estabelece padrões de cuidados de enfermagem (Stanhope & Lancaster, 2011). Promovendo reformas sanitárias nos hospitais, aconselhando na distribuição das instalações hospitalares e defendendo ainda, o uso da estatística na gestão de ditos cuidados (Lee, 2013).

Tsaloglidou (2009), reconhece ainda Florence Nightingale como sendo a enfermeira *“pioneira na identificação e estabelecimento de métodos e critérios de avaliação e melhoramento da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, de forma sistemática”* (Martins, 2014, p.27).

Esta preocupação com a qualidade dos cuidados de enfermagem intensificou-se ao longo de todo o século XX e reflete-se com a criação de associações profissionais, as quais implementaram *“guidelines”* de boas práticas, assim como com a criação de consórcios de utentes, os quais promoveram uma análise da prestação de cuidados de qualidade inferior, permitindo de esta forma à evolução do conceito (Sale, 1998, citado por Potra 2015).

Outros organismos oficiais, promoveram políticas de segurança dos usuários, assim como normas relacionadas com à qualidade profissional. A elaboração deste tipo de instrumentos e ferramentas, os quais possibilitavam medir a qualidade dos cuidados prestados, permitiu a investigação na matéria com a sua aplicação, promovendo projetos de melhoria contínua da qualidade, implementando as auditorias internas e externas e permitindo a conceção de processos de acreditação com a introdução das normas de qualidade (Potra 2015).

Também se verificou em Portugal este interesse, na procura da realização de cuidados de maior qualidade. Para o que muito contribuiu a Ordem dos Enfermeiros (OE), a qual teve um papel preponderante com o estabelecimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, ficando assim responsável da *“defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão”* (OE, 2015, p.13), comprometendo-se ainda, a supervisionar a observância de ditos padrões e a qualidade do exercício profissional.

Em 2001, a OE define os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Estes são identificados como sendo a matriz concetual, à qual visa estruturar



e orientar o exercício profissional, promovendo e oferecendo, a possibilidade de elaborar uma reflexão sobre os cuidados prestados, sobre o rumo da tomada de decisão, assim como da visibilidade da autonomia, da prestação de cuidados e da definição de indicadores de enfermagem (Potra 2015).

Esta, identificou o processo de interação como sendo o foco essencial dos cuidados de enfermagem, princípio este, reconhecido em 2002, mediante a afirmação de que, *“O exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)”* (OE, 2012, p.5).

A OE destaca ainda, esta relação desenvolvida pelos profissionais de enfermagem na prestação de cuidados, metendo em evidência o seu desenvolvimento e afirmando que esta tende a *“fortalecer-se ao longo de um processo dinâmico que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde”*, pelo intermédio da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (OE, 2002, p.10).

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, transpõem e reiteram a evidência de que a qualidade do exercício profissional pode subsistir em diferentes dimensões e que a procura da excelência no exercício, só pode ser atingida através da reflexão e da investigação, de uma forma progressiva e ao mesmo tempo contínua.

Esta declaração é corroborada por Rocha, Sousa e Martins (2016, p.101), ao afirmarem que, a *“preocupação com a qualidade dos cuidados e respetiva monitorização é um “...” promotor da segurança do doente e da melhoria dos resultados de desempenho”*.

No que respeita a qualidade dos cuidados e citando ainda a OE (2001 p.5), dita *“qualidade exige reflexão sobre a prática para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”* (OE, 2001 e 2012).

A qualidade, tornou-se uma máxima para a OE, tendo sido identificada no Artigo 97º, no qual a OE refere a importância da pessoa e das populações como foco da atenção em enfermagem, realçando a importância de atender à sua segurança, bem-estar e dignidade, por meio da administração de cuidados de qualidade, com base em evidências científicas e constituindo-a como uma obrigação deontológica (OE, 2015).

Pois a qualidade do exercício profissional está identificada nas numerosas e diferentes intervenções que estes profissionais executam quotidianamente, quer seja diretamente com os utentes, com os seus familiares, ou com as populações e comunidades em geral. Ou ainda,

com a elaboração de projetos de saúde, o que evidencia que esta prática está intimamente ligada com a qualidade dos cuidados prestados.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), constituem um quadro de referência para os enfermeiros e para o seu exercício profissional. Estes devem ser, no que respeita o ponto de vista dos utilizadores, uma garantia da qualidade dos cuidados que recebem (OE, 2012).

Em contrapartida, à aplicação de ditos padrões de qualidade, relativamente ao exercício profissional, estará sempre dependente do ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. Pois cabe às instituições de saúde, de se dotarem adequadamente de recursos e estruturas facilitadoras de dita implementação, assim como de sensibilizar e motivar os seus colaboradores, proporcionando para tal *“um ambiente favorável à sua implementação e consolidação”* (OE, 2012, p.7).

Revela-se assim, de extrema importância, a reflexão sobre a qualidade em enfermagem, desenvolvida até à atualidade, para que esta possa ser o foco de uma avaliação. Principalmente no que se refere à qualidade do exercício profissional, relativamente ao seu processo e aos potenciais resultados. Sem esquecer que dita reflexão não poderá estar completa sem fazer referência à estrutura, por outras palavras, às condições sob as quais são dispensados os cuidados de enfermagem, também devem ser consideradas (Potra 2015 ; Donabedian, 1988, 2003).

Em dezembro de 2001, a OE, elabora um documento no qual identifica seis enunciados descritivos, explicitando a sua operacionalização e delimitando as responsabilidades em função dos diversos níveis da gestão e da prática (figura nº4) (Sousa, 2019 ; OE, 2001).

Para Potra (2015), estes enunciados revelam uma importância extrema, pois permitem nortear o exercício profissional dos enfermeiros, por meio da reflexão das suas atividades realizadas, apoiando de esta forma o procedimento de tomada de decisão e enaltecendo a autonomia crescente da profissão.

**FIGURA 4 : ENUNCIADOS DESCRITIVOS DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Satisfação do cliente</b>                                                                                           |
| •Garantir elevados níveis de satisfação dos clientes                                                                   |
| <b>Promoção da saúde</b>                                                                                               |
| •Ajudar o cliente a maximizar o seu potencial de saúde                                                                 |
| <b>Prevenção de complicações</b>                                                                                       |
| •Prevenir complicações para a saúde dos clientes                                                                       |
| <b>Bem estar e autocuidado</b>                                                                                         |
| •Maximizar o bem-estar dos clientes e complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente |
| <b>Readaptação funcional</b>                                                                                           |
| •Desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde                                                    |
| <b>Organização dos cuidados de saúde</b>                                                                               |
| •Contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem                                           |

Fonte: Adaptação pessoal de OE (2012, p. 13-18)

Na sequência da definição dos enunciados anteriormente mencionados e como sugeria anteriormente Donabedian e Potra, surge a necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados que os enfermeiros dispensam, na perspetiva do prestador de cuidados, pois na perspetiva do recetor, diferentes apreciações já foram realizadas.

Esta avaliação, surge da cooperação de Martins e suas colaboradoras, as quais iniciaram em 2013 o desenvolvimento de um instrumento com base nos PQCE, o qual permitisse avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste trabalho de investigação e de colaboração, surge o instrumento “Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados” (EPAECQC) (Martins et al., 2016).

A presente escala, foi desenvolvida para ser aplicada na realidade portuguesa. A EPAECQC representa o foco do presente estudo, o qual pretende adaptá-la e aplicá-la à realidade Francesa, após a sua tradução e validação.

Com a possibilidade de aplicar dita escala em diferentes países, pretende-se participar aos inúmeros esforços, que têm vindo a ser desenvolvidos pelos diferentes sistemas de saúde, em termos de avaliação e de identificação de eixos de melhoria para uma melhor promoção de cuidados de qualidade.

Sem esquecer que, para possibilitar tais melhorias é necessário que as instituições sanitárias e as políticas inerentes, promovam a criação de condições necessárias à prestação de cuidados de saúde, permitindo assim o alcance de padrões de qualidade mais elevados,

aceites internacionalmente e promovendo uma otimização de ditos cuidados no que respeita à relação entre o custo e a efetividade dos serviços prestados à população.

Para que estes objetivos possam ser alcançados, torna-se indispensável garantir que as instituições prestadoras de cuidados de saúde, possuam mecanismos que permitam uma avaliação sistemática, dos cuidados prestados, da utilização adequada dos recursos disponíveis, assim como dos parâmetros de qualidade em todas as fases do procedimento (Pisco e Biscaia, 2011; Carvalhais, 2010).

### 1.3 - Gestão da Qualidade

No decorrer do presente estudo, muito se tem abordado o conceito de qualidade. Mas para atingir dita qualidade, torna-se necessário a associação desta noção, com outras artes ou ciências para possibilitar que a qualidade se torne uma realidade.

Surge então a necessidade de associar a gestão à qualidade, conceito este, que representa diferentes domínios, ao permitir o seu estudo e a sua perceção enquanto, arte, ciência, profissão ou processo (Parreira, 2005 ; Potra, 2015)

Reis (2007, p. 58), define a gestão como sendo *“a utilização de modo eficiente e tendo em vista a realização dos objetivos de uma organização, dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis”* sem esquecer o desenvolvimento, o qual, segundo o mesmo autor, deve ser realizado, *“através de um processo que abrange o exercício de determinadas funções, suportadas por um conjunto diversificado de comportamentos que integram o papel dos gestores”*, englobando assim as diferentes perspetivas anteriormente mencionadas.

Já Huber (2006), considera a gestão como uma arte e ao mesmo tempo, uma ciência, ambas intimamente ligadas, as quais conjuntamente planeiam e gerem os meios humanos e os recursos escassos com o intuito de alcançar os objetivos previamente determinados.

Como referido anteriormente, a qualidade, numa perspetiva de gestão, emerge desta industrialização crescente do pós-guerra, com a preocupação no controlo estatístico, a partir da inspeção do produto final, verificando a conformidade ou não do mesmo. Esta

encontrava-se centrada, principalmente, na qualidade dos produtos, com o intuito de reduzir os custos, antecipando os defeitos e as potenciais reclamações.

A gestão da qualidade, surge então, visando gerir a produção em massa, a qual não obedecia a normas e localizando o foco numa produção diferente, numa produção de qualidade. Quando um produto desempenhava a função desejada, este era rapidamente indicado como sendo um produto de qualidade. O mesmo acontecia quando um serviço prestado superava as expectativas do cliente. A globalidade da população encontrava-se constantemente incitada a procurar à melhoria na qualidade do trabalho realizado, sem se questionar, se as bases do mesmo eram elas mesmas de qualidade (Gomes 2004).

O questionamento, passou a ser focalizado no resultado. Quando as necessidades não eram satisfeitas da forma esperada, as expectativas face ao bem ou serviço eram frustradas e rapidamente era emitido o juízo de omissão ou negligência na qualidade do mesmo. Este podia até ter sido desempenhado com extremo profissionalismo e cuidado, mas confirmava-se que a sua base não tinha qualidade.

Verifica-se então, que a gestão da qualidade não pode estar centralizada unicamente no resultado, pois todo o processo é relevante e deve ser tido em conta. Surgem de esta forma, os inspetores, os quais representam a primeira função relacionada com a gestão da qualidade. Garantindo a conformidade dos produtos em função da planificação anteriormente efetuada (Morais, 2005).

Posteriormente e com o passar do tempo, em função do desenvolvimento tecnológico, o nível de complexidade dos processos intensificou-se, assim como a crescente exigência por parte dos consumidores, o que por consequente, forçou as organizações a formalizar e a normalizar a garantia da qualidade, fazendo esta, parte do processo de gestão das mesmas (Morais, 2005 ; Nunes, 2009).

Esta análise da gestão enquanto processo, faz alusão as suas funções mais clássicas, sendo compreendido e tendo por base, o procedimento de planejar, organizar, liderar e controlar (Chiavenato, 1999 & 2004).

A dinâmica do processo de gestão, embora envolva o desempenho de funções específicas, demonstra ser um processo cíclico, no qual diferentes funções, além de se encontrarem interrelacionadas, podem ainda ocorrer simultaneamente. Neste processo, apesar de o planeamento se constituir como sendo a primeira função de gestão, esta interage com todas as outras funções de uma forma dinâmica e recursiva (Parreira, 2005).

Tendo por base esta corrente, emerge, na década de 80 e como conclusão da evolução do processo de gestão, o conceito de gestão da qualidade total. Pretendendo este, a implicação direta ou indireta, de todos os membros da organização na contínua melhoria dos processos,

assim como da qualidade dos produtos e serviços por esta prestados. Assentando de esta forma, tanto a procura como a satisfação das necessidades dos clientes, numa gestão eficiente dos recursos existentes (Pires, 2012).

Surge então a normalização da qualidade, no que respeita o nosso território, com a criação em 1986, do Instituto Português da qualidade (IPQ), o qual, através do Decreto-Lei n.º 183/86, de 12 de julho, tem por objetivo assegurar a "*procura da qualidade de produtos e serviços para o aumento da qualidade de vida dos cidadãos, aumento da competitividade das atividades económicas num contexto de progressiva liberdade de circulação de bens*" (IPQ, 2019).

A nível internacional, também se verificou esta necessidade de instaurar normativas para a obtenção da qualidade total, foram então estabelecidas as normas de organização internacional (ISO). Estas, surgiram da necessidade de organizar toda a diversidade de normas existentes no que se refere às práticas de qualidade, procedendo-se a realização de uma compilação das mesmas, de forma a poder organizá-las em standards de aplicabilidade internacional.

Estas normas ISO, mantêm um carácter genérico e de aplicação universal e podem ainda ser completadas por normas específicas em função de determinadas áreas de atividade e, ou, de sistemas de gestão provenientes de sectores da indústria (APCER, 2010).

Destaca-se para o presente estudo, a Norma ISO 9001:2008 (2008), a qual aborda a qualidade por processos e na qual é evidenciada a importância do consumidor, como responsável pelos elementos que dão origem a definição dos requisitos dos bens e serviços a produzir. Esta aborda ainda o nível de satisfação com o bem ou serviço fornecido e deve servir também como estimulador de ciclos de melhoria para a instituição (Vilar, 2013 ; IPQ, 2019).

As normas da família ISO 9000, expõem diversos aspetos da gestão da qualidade e determinam linhas orientadoras, requisitos e instrumentos, os quais permitem às empresas e instituições a obtenção da satisfação das necessidades dos seus utilizadores e de igual forma, uma melhoria dos processos contínua (Vilar, 2013).

Mas como muito bem explicou Gomes (2004) no seu artigo, a qualidade é muito mais do que se mostra e das normas que se respeitam. Esta deve estar sempre presente e deve ser constantemente questionada, pois um produto de qualidade na atualidade, pode deixar de o ser no futuro.

Reconhecer essas falhas, demonstra uma real preocupação com a qualidade, com a base, a essência, o que nos levaria de volta à definição do conceito em si. De como é necessário questionar os produtores de qualidade e não só, aqueles que são beneficiários dos bens e

serviços. Qual a percepção que o prestador do serviço tem, da qualidade do mesmo e reformular, se necessário, a planificação atual para a poder melhorar.

No que respeita às ciências da saúde, a gestão ramificou-se ao longo do tempo, dando origem a diversos domínios com especificidades bem delimitadas, esta não é exclusiva das organizações de saúde, nem dos seus recursos humanos e materiais. Atualmente, a gestão está implícita em todos os domínios que promovam a eficácia e a eficiência do sistema sanitário, entre os quais se pode destacar, a gestão da saúde, a gestão da doença, a gestão do risco, a gestão dos cuidados de enfermagem, a gestão da terapêutica, a gestão da ocupação, a gestão das altas, entre muitas outras áreas.

Por consequente, todos os processos necessários à concretização da missão dos sistemas de saúde, passaram imperativamente a ser considerados como “geríveis”, sem que o ator fosse forçosamente um profissional proveniente da gestão, expandindo-se de esta forma esta ciência a outros cargos e profissionais e recorrendo assim à necessidade de uma maior clarificação da sua constituição.

A sociedade atual, requer instituições mais competitivas, as quais desenvolvam uma cultura de melhoria contínua da qualidade, assim como o empoderamento dos seus profissionais, promovendo o desenvolvimento de mais qualificações e de habilidades interpessoais, para que estes se sintam envolvidos e responsabilizados na prestação de cuidados de qualidade aos utilizadores dos serviços de saúde (Backes & Büscher, 2015).

Desta reflexão, emerge a necessidade de instaurar o processo de gestão a todos os níveis em matéria de saúde e, como não podia deixar de ser, esta necessidade também se verificou nos cuidados de enfermagem (Potra 2015).

Segundo Hesbeen (2001), este processo de gestão, em matéria de qualidade de cuidados de enfermagem, deve passar por atividades conexas às funções instrumentais da gestão como o planeamento, a organização e o controlo, assim como por funções claras, ligadas às consequentes manifestações do comportamento. Por outro lado, a essência do que se pretende gerir, nesta situação, a especificidade da qualidade dos cuidados, poderá influenciar o processo.

Fazendo alusão a Reis (2007, p.5) e no que respeita a gestão dos cuidados, *“entre a universalidade da ciência da gestão e a arte do indivíduo, há planos intermédios, diferentes artes homólogas, que requerem a aplicação da mesma ciência por forma específica a tipos de organizações”* completamente diferentes.

Na sequência destas considerações, verifica-se atualmente, que cada vez mais, as organizações de saúde possuem colaboradores, em matéria de gestão, os quais não surgem

diretamente da disciplina propriamente dita, mas sim de áreas profissionais exteriores a esta área disciplinar.

Os profissionais de enfermagem são um dos exemplos mais frequentes, pois são uns dos profissionais que incontestavelmente estão mais envolvidos em atividades de gestão, funções que acumulam, a maior parte das vezes, com o seu cargo tradicional enquanto profissional de saúde.

Este desempenho de funções em matéria de gestão, considerando a complexidade e a instabilidade dos processos estabelecidos, levaram a Clarke e Newman (1997) a definir este tipo de profissionais como “*híbridos*”, pois emergem de disciplinas diferentes e conseguem adaptar-se, em matéria de gestão, adequando os seus conhecimentos em saúde e colocando-os ao serviço da mesma (Clarke & Newman, 1997).

#### **1.4 - Enfermeiro gestor e o seu impacto na qualidade**

A Gestão emerge na área de intervenção da enfermagem, como disciplina estratégica e primordial, demonstrando a sua importância para a conquista da melhor qualidade na prestação de cuidados pelas diferentes unidades de saúde. Cabe ao enfermeiro gestor, o zelo de assegurar e de promover a qualidade do exercício dos profissionais que prestam funções na sua subordinação.

Por outro lado, desempenhar um cargo de gestão nos nossos dias, não se revela tarefa fácil, pois a conjuntura política e socioeconómica da atualidade em Portugal, impõem inúmeros desafios em matéria de gestão a todo o tipo de instituições e a área da saúde não podia ser exceção.

Existem inúmeros fatores condicionantes, relacionados com a racionalização de recursos materiais e humanos, estes fatores diminuem consideravelmente os recursos que os enfermeiros gestores encontram ao seu dispor para e proporcionar condições de trabalho adequadas e promover uma prestação de serviços de qualidade. Todos estes fatores representam um desafio constante para os enfermeiros gestores da atualidade (Sousa, 2019).



#### 1.4.1 - As origens da gestão na Enfermagem

Embora esta disciplina possa parecer recente, a prática da gestão em enfermagem, teve a sua origem quase ao mesmo tempo que a profissão de enfermagem em si, com a importante intervenção de Florence Nightingale aquando da guerra da Crimeia. Esta, demonstrou ser uma brilhante gestora e precursora na saúde. Compaginando de maneira assertiva, a direção do grupo de enfermeiras que se encontravam sob a sua direção e as ordens que ela mesma recebia enquanto subordinada da classe médica.

O seu questionamento pertinente e a sua capacidade de persuasão, permitiram-lhe, influenciar e direcionar certas decisões médicas, no interesse dos doentes e com o intuito de proporcionar um tratamento e uns cuidados, com a melhor qualidade possível (Lopes & Santos 2010).

A sua intervenção, permitiu ainda, além da inserção de princípios de base na prestação de cuidados aos feridos de guerra, implementar normas rigorosas ao meio ambiente da organização dos mesmos, impondo medidas de higiene, de ventilação e de aquecimento, sem esquecer, a importância da iluminação. Organizando por sua vez, uma estrutura de serviços anexa à área de prestação de cuidados, a qual contribuía com serviços como os de lavandaria, cozinha e limpeza entre outros (Potra 2015).

Estes princípios de base identificados por Florence Nightingale, apoiados nas suas notas e investigações científicas, deram origem à profissão propriamente dita, assim como à definição de padrões de cuidados de enfermagem, os quais identificavam o enfermeiro como o responsável de *“tomar conta da saúde pessoal dos indivíduos”*, de forma a otimizar o estado de saúde dos mesmos, para que a natureza fosse capaz de *“agir sobre eles”* (Meleis, 2007, p.478).

Nightingale, foi ainda precursora em matéria de gestão da qualidade, gestão dos processos infecciosos, gestão do risco, assim como na gestão da administração das enfermarias. Com a publicação em 1859 do seu livro *“Notas em enfermagem: o que é e o que não é”*, procurou chamar a atenção para estes aspetos, entre outros, considerando-os como primordiais para uma prestação de cuidados de qualidade (Lopes & Santos, 2010, p.184).

Pretendia de esta forma transmitir, a sua visão, face à evidência por ela encontrada, da necessidade de implementar diretivas de controlo, por meio de uma supervisão exigente, a

qual deveria ser efetuada por um responsável ou chefe e o qual seria, ele próprio, procedente da enfermagem.

Esta enfermeira pioneira, acreditava que o triunfo da profissão, passaria pela autoridade e disciplina da gestão em enfermagem, principalmente da enfermeira gestora. Através dos seus estudos e das suas orientações, Florence Nightingale deu ênfase à ideia anteriormente explanada, de que para bem gerir em enfermagem não é só importante ser um bom gestor, também é necessário ter conhecimento do meio e das condições do mesmo. Propondo assim, que a enfermeira a dirigir o serviço, fosse ela mesma, a melhor enfermeira do serviço em questão, mostrando o exemplo e sabendo liderar as enfermeiras, sem esquecer as necessidades das mesmas (Nightingale, 2005 ; Wildman & Hewison, 2009).

#### 1.4.2 - Evolução da carreira e das competências em gestão em Portugal

Olhando agora para a evolução da prestação de cuidados e da profissão em Portugal, encontramos referenciado na literatura, o primeiro manual de enfermagem em língua Portuguesa, publicado inicialmente em 1741, a *“Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros”*, obra redigida por Frei Diogo de Santiago, o qual pertencia à congregação de São João de Deus e no qual se pode constatar a ligação que existia entre a enfermagem e a religião (OE 2008, p.4).

Mas a profissão de enfermagem em Portugal, teria de aguardar até 1996 para viver um dos momentos mais importantes da sua história, com a aprovação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o REPE, o qual define a enfermagem como sendo,

*“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (DL n.º161/96, 1996, p. 2960).*

Na continuidade de dito progresso, destaca-se ainda em 1981, a aprovação do Decreto de Lei n.º 305/81 de 12 de novembro, no qual são descritas cinco categorias da carreira de enfermagem e entre as quais se destaca a categoria de enfermeiro-chefe, com a descrição das funções de chefia, as quais foram formuladas com grande conotação em matéria de gestão.

Em 1992 observa-se uma nova alteração na progressão da carreira, com a aprovação do Decreto de Lei nº 437/91, no qual esta é reformulada, passando a ser estruturada em quatro níveis e seis categorias. No nível 1 encontra-se o enfermeiro e o enfermeiro graduado, no nível 2 o enfermeiro especialista e o enfermeiro-chefe, no nível 3 o enfermeiro-supervisor e assessor técnico regional de enfermagem e no nível 4 o assessor técnico de enfermagem.

Este Decreto de Lei permite ainda, separar e delimitar as diferentes competências de cada um, por meio das categorias, as quais são associadas em função da área de atuação, à prestação de cuidados (enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista), à área da gestão (enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor e enfermeiro diretor) e às funções de assessoria técnica (assessor técnico de enfermagem).

Uma nova mudança ocorre em 2009, com a aprovação dos Decretos de Lei nº 247/2009 e 248/2009 e mediante os quais, a carreira de enfermagem é reformulada, passando a ter simplesmente duas categorias, a de Enfermeiro e a de Enfermeiro principal, restringindo assim o acesso à gestão, à segunda categoria é impondo certas condições como, possuir uma formação em gestão e administração de serviços de saúde e concluir no mínimo, 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão.

Com a publicação em 2015 do Regulamento n.º 100/2015, de Reconhecimento de Áreas de Competências Acrescidas e do Regulamento n.º 101/2015 do perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, a área da gestão, no que respeita a enfermagem é propulsada, demonstrando a sua importância para a profissão e obtendo o merecido reconhecimento.

Passa então a se considerar, o Enfermeiro Gestor, como sendo, um elemento detentor de um papel extremamente importante e relevante, em matéria de gestão de recursos e não só, tendo por objetivo de orientar e mostrar o caminho, para a obtenção da excelência da qualidade dos cuidados, pelos serviços por ele norteados (McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry, 2012).

O papel predominante do Enfermeiro Gestor, enquanto vetor de mudança é salientado ainda por Rego (2015), o qual refere, que ao identificar e proporcionar a obtenção e aprimoramento de competências e conhecimentos por parte dos constituintes da sua equipe, este consegue assegurar e reforçar a qualidade dos cuidados prestados, otimizando ainda os recursos disponíveis (Sousa 2019).

A mesma ideia era já partilhada por Hesbeen em 2000, quando afirma que um gestor tem a função de promover e proporcionar, ambientes favoráveis ao desenvolvimento de relações humanizadoras entre os profissionais e clientes, por meio da forma como organiza os cuidados ao interior da sua própria equipa, promovendo a comunicação, o diálogo e a partilha de conhecimentos. Este, na opinião do autor, deve fortalecer o potencial da sua

equipa, promovendo uma deliberação conjunta com todos os elementos que a constituem e reforçando a mesma, de acordo com as necessidades identificadas pelos seus elementos.

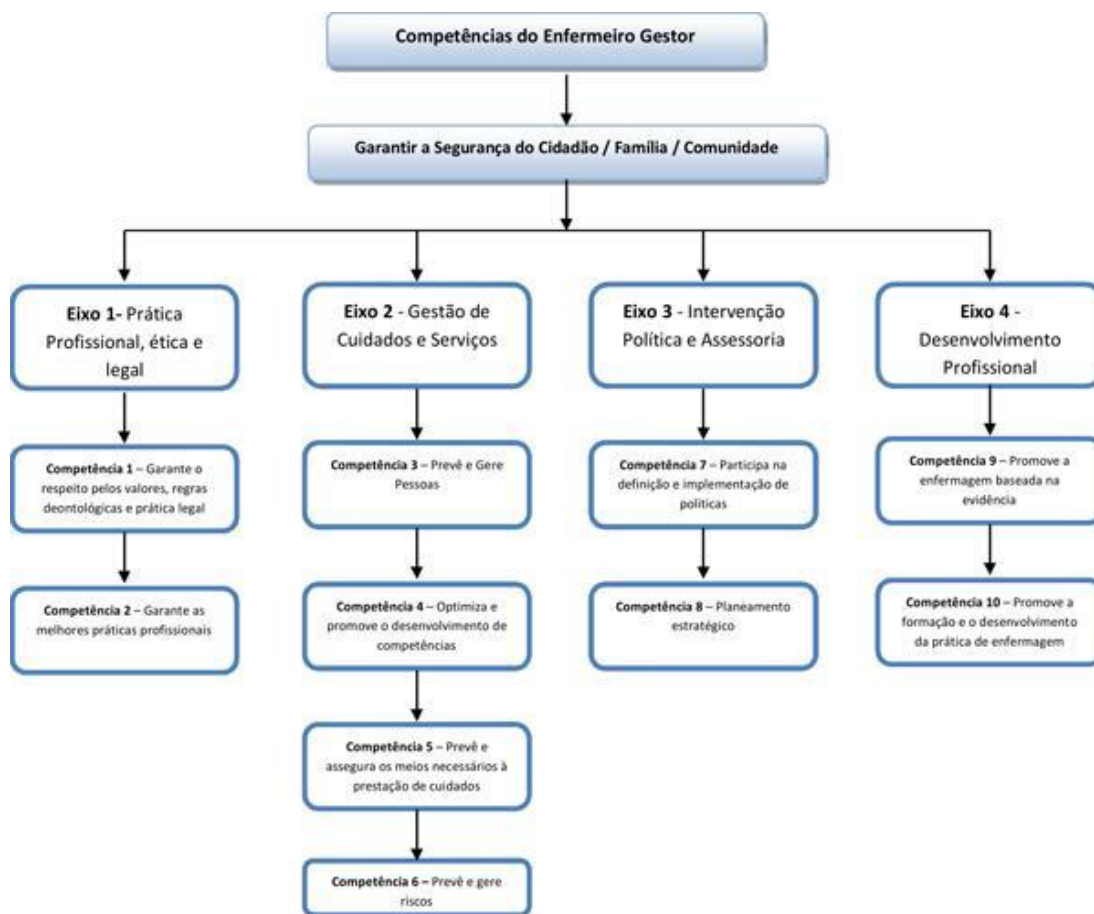
O Regulamento n.º 101/2015, pretende plasmar as teorias e evidências relativas as aptidões necessárias para liderar em gestão. Dito Regulamento define o Enfermeiro Gestor como sendo, um *“enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”*.

O mesmo Regulamento, realça ainda a importância de que o Enfermeiro Gestor garanta *“o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem»”,* para que tal seja possível, este deve impulsionar o desenvolvimento profissional da sua equipa e demonstrar deter, a capacidade de promover e de estruturar *“ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão,”* sendo ainda *“o 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.”* (DR, 2ª série, nº48, 10 março de 2015, p.5949)

Continuando na mesma linha e no que se refere as funções de um Enfermeiro Gestor é de salientar, o trabalho efetivado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, (APGEL), a qual teve a sua origem a oito de maio de 2009. Associação que inicialmente pretendia constituir-se como o *“centro de reflexão e intervenção na área da gestão dos serviços de enfermagem, de forma a maximizar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidades”* (APGEL, 2019).

A reflexão da APEGEL deu origem a uma proposta de competências específicas, direcionadas para todos os enfermeiros que desempenham funções de gestão, a qual foi apresentada à OE em 2010. Como consequência de dito parecer, emergiu um referencial, o qual se constitui de quatro eixos, ou áreas de atuação. Estes eixos vão orientar por sua vez, as dez competências que o Enfermeiro gestor deve colocar em prática, como se pode verificar no seguinte fluxograma (figura n.º 5).

FIGURA 5 : COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR



Fonte: <http://www.apegel.org/paginas/pagina14>

Verifica-se de esta forma e de acordo com a APEGEL, que as competências dos Enfermeiros Gestores estão divididas em quatro eixos de intervenção, os quais representam, no primeiro eixo, a Prática profissional, ética e legal, demonstrando o contributo que o Enfermeiro Gestor deve proporcionar, para o desenvolvimento de boas práticas, para a melhor gestão dos serviços, tendo em conta o código deontológico e as práticas ético-legais. Dando ênfase a utilização de “*guidelines*” de boas práticas de gestão nos serviços que lidera e aumentando assim a qualidade dos serviços prestados (APGEL, 2019).

O segundo eixo, prende-se com a gestão dos cuidados e serviços. Aqui, o Enfermeiro Gestor, deve desenvolver as suas competências relacionais, sendo capaz de gerir pessoas e proporcionando e promovendo assim, a evolução das mesmas num ambiente seguro, identificando riscos e introduzindo, por sua vez, medidas corretivas, mediante a aplicação de planos de gestão de risco (APGEL, 2019).

O terceiro eixo, faz alusão à intervenção política e assessoria. No qual o enfermeiro Gestor deve participar na elaboração e implementação de políticas na instituição, as quais visem a garantia da realização de boas práticas, homogeneização dos procedimentos e a segurança nos cuidados (APGEL, 2019).

O quarto e último eixo, refere-se ao desenvolvimento profissional, o qual deve ser fomentado pelo Enfermeiro Gestor no espírito dos seus colaboradores. Para que as boas práticas sejam aplicadas num serviço, torna-se indispensável que a pessoa que o lidera se mantenha atualizada sobre o “*estado da arte*” de uma determinada situação ou problema, nomeadamente no que às práticas de enfermagem se refere, pois estas devem ter por pilar uma base em evidência científica atualizada (Nóbrega, 2019, p.43).

A obtenção deste objetivo, prende-se com a necessidade de que o Enfermeiro Gestor possua predisposição para a investigação, a inovação e a mudança, pois as competências de gestão implicam uma “*articulação e mobilização pró-ativa de conhecimentos, habilidades e atitudes em toda e qualquer situação, previsível ou não, enfocando tanto aspetos administrativos como clínicos*” (Rothbarth, Wolf & Peres, 2009, p.327).

Estas competências do Enfermeiro Gestor, referenciadas pela APEGEL, vão permitir o desenvolvimento de habilidades a nível individual e funcional, mobilizando os seus recursos humanos para a obtenção de resultados e promovendo o desenvolvimento profissional, o que por sua vez vai possibilitar a otimização dos recursos sem negligenciar às necessidades nem as expectativas dos clientes (OE 2015).

Encontra-se de esta forma salientada, a pertinência dos Enfermeiros Gestores nas organizações de saúde. Esta relevância, tem sido partilhada por diversos autores, os quais destacam a importância do papel do Enfermeiro Gestor na fidelização dos Enfermeiros nas instituições, na motivação das equipas por eles coordenadas, assim como na dedicação dos mesmos, relativamente aos cuidados prestados, o que se reflete concludentemente com o aumento da qualidade dos cuidados por estes prestados (Rocha, Sousa & Martins, 2016 ; Canastra & Ferreira, 2012 ; Fradique & Mendes, 2013 ; Ribeiro, Santos & Meira, 2005 ; Oliveira, Paz, Telles, Leite & Stipp, 2004).

Realçando a ideia de que, profissionais envolvidos e motivados produzem melhores resultados, verifica-se, que esta afirmação só é possível quando, “*os gestores operacionais de enfermagem são considerados figuras chave das unidades de cuidados ou serviços de saúde*” e quando se lhes concede, “*uma posição estratégica nas mesmas*”. Pois só se pode aumentar a qualidade dos cuidados e obter resultados satisfatórios, se os Enfermeiros Gestores possuírem as competências necessárias, se definirem objetivos atingíveis e se procederem a um planeamento, uma coordenação e uma avaliação, que permita otimizar adequadamente os recursos que se encontram ao seu dispor (Potra, 2015 p.39).

No decorrer do último ano, sucederam-se diversas negociações e discussões públicas, relativas a uma nova proposta de alteração da carreira. Dita proposta previa a reintrodução da categoria de enfermeiro especialista e enfermeiro gestor, integrando *“as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança”* (Boletim do trabalho e emprego, 2019, p.4).

Ditas negociações deram origem à 27 de maio de 2019, à publicação do Decreto Lei n.º 71/2019 no Diário da República, o qual altera o regime da carreira especial de enfermagem. Passando a estrutura da carreira a ter três categorias, de entre as quais faz parte integrante a categoria de Enfermeiro Gestor.

### 1.5 - Qualidade da prestação de cuidados na realidade Francesa

Revela-se emergente para as organizações, identificar qual a definição de qualidade que os seus profissionais têm, pois, as atitudes e atos dos mesmos, perante um determinado acontecimento, espelharão dita perceção de qualidade (Cabral, 2015).

A França não podia deixar de entrar no movimento da qualidade da prestação de cuidados e embora o faça de maneira diferente que Portugal, a visão e à finalidade de tal movimento não deixa de ser a mesma.

Só por curiosidade, cabe esclarecer, que a ordem dos enfermeiros francesa, *“Ordre National des Infirmiers (ONI)”* foi criada em dezembro de 2006, tendo como missões:

- \* Assegurar o cumprimento dos princípios éticos e morais dos profissionais, assim como atestar que estes possuem as competências indispensáveis ao exercício da profissão, sem as quais estes não poderão ser inscritos em dita ordem;
- \* Elaborar um código deontológico e assegurar o seguimento demográfico dos profissionais e da profissão;
- \* Garantir a difusão das regras de boas práticas, em matéria de prestação de cuidados e fornecer a consulta dos textos legislativos, os quais regulam o exercício profissional;
- \* Defender a profissão e ou profissionais, em caso de litígio com a justiça.

Após este esclarecimento, percebe-se que a ONI, se encontra muito longe das funções desempenhadas pela OE e não tem o peso, nem o apoio necessário para poder intervir em matéria de produção de textos que permitam a promoção da qualidade dos cuidados.

Trata-se da Administração Regional da Saúde (ARS), à qual, juntamente com a Alta Autoridade de Saúde, “Haute Autorité de Santé” (HAS), se encarrega de promulgar as competências dos enfermeiros, assim como as políticas em matéria de prestação de cuidados e de qualidade dos mesmos.

Contudo a preocupação da prestação de cuidados de qualidade, não deixa de ser uma prioridade na realidade Francesa, embora esta se depare com inúmeras entraves burocráticas. Nos últimos anos, as instituições de saúde sofreram inúmeros cortes financeiros, ao serem encaradas como empresas produtoras de serviços e não como instituições prestadoras dos mesmos, o que de certa forma provocou uma degradação das condições de trabalho dos profissionais que nelas exercem as suas funções (Pierre-Poulet, 2018).

As reformas sucessivas e as restrições orçamentais, provocaram ainda, um clima de tensão, o qual se reflete na qualidade dos cuidados (Pierre-Poulet, 2018). A sobrecarga de trabalho, é indicada como sendo, o principal fator a impactar a qualidade da prestação dos mesmos, mais precisamente, por falta de recrutamento. Esta realidade não se constata unicamente em território Francês, mas revela-se, um desafio à nível mundial (Marcellesi & Mignon, 2018).

Esta degradação das condições de trabalho, reflete-se na prestação dos cuidados e na perceção que os enfermeiros têm da mesma e o sentimento de deterioração da imagem da profissão, evidencia-se desde 2013 aumentando nos últimos anos (Marcellesi & Mignon, 2018).

Em 2014, um inquérito realizado pela Associação de Ajuda Profissional aos Médicos e aos prestadores de cuidados (AAPMS), a uma amostra de 854 enfermeiros, demonstrou que 62% dos enfermeiros sofriam de esgotamento profissional, 72% se sentiam pessimistas em relação ao futuro da prestação de cuidados e 20% se questionavam sobre a possibilidade de mudar de profissão (Galam E., 2018 ; AAPMS, 2014).

Segundo um trabalho realizado pela HAS em 2016, os profissionais de enfermagem fazem parte das categorias profissionais mais expostas aos acidentes de trabalho, com um aumento importante no que aos atestados médicos se refere, os quais progrediram de 10% entre 2007 e 2011, sendo mais graves e de maior duração. Este trabalho, refere ainda que 33% dos enfermeiros mudam de profissão e que um estudante de enfermagem sobre quatro, decide não finalizar a diplomatura (HAS, 2016).



Dados confirmados por Truchot (2017), ao realizar um inquérito, no qual contou com a participação de 1 678 enfermeiros e no qual, 5,2 de cada 6 enfermeiros, afirmaram ter o sentimento de que a carga de trabalho desbordava das suas capacidades, ultrapassando as 48 horas semanais. Por outro lado, 4,8 de cada 6 enfermeiros refere ter tempo insuficiente para o descanso e 5 de cada 6 realizar tarefas que não são próprias à profissão.

Em 2018 EGORA<sup>1</sup> e 360 Medics<sup>2</sup> publicam um inquérito, realizado em conjunto, sobre a qualidade dos cuidados prestados e a perceção dos profissionais de saúde sobre os mesmos, no qual estes chamam à atenção sobre a diminuição da qualidade na prestação de ditos cuidados, consequência do sofrimento e da escassez de profissionais no terreno.

O inquérito é reconduzido em 2019, oferecendo uma comparação de ditos estudos. Ambos, pretendem dar voz a estes profissionais, dos quais, 92% dos enfermeiros inquiridos em exercício ativo, sobre uma amostra de 1217 enfermeiros, constataram uma degradação dos cuidados prestados importante, nos últimos cinco anos, identificando a sobrecarga de trabalho, como sendo o principal fator a impactar negativamente a qualidade dos mesmos.

No inquérito de 2018, Marcellesi e Mignon, observam que a perceção da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros em território Francês, numa escala de zero à dez, se encontra nos 5,11 relativamente aos enfermeiros no ativo e em 5,28 relativamente aos estudantes em enfermagem. Esta perceção da qualidade, desceu para 4,81 relativamente aos enfermeiros respondentes ao mesmo inquérito em 2019 Gacemi e Mignon 2019 (Figura n.º 6).

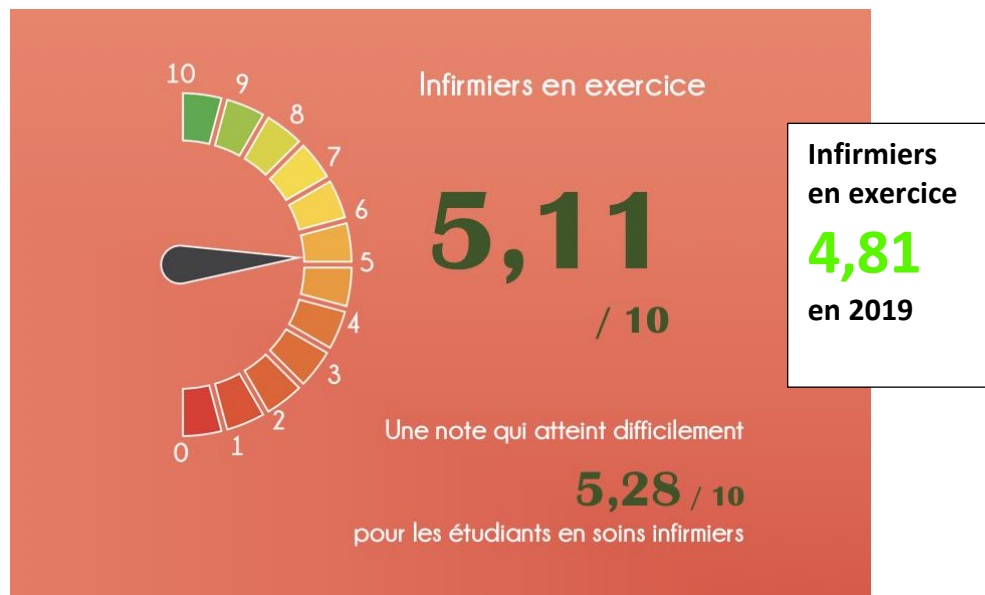
No mesmo inquérito, 92% dos enfermeiros respondentes, afirmam sentir dita degradação e constatar, como consequência, uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados, pois como certos cuidados são delegados às auxiliares de enfermagem, um enfermeiro pode-se deparar facilmente com a responsabilidade de prestar cuidados a um número elevado de pacientes.

---

<sup>1</sup> Revista on-line, de referência no mundo medical, a qual permite, gratuitamente, consultar a atualidade em matéria de saúde, e ao mesmo tempo proporciona uma revista impressa para os subscritores com a publicação de artigos.

<sup>2</sup> Interface Web na qual os profissionais de saúde podem aceder a todas as ferramentas digitais necessárias para uma prestação de cuidados de qualidade. Esta plataforma proporciona, e participa, na produção de artigos científicos certificados.

FIGURA 6 : PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM FRANÇA EM 2018 E 2019



Fonte: Marcellesi e Mignon, 2018; Gacemi e Mignon 2019, Inquérito realizado por AGORA

Os outros fatores identificados pelos profissionais a influenciar esta situação, são as entraves burocráticas impostas pelas administrações e autoridades de saúde, seguidas da falta de meios materiais e financeiros. Estes profissionais, descrevem ainda, que a diminuição da qualidade da prestação de cuidados em França é o reflexo da não contratação de profissionais e do facto, de as instituições fazerem sistematicamente apelo à profissionais temporários, os “*interims*”, os quais intervêm em função das necessidades, sem terem obrigatoriamente competências na área para a qual foram chamados.

Por outro lado, verifica-se no mesmo estudo, um compromisso forte, por parte destes profissionais, demonstrando uma grande implicação pessoal dos mesmos, assegurando a continuidade dos cuidados e procurando estar à altura do esperado na promoção e produção de cuidados de qualidade.

Um desafio, sem dúvida alguma, se apresenta aos enfermeiros gestores Franceses, ou “*cadres de santé*”, relacionado com a constatação dos estudos anteriormente mencionados. Pois estes, são os representantes dos seus colaboradores e os responsáveis pela qualidade dos cuidados prestados.

Mas ser enfermeiro gestor em França atualmente, não se revela ser tarefa fácil. O exercício das funções de gestor, emana primeiramente de uma escolha pessoal, a qual reflete uma certa ambição, testemunhando da confiança que dito profissional têm e das suas capacidades pessoais de “*manager*”. Confiança que vai ser necessária para fazer face a este desafio e a muitos outros que se apresentarão ao longo da sua carreira (Hesbeen, 2017).

Curiosamente, em francês, o termo “*management*” provém, etimologicamente, de “*ménagement*”, que significa tratar com cuidado, com respeito, cuidar e é precisamente esse, um dos papéis principais do enfermeiro gestor, em relação com os seus colaboradores, assim como com os seus clientes. Outra das suas funções, é a de “*faire tourner le manège*”, por outras palavras, o carrossel tem de continuar a andar, nem que este ande sempre à roda sem avançar (Hesbeen, 2017, p.91).

Na realidade Francesa, as funções do “*cadre*” ou enfermeiro gestor, não se encontram reguladas, nem tão bem estruturadas como em Portugal. Estes profissionais realizam uma formação de um ano, na qual exploram todos os aspetos da gestão em enfermagem, abordando também o ensino aos futuros profissionais em saúde.

Geralmente, o desempenho das suas funções, não tem grandes discrepâncias, mas este é afinado em função da instituição, ou do órgão no qual se encontre a prestar as suas funções. Hesbeen, descreve as missões destes profissionais utilizando sete verbos, facilitar, favorecer, organizar, comunicar, desenvolver, aconselhar e formar, os quais descrevem bem as ações e funções principais dos enfermeiros gestores (Hesbeen, 2017).

Estes, enfrentam grandes desafios, a começar pela situação atual das instituições públicas Francesas, as quais, desde aproximadamente os últimos dez anos, se encontram a trabalhar sobre o modelo industrial, como se de uma fábrica se trata-se, esquecendo a verdadeira essência da instituição de saúde, que é a de prestação de serviços (Mispelblom Beijer, 2018).

Transpondo a implementação extrema do “*lean management*”, na procura de quantificar o não quantificável, numa perspetiva de calcular os custos do mínimo ato realizado, concedendo muito pouco espaço à relação com o cliente, o que por sua vez, provoca um sentimento de cuidados impessoais ou de cuidados sem qualidade, por parte do recetor dos mesmos e passando ainda, pelas políticas em saúde, as quais só financiam aquilo que é mensurável, traçável e visível, numa perspetiva de produção e não de prestação de serviços (Mispelblom Beijer, 2018).

Outro dos grandes desafios do enfermeiro gestor em França, prende-se, com a diversidade etno-cultural, a qual faz parte integrante da cultura da República Francesa, ao acolher, ao longo dos anos, imigrantes de multitude de países, os quais provêm de culturas e religiões diferentes. Sejam eles enfermeiros ou clientes, os conflitos relacionais são uma realidade e manifestam-se cada vez mais por reações extremas, cabendo ao enfermeiro gestor, sensibilizar os seus colaboradores, promovendo um espírito de equipa quotidianamente e sem esquecer, que o que prima são as pessoas e as relações interpessoais e não as culturas nem as religiões (Bertossi, 2018).

Para Nyberg (1998), esta implicação relacional do enfermeiro gestor com os seus colaboradores é fundamental, pois o cuidar, não se refere só aos clientes, este afeta todas

as relações. A autora, define-o como *“um envolvimento interativo em que aquele que cuida é capaz, através de um forte autoconceito, “...” de ter comportamentos de cuidar dirigidos ao crescimento daqueles de quem cuida, seja ele um indivíduo ou um grupo”* (Nyberg, 1998, p.36).

Este envolvimento do enfermeiro gestor só é possível, se existir um ambiente de trabalho que o estimule. Este, deverá agir e demonstrar um comportamento que permita traduzir os valores do cuidar, implementando estratégias que permitam a sua proliferação, tornando-o um modelo institucional (Miller, 1987 ; Nyberg, 1998).

Com a esperança de que a realização do presente estudo, possa identificar a implicação do enfermeiro gestor na qualidade dos cuidados, assim como comprovar o compromisso forte manifestado por parte dos enfermeiros e tendo em conta, o enunciado anteriormente, parece pertinente não utilizar a apelação de enfermeiros Franceses, mas sim a de enfermeiros a exercer funções em França, pela diversidade de nacionalidades encontradas a exercer esta profissão em território Francês.



## 2 - DO LEVANTAMENTO DAS QUESTÕES AO TRABALHO DE CAMPO

A investigação científica, impõem-se, como a metodologia por excelência para a construção de conhecimento. Este processo pode ser definido como *“uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais”* (Coutinho, 2011, p.7).

Já para Polit e Beck (2011), a investigação, quando realizada sistematicamente, representa o procedimento mais sofisticado para produzir e adquirir conhecimento e a investigação em enfermagem combina *“raciocínio lógico com outros aspetos para criar dados comprobatórios que, apesar de falíveis, tendem a ser mais confiáveis do que outros métodos de aquisição de conhecimento”*. O que confirma que a prática de enfermagem é *“uma rica combinação entre arte e ciência”* (Polit & Beck, 2011, p.33).

Com a realização do presente estudo, pretende-se realçar uma perspetiva particular da qualidade em saúde, a visão dos enfermeiros relativa ao contributo do próprio exercício profissional. Tendo em conta para tal, a *“intersubjetividade inerente aos contextos de cada um dos sujeitos que intervêm na qualidade”* (Machado, 2013, p.53), sem esquecer a complexidade das organizações, o que proporciona inúmeras possibilidades relevantes de investigação.

Pois é na fase metodológica, que o investigador delimita o desenho de investigação que pretende realizar, por outras palavras, qual o caminho a percorrer para alcançar os objetivos propostos. É neste preciso instante, que o investigador procede à escolha da população, que define a amostra, as variáveis que deseja estudar e que seleciona o instrumento de recolha e análise dos dados (Fortin, 2009).

## 2.1 - Contexto e justificação do estudo

Com o crescente interesse mundial da enfermagem, relativamente a investigação e na procura da melhor evidencia científica, torna-se imprescindível, poder dispor rapidamente de instrumentos de recolha de dados, de interesse científico reconhecido, traduzidos e validados para diferentes línguas, os quais permitam produzir estudos de investigação de qualidade e ao mesmo tempo, possibilitar a comparação dos mesmos para realidades diferentes.

A oportunidade de traduzir, validar e adaptar culturalmente a EPAECQC para a língua Francesa, representa uma mais valia para a investigação Francófona, mas não só, esta representa ainda a oportunidade de realçar a investigação e a produção científica realizada pelos enfermeiros em Portugal. A validação de dito instrumento, permitirá ainda, extrapolações futuras e comparações dos dados obtidos, com os dados alcançados em outros países. Nesse sentido e uma vez que o processo de tradução se encontre finalizado, desenvolver-se-á, um estudo metodológico, de paradigma quantitativo, descritivo transversal, através da aplicação da escala,

Segundo Fortin (1999), a investigação quantitativa, representa, *“um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”* o qual é *“baseado na observação de factos objetivos de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”*.

Continuando com a justificação da escolha do tipo de estudo, escolheu-se a pesquisa descritiva, por esta consistir em descrever características de certos grupos de indivíduos, estimar a proporção de pessoas inerentes a uma população específica, as quais possuem um determinado tipo de comportamento, possibilitando ainda a realização de previsões específicas, como podem ser as de comportamentos (Churchill & Nielsen, 1995). Trata-se ainda, de um estudo transversal pelo facto de este ser realizado num único momento e de não pretender estudar a evolução um acontecimento num espaço de tempo (Fortin, 2009).

A EPAECQC proporcionará uma ferramenta útil e interessante, para avaliar a perceção que os enfermeiros têm relativamente à prestação de cuidados, facilitando por sua vez, o processo de tomada de decisão dos enfermeiros gestores. Contribuindo ainda, a uma estratégia de avaliação dos cuidados de enfermagem com base nos padrões de qualidade e

visando proporcionar uma melhor prestação de cuidados, assim como uma avaliação da percepção dos mesmos na realidade Francesa.

## 2.2 - Objetivos do estudo

Para Fortin (1999, p.100), *“o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação”*, o qual vai orientar a investigação em função do domínio e dos conhecimentos adquiridos sobre o mesmo. Este é *“um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação a dar à investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”* (Fortin, 2009, p.108-109).

Por sua vez, a investigação científica, têm por objetivo, a obtenção de uma resposta equitativa, rigorosa e credível da problemática proposta a inquirir (Andrade, 2016).

Ainda segundo Vilelas (2017, p.93), a questão de investigação, *“é um enunciado interrogativo de extrema importância, que irá conduzir toda a investigação”*, na qual os objetivos da mesma representam a meta que o investigador se propõe alcançar, para dar resposta à temática escolhida. De esta forma se pode afirmar que, *“a natureza do problema determina, desde o método de colheita de dados à estratégia de análise”* (Andrade, 2016, p.61).

Uma questão de investigação, deve ter em vista, obter novas informações e abordar os conceitos-chave da população que se quer estudar (Fortin, Côté e Filion, 2009). Pelo que a questão de partida para a presente dissertação é a seguinte: *“Qual a percepção que os profissionais de enfermagem que exercem a sua profissão em território Francês têm, das atividades e intervenções por eles realizadas e de que forma estas contribuem para a qualidade dos cuidados prestados?”*

Para que o estudo de investigação possa guiar o investigador de forma correta e fidedigna é necessário traçar objetivos pertinentes e realizáveis, descrevendo claramente a finalidade do estudo. Estes devem ainda incorporar a população alvo, de igual modo, que as variáveis em estudo (Fortin, 2009 ; Sousa, 2019).

Sendo assim e para orientação e concretização do presente estudo, foi definido como objetivo geral, traduzir, adaptar culturalmente e validar a *“Escala de Percepção das*



Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados” (EPAECQC) para a realidade Francesa.

Uma vez identificado o objetivo geral, foram definidos objetivos específicos de seguida mencionados:

- \* Traduzir a escala EPAECQC para a língua Francesa;
- \* Garantir as equivalências, linguística e conceptual, da versão Francesa da escala EPAECQC;
- \* Analisar as características psicométricas da versão Francesa da escala EPAECQC;
- \* Observar a opinião dos enfermeiros face as intervenções questionadas;

Espera-se, com a realização do presente estudo, contribuir para a revisão das práticas de gestão em França, em matéria de qualidade de cuidados, ao proporcionar um novo instrumento psicométrico e com a análise dos resultados obtidos, demonstrar a perceção que estes profissionais têm dos cuidados que prestam.

## **2.3 - Da população a amostra**

Segundo Vilelas (2017, p.143), a população representa “*o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades*”. Já, Almeida e Freire (2008), definem população como um conjunto de indivíduos, acontecimentos ou observações nos quais o investigador pretende estudar um fenómeno que se evidencia em dito grupo. Esta população alvo, possui ainda, as respostas, ou a questão a qual o investigador pretende analisar para a realização do seu estudo.

Na presente dissertação, um dos objetivos principais prende-se com a tradução e adaptação cultural da EPAECQC para a população Francesa, pelo que a escolha da população alvo não se limita unicamente a um Serviço, Unidade ou Hospital em questão, mas sim ao universo dos enfermeiros Franceses que se encontrem a exercer a profissão na atualidade.

Uma vez que abarcar à totalidade da população se verificaria impossível, recorreu-se a um processo de amostragem aleatória, no qual inicialmente se identificou a população que seria mais acessível e a qual poderia ser facilmente solicitada. Assim, as informações retiradas

da amostra permitirão estimar de forma clara e generalizar as características da população-alvo (Polit, et al., 2004 ; Fortin, 2009).

O processo de amostragem selecionado foi então o não probabilístico por acessibilidade, ao serem os sujeitos selecionados por facilidade de acesso. Ou seja, no presente estudo, a probabilidade de todos ou alguns indivíduos da população pertencerem à amostra é desconhecida, e acrescida ainda, pelo facto de a participação ser completamente voluntária (Fortin, et al., 2009).

Embora a amostragem não probabilística tenha o risco de ser menos representativa da população geral que a amostragem probabilística, esta, para o estudo em questão, proporciona uma metodologia de amostragem por redes, a qual, *“é uma técnica que consiste em escolher sujeitos que seriam difíceis de encontrar de outra forma, segundo critérios determinados”* (Fortin, 1999, p.209).

A amostra foi inicialmente diferenciada em dois grupos de participantes, o primeiro grupo incluiu os Enfermeiros do serviço de Psiquiatria Vitor Hugo, do Centro Hospitalar Theophille Roussel de Montesson, os quais atestaram inicialmente a validade do instrumento psicométrico. O segundo grupo, foi constituído por Enfermeiros do serviço de oncologia do Hospital François Quesnay de Mantes La Jolie.

## **2.4 - Variáveis em estudo**

Entende-se por variáveis, as qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações, as quais são estudadas num estudo de investigação e por sua vez, podem ser classificadas de modos diferentes (Fortin, et al., 2009).

Estas surgem como sendo um dos elementos fundamentais à realização de qualquer estudo de investigação, fazem ainda parte integrante dos objetivos, das hipóteses e das questões de investigação, sendo definidas por Fortin (2009, p.171) como *“qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo”*.

Considerando os objetivos traçados para a presente investigação e tendo como referência a classificação proposta anteriormente, apresentam-se de seguida, as variáveis definidas (quadros n° 1 à n° 3).

Para Coutinho, (2011), as variáveis sociodemográficas permitem analisar e caracterizar a amostra, ao traçar o perfil da mesma relativamente às características intrínsecas aos indivíduos em estudo, o que vai proporcionar um perfil demográfico da mesma (quadro n° 1).

**QUADRO 1 : VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS**

| Componente | Unidades                                              | Tipo de Variável |
|------------|-------------------------------------------------------|------------------|
| Idade      | Anos completos no momento da resposta ao questionário | Ordinal          |
| Sexo       | Masculino/ Feminino                                   | Nominal          |

As variáveis profissionais permitem caracterizar a amostra relativamente à experiência profissional, proporcionando dados importantes, os quais permitem perceber de que forma estas poderão influenciar outras variáveis como por exemplo a perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem (quadro n° 2).

Referentemente a componente serviço, decidiu-se agrupar as áreas, por estas serem demasiado numerosas e por não ser relevante a realização da análise por área individualmente. Assim sendo, na área psiquiatria, encontram-se todos os serviços relacionados com dita área, assim como os seus respetivos hospitais de dia e apoio domiciliário.

Na área médica, encontram-se todas as especialidades de internamento, assim como os serviços de hemodiálise, endoscopia, infeciologia e oncologia. Na área cirúrgica, foram identificadas todas as especialidades de cirurgia, as urgências, o bloco operatório e os cuidados intensivos.

Nos cuidados na comunidade foram englobados, o planeamento familiar, a hospitalização domiciliária e o hospital de dia. Na unidade outros, podem-se encontrar respondentes a desempenhar as suas funções em serviços como o de obstetrícia, neonatologia, pediatria, qualidade e gestão de riscos, docência em enfermagem e medicina do trabalho.

**QUADRO 2 : VARIÁVEIS PROFISSIONAIS NO MOMENTO DA RESPOSTA AO QUESTIONÁRIO**

| Componente                                        | Unidades                                                                  | Tipo de Variável |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Tempo de exercício profissional                   | Anos completos                                                            | Ordinal          |
| Tempo de exercício profissional no serviço atual  | Anos completos                                                            | Ordinal          |
| Tempo de exercício profissional na área da gestão | Anos completos                                                            | Ordinal          |
| Serviço                                           | Psiquiatria, área médica, área cirúrgica, cuidados na comunidade e outros | Nominal          |
| Grau académico                                    | Diploma de estado de enfermeiro, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento    | Nominal          |

Por último, apresentar as variáveis resultantes da avaliação da perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem, as quais têm por base os PQCE da OE. Estas permitem que cada respondente possa avaliar de que forma percebe a concretização de cada uma das atividades nos diferentes contextos de trabalho e as respostas possíveis variam do indicador um ao indicador quatro (quadro n° 3).

**QUADRO 3 : VARIÁVEIS RELACIONADAS COM A AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS**

| Componente            | Unidades                                                                                                                     | Tipo de Variáveis |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Satisfação do Cliente | Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | Ordinal           |
|                       | Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                | Ordinal           |
|                       | Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                         | Ordinal           |
| Promoção da Saúde     | Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                              | Ordinal           |
|                       | Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                                            | Ordinal           |
|                       | Fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                   | Ordinal           |

| Componente                | Unidades                                                                                                                                                                          | Tipo de Variáveis |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Prevenção de Complicações | Identificam os problemas potenciais do cliente                                                                                                                                    | Ordinal           |
|                           | Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                                                                                       | Ordinal           |
|                           | Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis                                                                                 | Ordinal           |
|                           | Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                                                                                           | Ordinal           |
|                           | Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais                                                                    | Ordinal           |
|                           | Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam                                                                             | Ordinal           |
|                           | Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                                                                                       | Ordinal           |
| Bem-estar e o autocuidado | Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida                                                           | Ordinal           |
|                           | Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                 | Ordinal           |
|                           | Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | Ordinal           |
|                           | Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | Ordinal           |
|                           | Referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                     | Ordinal           |
| Readaptação Funcional     | Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                                                               | Ordinal           |
|                           | Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade                                          | Ordinal           |
|                           | Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                                                         | Ordinal           |
|                           | Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional                                                                         | Ordinal           |

| Componente                             | Unidades                                    | Tipo de Variáveis |
|----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| Organização dos cuidados de enfermagem | Dominam o sistema de registos de enfermagem | Ordinal           |
|                                        | Conhecem as políticas do hospital           | Ordinal           |

## 2.5 - Tradução e validação de um instrumento psicométrico

A tradução e validação dos instrumentos psicométricos visa permitir aos intervenientes a expressão na sua língua materna, das subtilezas de certas particularidades, como podem ser as emoções, percepções e o estado de ânimo entre outros (Fortin 2009).

Para Beaton, Bombardier e Guillemin (2002), A tradução e validação de ferramentas psicométricas já existentes, revela-se como sendo uma prática grandemente utilizada nas diferentes áreas de investigação. Este método de proceder justifica-se, pela diminuição na utilização do tempo, diminuição dos recursos pessoais e financeiros e principalmente por permitir a realização de investigações comparativas entre resultados de estudos realizados em culturas diferentes.

Mas não se trata de uma simples tradução, para que o instrumento seja cientificamente viável é necessário realizar uma rigorosa apreciação da tradução, da validação assim como da adaptação cultural, sem esquecer de realizar uma avaliação das propriedades de medida (Queijo, 2002).

Ferreira e Marques (1998) também defendem o conceito de que o procedimento de adaptação cultural impõe uma adaptação linguística e cultural da ferramenta psicométrica para a realidade à qual se deseja adequar.

Pelo que para investigar em diferentes países com culturas diferentes, a adaptação cultural, torna-se uma condição essencial na qual devem ser respeitadas as diferentes etapas de validação (Queijo 2002).

### 2.5.1 - O instrumento psicométrico

O instrumento psicométrico escolhido para a realização do presente estudo, foi a “Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados” (EPAECQC), a qual, tem como pilar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE Portuguesa em 2012.

A escolha do instrumento, teve em conta o impacto da sua utilização na gestão em enfermagem, ao proporcionar a visão do enfermeiro relativamente à qualidade dos cuidados por ele prestados.

A construção da presente escala, emerge no decorrer de um estudo diferente. Encontra-se inerente à investigação, “Contributos das tecnologias de informação na gestão em enfermagem”. Durante a qual, as investigadoras, no processo de revisão da literatura, se depararam com a ausência de meios para avaliar a perceção dos enfermeiros sobre as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta constatação fez emergir a necessidade de elaborar um instrumento psicométrico que permitisse compreender de que forma é interpretada e ressentida pelos enfermeiros a concretização dos padrões de qualidade (Martins et al., 2016).

Para Martins et al., (2016, p.921), citando a OE, *“a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um grande desafio, não só pelo impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem fornecidos aos cidadãos, mas ainda pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”*.

Pois segundo a OE (2012, p.6), *“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”*.

Embora existam, em função do país, diferentes aceções relativamente aos PQCE, *“em Portugal, um padrão de qualidade dos cuidados é uma declaração que estabelece a base profissional do agir, considerando-se o padrão como aferidor de excelência”* (Martins et al., 2016, p.921)

Os PQCE culminaram com a definição de *“seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao*

*bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem” (OE, 2012, p.13).*

Este conjunto de padrões, reconfortam a enfermagem e suas práticas, proporcionando bases sólidas para o exercício da profissão. Ao mesmo tempo, os enunciados descritivos representam uma base de garantia para os beneficiários dos mesmos e um referente para os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, promovendo diretrizes que permitam culminar na excelência do exercício profissional (Martins et al, 2016 ; OE, 2012).

Surge desta profunda reflexão a vontade de construir e validar uma escala que permita avaliar a qualidade dos cuidados prestados na perspectiva enfermeira, a qual teve por guião esses mesmos PQCE.

A EPAECQC (anexo I), foi criada pelas pesquisadoras Martins, Gonçalves, Ribeiro e Tronchin. O estudo iniciou em 2013 e foi publicado em 2016. Esta escala é constituída por seis componentes, as quais correspondem aos PQCE. As afirmações, ou itens, encontram-se divididos pelas componentes e perfazem um número total de 25. A resposta, a ditas afirmações, é fechada, de tipo likert e varia de 1 - nunca, 2 - poucas vezes, 3 - muitas vezes, a 4 - sempre. A variação total dos resultados poderá ir desde 25 a 100 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior será a percepção da qualidade nos cuidados prestados.

A escala original, foi submetida a uma avaliação exaustiva por um grupo de peritos, relativamente à clareza, percepção e conformidade das afirmações e foi posteriormente colocada em teste. Após certas alterações decorrentes de dito teste, obteve-se no final do estudo um nível de consistência interna excelente, com um Alfa de Cronbach de 0,940 (Martins et al., 2016).

A presente escala, embora recente, tem sido aplicada em diferentes estudos nacionais, particularmente no estudo de Ribeiro, Martins e Tronchin, (2017), assim como nas dissertações de Mestrado de Sousa (2019) e de Nóbrega (2019).

A sua notoriedade e facilidade de aplicação fez com que também fosse utilizada a nível Internacional, mediante o estudo realizado na Turquia por Yilmaz, Dermirsoy e Martins (2018) no qual a EPAECQC foi traduzida e validada para a língua Inglesa. Sem esquecer o estudo da Tese de Mestrado de Cabral (2015), na qual a autora realiza uma investigação sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste e incorpora no seu instrumento de recolha de dados a EPAECQC procedendo à tradução e validação da mesma para a língua Tétum e adaptando-a culturalmente.



Com a realização do presente estudo de investigação, pretende-se determinar se a EPAECQC apresenta propriedades psicométricas capazes de avaliar a percepção que os enfermeiros têm relativamente aos cuidados prestados na realidade Francesa.

### 2.5.2 - Tradução para a língua Francesa da EPAECQC

Dado que uma das autoras da escala, se encontra ser, a orientadora da presente dissertação, não foi necessário realizar um pedido formal, pois o original do instrumento foi facilitado pela mesma, assegurando assim, não incumprir os direitos de autor e podendo dar início ao processo de tradução.

Para Queijo (2002), a adaptação de uma ferramenta psicométrica implica a medida de um fato similar em culturas diferentes, fenómeno equiparado à produção de um novo instrumento equivalente e adaptado a cultura em questão. Daí, a importância de uma boa tradução, pois só assim, se consegue que a versão traduzida, reflita a intenção do instrumento original relativamente ao conteúdo e a sua semântica.

Beaton et al., (2002), entre outros autores, preferem utilizar o termo adaptação no lugar de tradução, quando o instrumento psicométrico mede o estado de saúde. Pois não se trata só de traduzir, mas sim de adaptar o contexto à cultura. O que reitera que uma simples tradução, por mais rigorosa que seja, não pode garantir a validade da ferramenta em questão.

Após estudo das diferentes orientações para realizar validação e adaptação cultural de escalas, optou-se por seguir a metodologia mais vezes evidenciada na bibliografia internacional consultada, a de Beaton et al., (1993, 2000 & 2002), a qual é composta de duas fases:

**1º Fase, Tradução do instrumento psicométrico**, - a qual consiste na tradução, retroversão, obtenção de versões de consenso e análise da qualidade da tradução;

**2º Fase, Verificação da Validade de Conteúdo do instrumento psicométrico**, - a qual consiste na análise da concordância e compreensão da mesma por um grupo de indivíduos.

Para Fortin (1999, p.232), no que respeita a tradução, adaptação e validação de instrumentos, *“a técnica habitualmente utilizada para se assegurar uma boa tradução é a retroversão ou modo inverso”*. Prática equiparada a metodologia escolhida, esta, *“consiste*

*em efetuar uma primeira tradução dos dados dos enunciados da escala da língua original para a língua do país”. E posteriormente a retroversão, o que consiste em retraduzir a versão obtida, “para a língua original por um tradutor independente”.*

A tradução da escala, foi realizada de forma independente e autónoma, por duas enfermeiras bilingues, de língua materna portuguesa, a exercer a profissão na França e com total domínio da língua Francesa. Dita tradução compreendeu numa análise exaustiva, evitando ter por base apenas a dimensão lexical e incluindo também na adaptação cultural à realidade Francesa, garantindo assim que os itens mantivessem um significado análogo ao da língua original.

A autora do presente estudo elaborou a tradução n° 1 (Anexo II) e a tradução n° 2 (Anexo III), foi elaborada pela enfermeira M.T.Cervantes, do serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Théophile Roussel em Montesson, França.

Uma vez realizadas as duas traduções, estas foram analisadas e discutidas numa reunião constituída pelo Diretor e pela Responsável Pedagógica do Instituto de Formação em Enfermagem da Cruz Vermelha de Mantes-la-Jolie, França, ambos Mestres e docentes em enfermagem e ainda, pela autora do presente estudo, de forma a resolver as discrepâncias presentes em ambas as traduções e com o objetivo de obter uma primeira versão de consenso da escala na língua Francesa.

Nesta fase, constatou-se que ambas as traduções eram bastante semelhantes, recorrendo a palavras sinónimas, as quais, de uma versão para a outra, não alteravam a significação. Após discussão, estas pequenas discrepâncias, resolveram-se através do consenso e da escolha das expressões que mais simplificavam e promoviam a compreensão das afirmações.

A maior dificuldade, prendeu-se pelo facto de os peritos não perceberem a necessidade de um mesmo item se encontrar repetido em duas componentes, ao não existirem em França, PQCE enunciados da mesma forma que em Portugal. Após discussão e nesse sentido, decidiu-se omitir a afirmação, *“Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam”*, da componente *“Bem-estar e autocuidado”*, por esta ter sido considerada redundante, em relação ao total da escala.

Posteriormente, o documento procedente da primeira versão de consenso, foi traduzido de forma cega (anexo IV), por uma enfermeira independente, bilingue, cuja língua materna é o Português, licenciada em enfermagem e em medicina dentária, a exercer numa clínica privada em França. A qual não teve contacto anterior com a escala.

O resultado desta retroversão, foi novamente analisado pela autora da presente dissertação e pela Responsável Pedagógica do Instituto de Enfermagem da Cruz Vermelha, ao ser esta última, enfermeira bilingue, cuja língua materna é o Português. O que permitiu confrontar

a retroversão com a escala original, concluindo desta forma à uma segunda versão de consenso (anexo V).

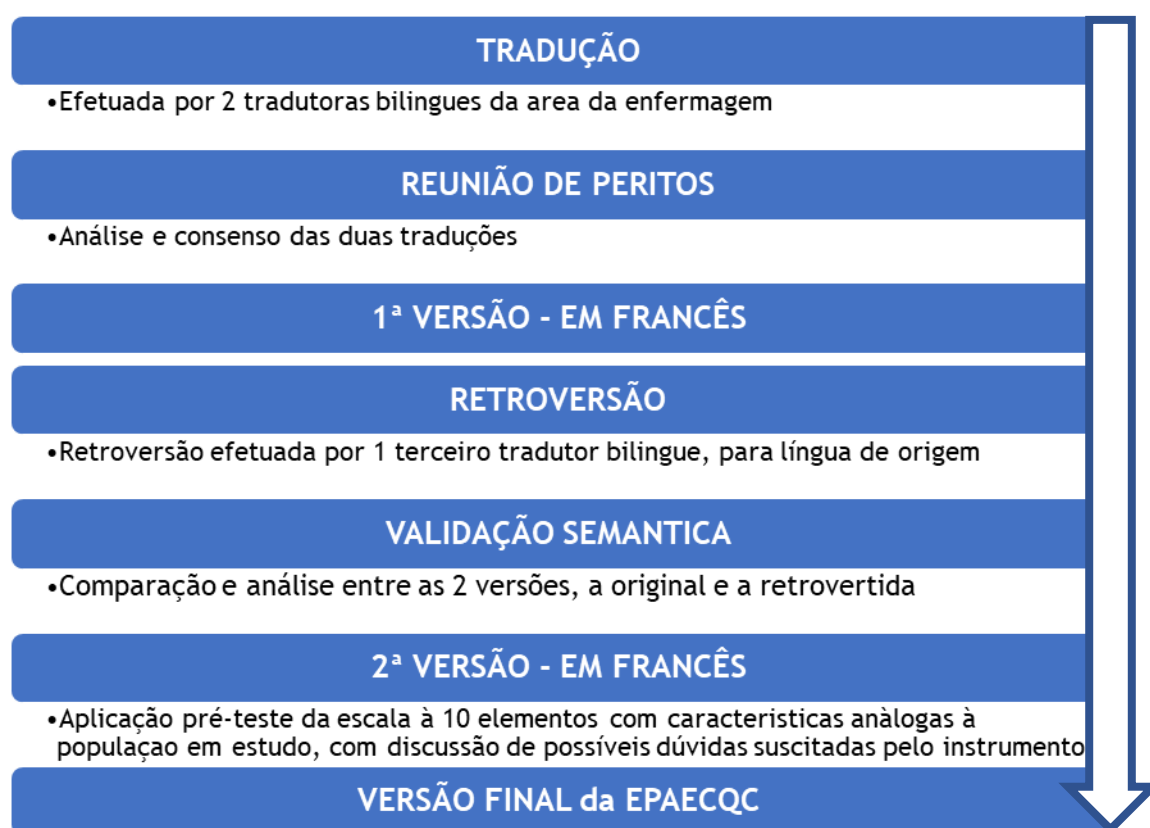
Esta segunda parte, permite verificar a validade da tradução, atestando que a tradução da primeira versão de consenso consegue espelhar os itens da versão original. Este processo, permite aumentar a consistência da tradução. Embora esta não garanta um alto nível de satisfação, o que não significa que se considere incorreta, apenas semanticamente diferente (Beaton, et al., 1993).

A retroversão permite ainda, além de verificar a equivalência semântica, detetar contradições que possam existir, assim como identificar a existência de possíveis enganos conceptuais da tradução (Ramos, 2014).

Para concluir esta primeira fase, torna-se necessária, a realização do teste de compreensão, ou pré-teste, com a constituição de uma comissão que permita delinear a versão final da escala. Esta comissão foi constituída por um grupo de dez enfermeiras Francesas, sem conhecimento da escala nem da língua Portuguesa, de um serviço de internamento, do Centro Hospitalar Théopille Roussel. As dez inquiridas, foram convidadas a explorar a compreensão do significado das afirmações, assim como eventuais dúvidas que as mesmas pudessem suscitar.

Este procedimento, tem por objetivo a análise da segunda versão de consenso, de forma a melhor adaptar os termos técnicos, assim como expressões incluídas no questionário. Este grupo de enfermeiras corroboraram a compreensão do documento não tendo aportado nem sugerido modificações suplementárias à escala. Sendo assim, na ausência de comentários, ou propostas, a comissão inicial decidiu guardar a segunda versão da tradução da escala, como versão final Francesa da EPAECQC (anexo V). O presente processo apresenta-se de forma sintetizada e esquemática na figura n° 7.

FIGURA 7 : PROCEDIMENTO PARA A ADAPTAÇÃO CULTURAL DO EPAECQC



Fonte: Adaptação pessoal de Teixeira (2015. p. 55)

## 2.6 - Procedimentos de suporte ao desenvolvimento do estudo

Uma vez definido e escolhido o instrumento psicométrico de recolha de dados, chegou o momento de planear a forma como estes serão recolhidos e esta decisão passou pela escolha do formato, entre a distribuição de questionários em papel ou em formato digital.

Segundo Fricker, Schonlau e Elliott (2002), os inquéritos on-line podem ser realizados, de uma forma mais rápida, eficaz, barata e fácil, pelo que a escolha recaiu nesta opção. Das diversas plataformas disponíveis on-line, decidiu-se utilizar o Google forms®, pela facilidade de utilização e parametrização, pelo aspeto gráfico dos questionários e principalmente, pela

facilidade de extração dos resultados e posterior importação para o programa de tratamento estatístico de dados - Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®.

Inicialmente, procedeu-se a estabelecer contato por correio eletrónico com a Diretora do polo de medicina Interna do Hospital François Quesnay de Mantes la Jolie, Mme Bizeul (anexo VI). Foi enviado em anexo, o pedido formal (anexo VII) e o instrumento psicométrico (anexo V). Foram ainda explanados os objetivos globais do estudo, solicitando a autorização da direção para a aplicação dos questionários e solicitando ainda uma reunião presencial para poder apresentar formalmente o estudo.

Obteve-se como resposta um correio eletrónico da enfermeira gestora do polo de medicina, Mme Bustillo, com a confirmação da aceitação da realização do estudo (anexo VIII). Procedeu-se então ao envio do correio eletrónico de apresentação com o link para aceder ao questionário diretamente.

A pedido de Mme Bustillo, após o seu contacto telefónico, foi agendado um dia específico para a entrega dos questionários, em papel, por esta não dispor dos contactos eletrónicos dos seus agentes. A entrega dos mesmos foi realizada na semana do 17 ao 21 de fevereiro de 2020.

Os questionários foram entregues às Chefias dos diferentes serviços de medicina, em envelope aberto, e a distribuição dos mesmos foi realizada por estes elementos nos serviços. Previu-se para a recolha dos mesmos, envelopes, nos diferentes serviços. A sua recolha, em envelope fechado e após preenchimento, ficou ao cargo das respetivas chefias entre o 16 e o 20 de março.

### **2.6.1 - Procedimentos éticos**

Antes de proceder ao envio dos mesmos, ainda se verificou necessário ponderar outra questão, pois *“como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação”* (Fortin, 2009, p.180). Pelo que se torna imprescindível, ter em consideração os princípios éticos desde o instante em que é escolhido o tema a investigar, na procura de respeitar sempre os direitos dos respondentes, tendo em conta o princípio de beneficência e assegurando o de não maleficência.

Para Fortin (2009) torna-se primordial a necessidade de atender aos sete princípios éticos tais como o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Pelo que ao proceder à aplicação dos questionários, tiveram-se em conta estes sete princípios, enfatizando o consentimento informado e esclarecido, (Anexo IX) o qual foi distribuído conjuntamente com o questionário, aos participantes do estudo e o respeito pela confidencialidade das informações pessoais, ao se tratar de um questionário anónimo.

Ao não existir em dita instituição uma Comissão Ética e Científica, o pedido formal (Anexo VII), de autorização da realização do presente estudo foi formulado directamente à Diretora do polo de medicina, assim como ao diretor do Hospital.

## **2.7 - Verificação da Validade de Conteúdo da escala**

A validade e a fidelidade, são características elementares, as quais determinam a qualidade das ferramentas psicométricas, pelo que se torna fundamental explorar estes dois contextos aquando da realização de traduções (Fortin, 1999). Pois ao traduzir, de um idioma para outro, um instrumento de medida, as propriedades psicométricas do mesmo são alteradas, modificando a fidelidade e a validade da mesma. O mesmo acontece quando se utiliza com populações diferentes da população alvo inicial (Fortin, et al., 2009).

Fortin (1999, p.225), realça ainda que, *“a fidelidade diz respeito à avaliação do grau de correlação de um instrumento de medida com ele próprio, enquanto que a validade se refere ao grau de correlação de um instrumento de medida com outra coisa que não o próprio”*.

Segundo Fortin, et al., (2009), a fidelidade representa a propriedade fundamental dos instrumentos de medida. Esta expõe à justeza e a estabilidade dos resultados, sendo que os graus de fidelidade se apreciam através dos seguintes meios:

- \* Consistência interna, calculando o coeficiente alpha de Cronbach;

- \* Estabilidade do fenómeno observado, o qual representa o grau de concordância entre dois dados recolhidos em dois momentos diferentes, por meio da técnica “teste-reteste”;
- \* Equivalência, “*grau de correlação entre duas versões ou formas paralelas de um instrumento*” (Fortin, 1999, p.228).
- \* Concordância entre observadores, quando aplicada por dois avaliadores distintos, ou pelo mesmo observador em momentos diferentes.

O último item, não será tido em consideração no presente estudo de investigação, tendo em conta que a EPAECQC é de autopreenchimento e não de observação.

### 2.7.1 - Descrição da validação da EPAECQC

Uma vez finalizado o trabalho de campo, com a respetiva revisão da literatura, escolha do instrumento e posterior tradução, adaptação cultural e validação do mesmo, apresenta-se de seguida, a análise descritiva dos principais resultados obtidos, relativos às componentes da escala EPAECQC uma vez aplicada. Recordar ainda, que os dados, além de pretenderem, refletir a perceção da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros a exercer as suas funções em Instituições Francesas, serão utilizados para analisar a consistência interna da mesma e servirão ainda de apoio à discussão final.

Após a extração dos dados, obteve-se a tabela nº 1. No que respeita a componente satisfação do cliente, esta oscilou, numa referência de um mínimo de sete e de um máximo de doze valores, apresentando uma média de 9,75, e com um desvio padrão de 1,24. Cabe destacar como melhor resultado, o da componente da prevenção das complicações, a qual oscilou, numa referência de um mínimo de sete e de um máximo de vinte e oito valores, apresentando uma média de 22,86 e com um desvio padrão 2,95. Inversamente, destaca-se a componente, organização dos cuidados, a qual apresenta uma oscilação, numa referência de um mínimo de três e de um máximo de oito valores, exibindo uma média de 5,49 e com um desvio padrão de 1,19.

No que respeita à qualidade total da escala, o número de questionários retidos, os quais vão permitir a sua análise foi o de 119, ao existirem cinco respondentes a deixar deliberadamente em branco uma afirmação da componente bem-estar e autocuidado. De igual modo, um respondente decidiu não dar resposta a duas afirmações, uma da

componente prevenção de complicações e outra numa afirmação da componente readaptação funcional.

A análise da qualidade total da escala, demonstra um valor de variação da escala total a oscilar, numa referência de um mínimo de 24 e de um máximo de 96 valores, apresentando uma média de 75,65 e um desvio padrão de 8,75.

**TABELA 1 : ANÁLISE DESCRITIVA DAS COMPONENTES DA ESCALA**

|                                        | Estatística |           |        |        |       |             |           | Assimetria  |       |
|----------------------------------------|-------------|-----------|--------|--------|-------|-------------|-----------|-------------|-------|
|                                        | N           | Intervalo | Mínimo | Máximo | Média | Erro Desvio | Variância | Estatística | Erro  |
| Satisfação do cliente                  | 125         | 5         | 7      | 12     | 9,75  | 1,242       | 1,543     | 0,279       | 0,217 |
| Promoção da saúde                      | 125         | 6         | 6      | 12     | 8,74  | 1,470       | 2,160     | 0,020       | 0,217 |
| Prevenção de complicações              | 124         | 12        | 16     | 28     | 22,86 | 2,959       | 8,753     | -0,031      | 0,217 |
| Bem-estar e autocuidado                | 120         | 13        | 7      | 20     | 15,99 | 2,671       | 7,134     | -0,586      | 0,221 |
| Readaptação funcional                  | 124         | 7         | 9      | 16     | 12,98 | 1,969       | 3,877     | -0,232      | 0,217 |
| Organização dos cuidados de enfermagem | 125         | 5         | 3      | 8      | 5,49  | 1,196       | 1,429     | 0,043       | 0,217 |
| Qualidade total                        | 119         | 39        | 56     | 95     | 75,65 | 8,758       | 76,705    | 0,008       | 0,222 |

Prosseguindo com a validação da escala, procedeu-se à realização da validade de conteúdo, a qual é possível por meio da realização de uma análise fatorial (AF). Antes de se iniciar dita análise, verifica-se necessário, certificar que os dados se revelam apropriados para esse tipo de modelo. Pelo que inicialmente se aborda o tamanho da amostra. Este depende do número de variáveis que se pretende analisar e segundo Hair, Anderson, Tatham e Black (2005), dificilmente se consegue realizar uma AF com uma amostra inferior a 50 respondentes, sugerindo mesmo, que de preferência, o tamanho da amostra seja maior ou igual a 100 respondentes. Estes autores recomendam ainda a relação mínima de cinco respondentes por cada variável analisada.



A realização da AF justifica-se pelo facto de existir um número considerável de variáveis observáveis no questionário utilizado. Este tipo de análise, permite agrupar ditas variáveis, sempre e quando estas se encontrem fortemente correlacionadas, reduzindo o número das mesmas e simplificando, por conseguinte, à análise dos dados obtidos (Urbina, 2007 ; Hair et al., 2005).

O teste de Kaiser Meyer Olkin (KMO) permite medir a adaptação da utilização da AF, relativamente aos dados analisados. Sabe-se que quando o teste KMO fornece valores baixos, este expressa que o tamanho da amostra é inadequado para o uso do instrumento psicométrico. Porém, para que dito instrumento seja considerado adequado para o questionamento do investigador, o valor obtido em dito teste, deve ser de  $KMO \geq 0,5$  (Quadro n° 4).

**QUADRO 4 : VALORES DE REFERÊNCIA DE KMO**

| KMO             | Análise Fatorial |
|-----------------|------------------|
| Entre 1 e 0,9   | Muito boa        |
| Entre 0,8 e 0,9 | Boa              |
| Entre 0,7 e 0,8 | Média            |
| Entre 0,6 e 0,7 | Razoável         |
| Entre 0,5 e 0,6 | Má               |
| Inferior a 0,5  | Inaceitável      |

Fonte: adaptação pessoal de Matos e Rodrigues (2019)

Por outro lado, o teste de esfericidade de Bartlett, permite verificar a existência de uma correlação suficientemente forte para que a AF possa ser aplicada, ao medir à adequação da análise, ao problema que se pretende investigar.

No presente estudo, o resultado do teste, demonstra um  $KMO = 0,852$ , obtendo uma correlação “Boa” entre as variáveis, segundo Kaiser, o que permite afirmar que o tamanho da amostra convém adequadamente ao instrumento escolhido. De igual modo, o teste de Bartlett ofereceu um p-valor de 0,000, sendo considerado significativo e admitindo, por conseguinte, que a análise é adequada. A realização de ambos testes permitiu confirmar que as variáveis do presente estudo se encontram dentro da normalidade e que estas correspondem ao tipo de estudo que se pretende realizar.

Verifica-se então e relativamente aos três tipos de validade existentes, que, a validade de conteúdo foi assegurada ao longo do desenvolvimento da tradução e adaptação da escala

para a população Francesa na parte qualitativa, ao se ter recorrido ao questionamento de profissionais e ao terem estes validado a compreensão do instrumento (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

A validade de critério não foi conferida, uma vez que não é conhecida uma escala, na população Francesa, que avalie as mesmas características na população e ao ter a escala original por base, os PQCE Portugueses. Esta situação impediu a avaliação da sensibilidade da EPAECQC através da comparação com outra escala que avalie o mesmo aspeto (Grove, et al., 2017).

A validade de construto, foi examinada recorrendo à análise fatorial. Apresentando esta, um valor resultante do teste KMO de 0,852 e teste de Esfericidade de Bartlett 0,000 o que mostra uma excelente recomendação para a utilização da análise fatorial (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

Continuando com dita análise, procedeu-se à extração das comunalidades. E entende-se por comunalidade como sendo a *“quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise”* (Hair et al., 2005, p.90). Por outras palavras, a comunalidade representa a porção da variância que uma variável partilha com todas as outras variáveis apreciadas.

Para uma variável que não apresente variância específica ou de erro, a comunalidade mostrará o valor de 1, enquanto que para uma variável que não compartilhe variância com nenhuma outra variável, apresentará uma comunalidade de valor 0. O valor mínimo para que uma comunalidade seja considerada satisfatória é considerado geralmente no valor de 0,5 (Matos & Rodrigues, 2019).

Após dita extração (quadro n°5), verifica-se uma fragilidade na afirmação “identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade”, da componente “Promoção da Saúde” e na afirmação “identificação dos problemas potenciais do cliente”, da componente “Prevenção das Complicações”, apresentando estas uma carga fatorial inferior a 0,50 (0,491 e 0,404 respetivamente).

**QUADRO 5 : EXTRAÇÃO DAS COMUNALIDADES**

| Extração das comunalidades                                                                                                   | Inicial | Extração |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | 1,000   | 0,698    |
| Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                | 1,000   | 0,597    |

| Extração das comunalidades                                                                                                                                                        | Inicial | Extração |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                                                                              | 1,000   | 0,527    |
| Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                                                                                   | 1,000   | 0,491    |
| Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                                                                                                 | 1,000   | 0,703    |
| Fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                                                                        | 1,000   | 0,685    |
| Identificam os problemas potenciais do cliente                                                                                                                                    | 1,000   | 0,404    |
| Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                                                                                       | 1,000   | 0,651    |
| Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis                                                                                 | 1,000   | 0,689    |
| Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                                                                                           | 1,000   | 0,628    |
| Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais                                                                    | 1,000   | 0,656    |
| Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam                                                                             | 1,000   | 0,655    |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                                                                                       | 1,000   | 0,644    |
| Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida                                                           | 1,000   | 0,655    |
| Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                 | 1,000   | 0,727    |
| Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | 1,000   | 0,643    |
| Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 1,000   | 0,757    |
| Referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                     | 1,000   | 0,617    |
| Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                                                               | 1,000   | 0,618    |
| Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade                                          | 1,000   | 0,581    |
| Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                                                         | 1,000   | 0,647    |
| Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional                                                                         | 1,000   | 0,616    |
| Dominam o sistema de registos de enfermagem                                                                                                                                       | 1,000   | 0,729    |
| Conhecem as políticas do hospital                                                                                                                                                 | 1,000   | 0,764    |

A análise de componentes principais (ACP), da mesma forma que a AF, tenta encontrar combinações lineares das variáveis, as quais, detenham o máximo possível de variância de ditas variáveis observadas, com a particularidade de que à ACP utiliza a variância na sua totalidade (Dancey & Reidy, 2006 ; Matos & Rodrigues, 2019).

De igual modo, procedeu-se então, a extração dos dados pelo método de ACP, no qual teoricamente foram criadas seis componentes, obtendo-se como resultado o quadro nº 6 a seguir apresentado.

**QUADRO 6 : ANALISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS**

|                                                                                                                              | Componente |        |        |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                              | 1          | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      |
| Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | 0,455      | 0,285  | -0,200 | -0,489 | 0,067  | 0,355  |
| Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                | 0,593      | 0,051  | -0,110 | -0,306 | 0,108  | 0,354  |
| Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                         | 0,196      | 0,529  | 0,148  | -0,016 | -0,379 | 0,207  |
| Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                              | 0,358      | 0,293  | -0,164 | 0,239  | 0,091  | 0,430  |
| Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                                            | 0,612      | 0,282  | -0,283 | 0,363  | -0,136 | -0,140 |
| Fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                   | 0,679      | 0,237  | -0,259 | 0,167  | 0,010  | -0,271 |
| Identificam os problemas potenciais do cliente                                                                               | 0,551      | 0,209  | 0,216  | -0,013 | 0,087  | -0,050 |
| Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                                  | 0,692      | 0,205  | -0,033 | 0,118  | 0,095  | -0,326 |
| Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis                            | 0,626      | 0,384  | -0,137 | -0,270 | 0,238  | -0,032 |
| Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                                      | 0,530      | -0,545 | -0,131 | 0,021  | 0,074  | 0,163  |
| Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais               | 0,649      | -0,469 | 0,075  | 0,006  | -0,006 | -0,094 |
| Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam                        | 0,577      | -0,216 | -0,039 | -0,177 | 0,468  | -0,155 |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                                  | 0,646      | -0,294 | -0,189 | -0,310 | 0,034  | 0,084  |
| Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida      | 0,681      | 0,087  | 0,330  | -0,121 | -0,218 | 0,113  |

|                                                                                                                                                                                   | Componente |        |        |        |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                   | 1          | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      |
| Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                 | 0,694      | 0,031  | 0,348  | -0,167 | -0,276 | -0,141 |
| Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | 0,666      | 0,111  | 0,388  | -0,120 | -0,135 | -0,067 |
| Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 0,655      | -0,455 | 0,061  | 0,078  | -0,323 | -0,078 |
| Referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                     | 0,684      | -0,003 | 0,120  | -0,231 | -0,081 | -0,274 |
| Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                                                               | 0,442      | -0,274 | 0,111  | 0,197  | -0,405 | 0,364  |
| Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade                                          | 0,476      | -0,174 | -0,400 | 0,270  | -0,060 | 0,296  |
| Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                                                         | 0,678      | 0,085  | -0,294 | 0,255  | -0,003 | -0,173 |
| Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional                                                                         | 0,729      | 0,021  | -0,179 | 0,225  | 0,026  | -0,026 |
| Dominam o sistema de registos de enfermagem                                                                                                                                       | 0,435      | -0,116 | 0,416  | 0,141  | 0,551  | 0,173  |
| Conhecem as políticas do hospital                                                                                                                                                 | 0,263      | 0,138  | 0,513  | 0,531  | 0,307  | 0,195  |

#### QUADRO 7 : EXTRAÇÃO PARA TRÊS COMPONENTES

|                                                                                                                              | Componente |       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|--------|
|                                                                                                                              | 1          | 2     | 3      |
| Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | 0,455      | 0,285 | -0,200 |
| Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                | 0,593      | 0,051 | -0,110 |
| Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                         | 0,196      | 0,529 | 0,148  |
| Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                              | 0,358      | 0,293 | -0,164 |
| Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                                            | 0,612      | 0,282 | -0,283 |

|                                                                                                                                                                                   | Componente |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|
|                                                                                                                                                                                   | 1          | 2      | 3      |
| Fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                                                                        | 0,679      | 0,237  | -0,259 |
| Identificam os problemas potenciais do cliente                                                                                                                                    | 0,551      | 0,209  | 0,216  |
| Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                                                                                       | 0,692      | 0,205  | -0,033 |
| Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis                                                                                 | 0,626      | 0,384  | -0,137 |
| Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                                                                                           | 0,530      | -0,545 | -0,131 |
| Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais                                                                    | 0,649      | -0,469 | 0,075  |
| Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam                                                                             | 0,577      | -0,216 | -0,039 |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                                                                                       | 0,646      | -0,294 | -0,189 |
| Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida                                                           | 0,681      | 0,087  | 0,330  |
| Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                 | 0,694      | 0,031  | 0,348  |
| Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | 0,666      | 0,111  | 0,388  |
| Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 0,655      | -0,455 | 0,061  |
| Referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                     | 0,684      | -0,003 | 0,120  |
| Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                                                               | 0,442      | -0,274 | 0,111  |
| Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade                                          | 0,476      | -0,174 | -0,400 |
| Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                                                         | 0,678      | 0,085  | -0,294 |
| Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional                                                                         | 0,729      | 0,021  | -0,179 |
| Dominam o sistema de registos de enfermagem                                                                                                                                       | 0,435      | -0,116 | 0,416  |
| Conhecem as políticas do hospital                                                                                                                                                 | 0,263      | 0,138  | 0,513  |

**QUADRO 8 : EXTRAÇÃO PARA DUAS COMPONENTES**

|                                                                                                                                                                                   | Componente |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
|                                                                                                                                                                                   | 1          | 2      |
| Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam                                                      | 0,455      | 0,285  |
| Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                                                                     | 0,593      | 0,051  |
| Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                                                                              | 0,196      | 0,529  |
| Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                                                                                   | 0,358      | 0,293  |
| Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                                                                                                 | 0,612      | 0,282  |
| Fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                                                                        | 0,679      | 0,237  |
| Identificam os problemas potenciais do cliente                                                                                                                                    | 0,551      | 0,209  |
| Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                                                                                       | 0,692      | 0,205  |
| Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis                                                                                 | 0,626      | 0,384  |
| Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                                                                                           | 0,530      | -0,545 |
| Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais                                                                    | 0,649      | -0,469 |
| Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam                                                                             | 0,577      | -0,216 |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                                                                                       | 0,646      | -0,294 |
| Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida                                                           | 0,681      | 0,087  |
| Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                 | 0,694      | 0,031  |
| Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | 0,666      | 0,111  |
| Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 0,655      | -0,455 |
| Referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                     | 0,684      | -0,003 |
| Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                                                               | 0,442      | -0,274 |
| Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade                                          | 0,476      | -0,174 |
| Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                                                         | 0,678      | 0,085  |

|                                                                                                           | Componente |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|
|                                                                                                           | 1          | 2      |
| Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional | 0,729      | 0,021  |
| Dominam o sistema de registos de enfermagem                                                               | 0,435      | -0,116 |
| Conhecem as políticas do hospital                                                                         | 0,263      | 0,138  |

Com a presente análise estatística multifatorial e após feita a extração para cinco (quadro nº6), quatro, três (quadro nº7) e duas (quadro nº8), componentes, verifica-se que o item “os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” e o item “os enfermeiros conhecem as políticas do hospital” perturbam a consistência interna da escala. Esta análise permite emitir a hipótese, de que ambas as afirmações devem ser retiradas e a escala, deve ser organizada como um todo, apresentando como única componente “a qualidade na prestação de cuidados em enfermagem”, a qual representaria a qualidade total, no que à realidade francesa se refere e com todas as questões organizadas num único grupo.

A fiabilidade da presente escala, foi calculada através do Alpha de Cronbach, o qual permite medir a sua consistência interna. Segundo Pestana e Gageiro (2005), o coeficiente de fiabilidade pode variar entre o valor 0 e o valor 1.

Dita consistência interna é considerada como excelente, quando o valor de Alpha for superior a 0,9 e é considerada inaceitável quando dito valor for inferior a 0,6 (quadro nº 9).

**QUADRO 9 : FIABILIDADE DE UMA ESCALA ALPHA DE CRONBACH**

| Alpha           | Consistência |
|-----------------|--------------|
| Superior a 0,9  | Excelente    |
| Entre 0,8 e 0,9 | Bom          |
| Entre 0,7 e 0,8 | Razoável     |
| Entre 0,6 e 0,7 | Fraca        |
| Inferior a 0,6  | Inaceitável  |

Fonte: Adaptação de Hill e Hill (2000)



Após o cálculo do Alpha de Cronbach e analisados os diferentes constituintes da mesma, verifica-se que a utilização da presente escala por componentes, debilita a sua confiabilidade, pois a componente satisfação do cliente, quando analisada individualmente, apresenta um valor inferior a 0,6 com uma consistência inaceitável.

Porém, quando analisada a escala na sua totalidade, esta, demonstra uma consistência quase excelente, apresentado um Alpha de Cronbach de 0,907. Ao retirar as duas afirmações que se encontravam a perturbar a consistência interna da escala e ao realizar novamente o cálculo do Alpha de Cronbach, este apresenta um valor de 0,913 aumentando a consistência interna do instrumento e reiterando a hipótese enunciada anteriormente, de que a escala deve ser apresentada como um todo e não dividida em componentes, no que a realidade Francesa se refere.

Uma vez analisada a escala, revela-se pertinente realizar a comparação da mesma, com os dados obtidos relativos as confiabilidades de Alpha de Cronbach realizadas nos países onde já foram publicados resultados. Nomeadamente com a escala original em Portugal e com a sua tradução para o Inglês na Turquia (Quadro n° 10).

Após a comparação, verificam-se similitudes no que respeita à análise da escala total, ao obterem todas, uma consistência excelente, alcançando um Alpha de Cronbach superior a 0,9. Relativamente à análise da componente bem-estar e autocuidado, verifica-se que obtiveram todas, uma boa consistência interna, alcançando um Alpha de Cronbach entre 0,8 e 0,9.

**QUADRO 10 : CONFIABILIDADES ALPHA DE CRONBACH NOS PAÍSES NOS QUAIS O QUESTIONÁRIO FOI APLICADO**

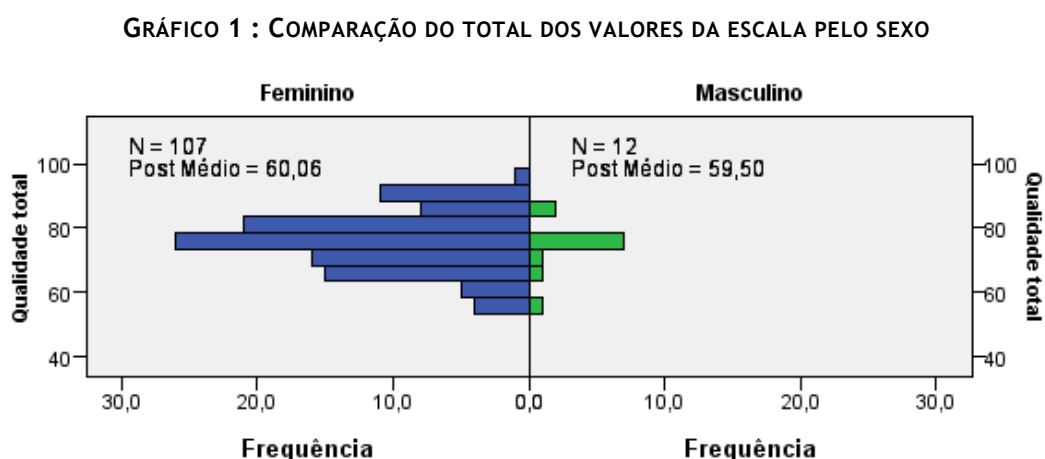
|                  | Satisfação do cliente | Promoção da saúde | Prevenção de complicações | Bem-estar e autocuidado | Readaptação funcional | Organização dos cuidados de enfermagem | Total |
|------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-------|
| Original         | 0,744                 | 0,740             | 0,779                     | 0,862                   | 0,830                 | 0,684                                  | 0,940 |
| Turquia          | 0,894                 | 0,818             | 0,828                     | 0,892                   | 0,781                 | 0,716                                  | 0,956 |
| França em estudo | 0,514                 | 0,685             | 0,800                     | 0,842                   | 0,699                 | 0,600                                  | 0,907 |
| França adaptada  |                       |                   |                           |                         |                       |                                        | 0,913 |

A escala a obter uma maior consistência, quer total ou por componentes, com a exceção da componente “readaptação funcional”, revelou-se ser a escala utilizada na Turquia, conseguindo, embora sem grande significância, superar a consistência obtida pela escala original.

### 2.7.2 - Comportamento da EPAECQC na população em estudo

Cabe de seguida explorar o comportamento da escala na população em estudo, para o qual se recorreu à realização de testes estatísticos. Estes testes têm como finalidade oferecer a perceção da qualidade total dos cuidados de enfermagem e demonstrar de que forma esta é influenciada pelas variáveis utilizadas, tais como a idade, o sexo, o grau académico, os anos de exercício da profissão, o serviço, o tempo de exercício no serviço atual e o desempenho de funções na área da gestão.

Como se pode apreciar no gráfico n.º 1, relativamente à análise da qualidade total e o sexo, embora a amostra do sexo feminino seja mais representativa por ser de maior número, ambas amostras apresentam sensivelmente a mesma média.

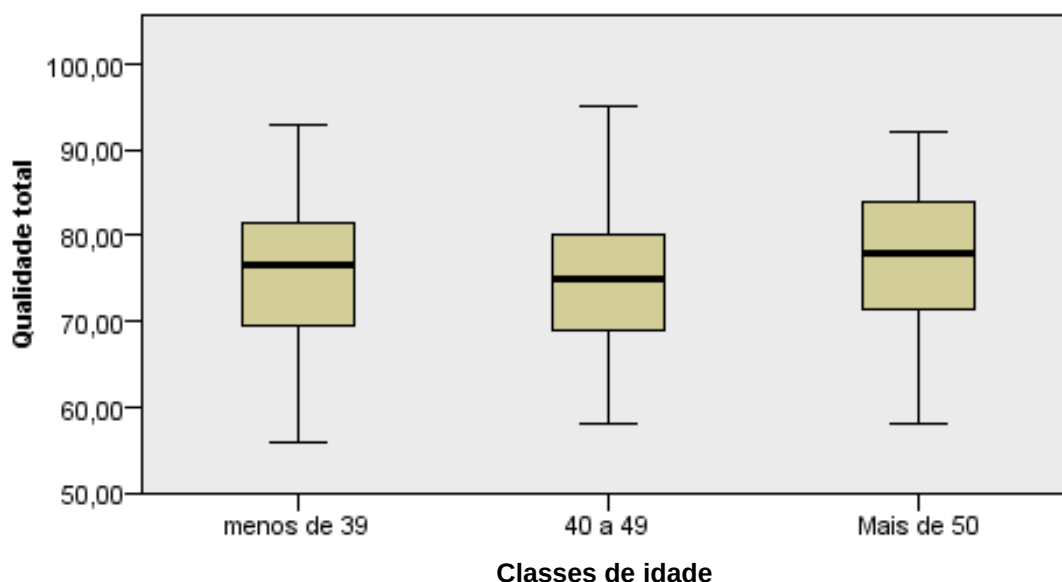


Comparativamente à análise da distribuição da qualidade total e o sexo, verifica-se, com recurso ao Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes, que ambas as categorias

apresentam praticamente a mesma distribuição (0,958), o que permite constatar uma ausência de associação estatisticamente significativa da variável sexo, com a percepção da qualidade total.

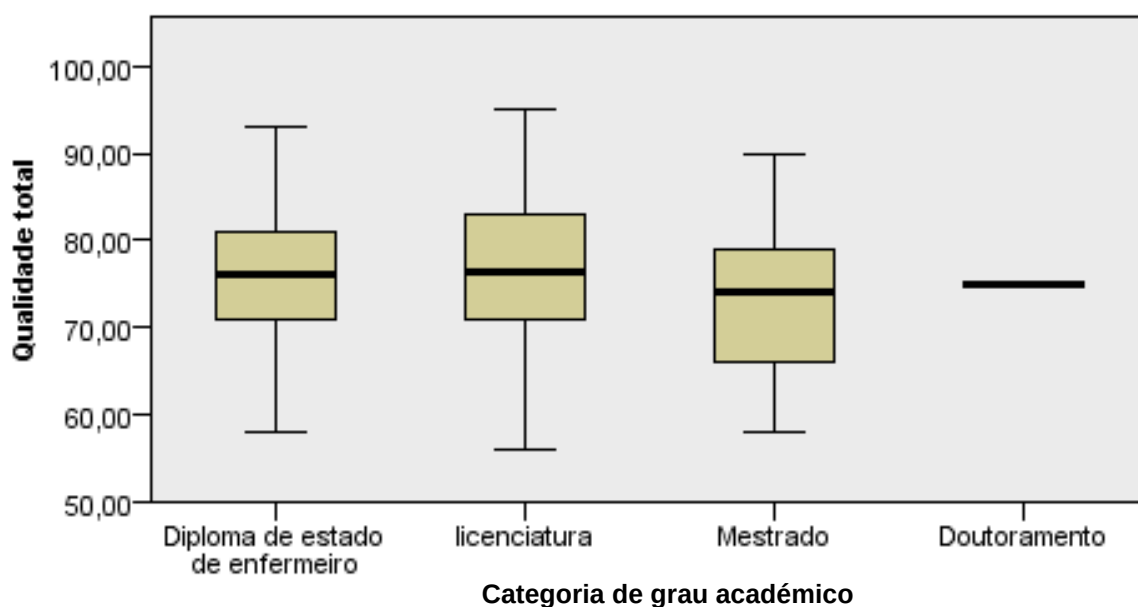
Ao analisar a distribuição da qualidade total em função das categorias de classes de idades, ilustrada no gráfico n° 2, verifica-se que, os valores medianos observados são próximos e que as distribuições são muito semelhantes. Após, à realização do teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes, verifica-se que este é superior a 0,05 ( $p=0,408$ ), pelo que se pode afirmar, que não existem diferenças estatisticamente significativas.

**GRÁFICO 2 : DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE TOTAL, POR CLASSES DE IDADE**



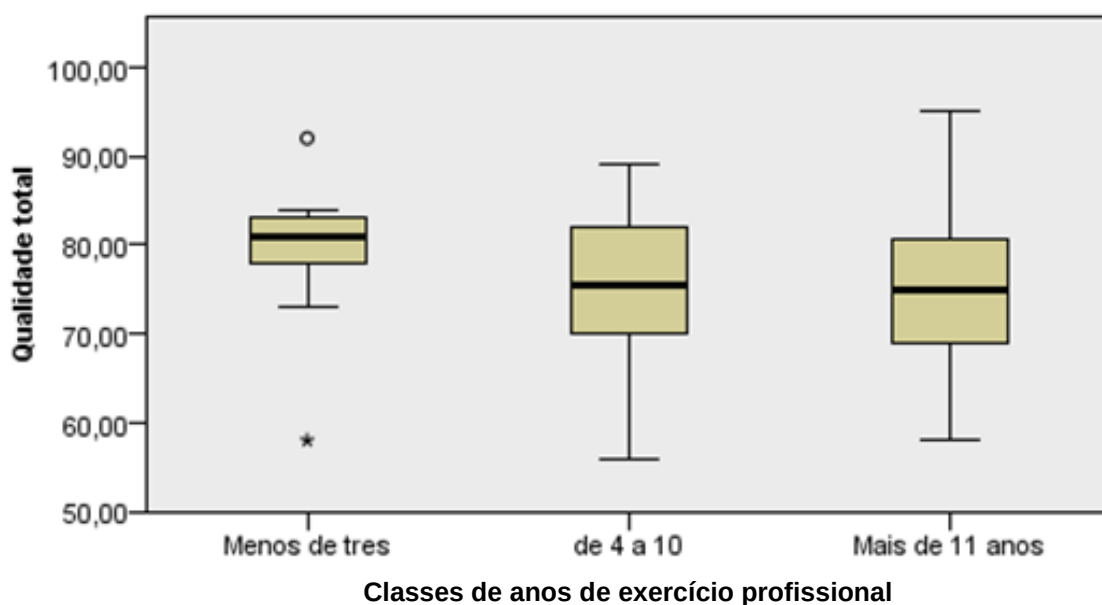
Quanto à distribuição da qualidade total em função da categoria de grau académico, ilustrada no gráfico n° 3, afere-se a maior dispersão dos dados na categoria licenciatura, embora a dispersão dos dados das categorias diploma de estado de enfermeiro e mestrado também se encontrem muito próximas. Destacar ainda que, os valores medianos observados continuam a ser muito próximos, com uma distribuição assimétrica negativa na categoria mestrado. Contudo não se verifica a existência de diferenças estatísticas significativas nas diferentes categorias ( $p=0,515$ ).

GRÁFICO 3 : DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE TOTAL, POR CATEGORIA DE GRAU ACADÊMICO



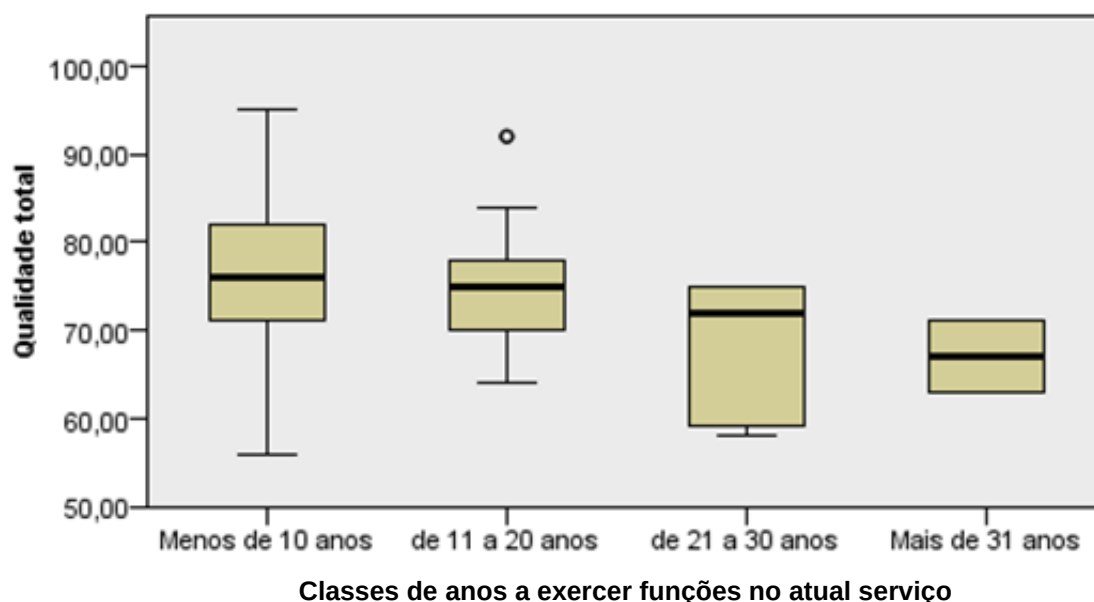
Relativamente à análise da distribuição da qualidade total em função das classes de anos de exercício profissional, evidencia-se a existência de um “outlier” e de um extremo à normalidade na classe, menos de três anos. De destacar que os valores medianos na classe de 4 a 10 e na classe mais de 11 anos, são similares, com uma distribuição assimétrica positiva na classe de 4 a 10 (gráfico nº 4). Continuam a não se verificar diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,298$ ).

GRÁFICO 4 : DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE TOTAL, POR CLASSES DE ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL



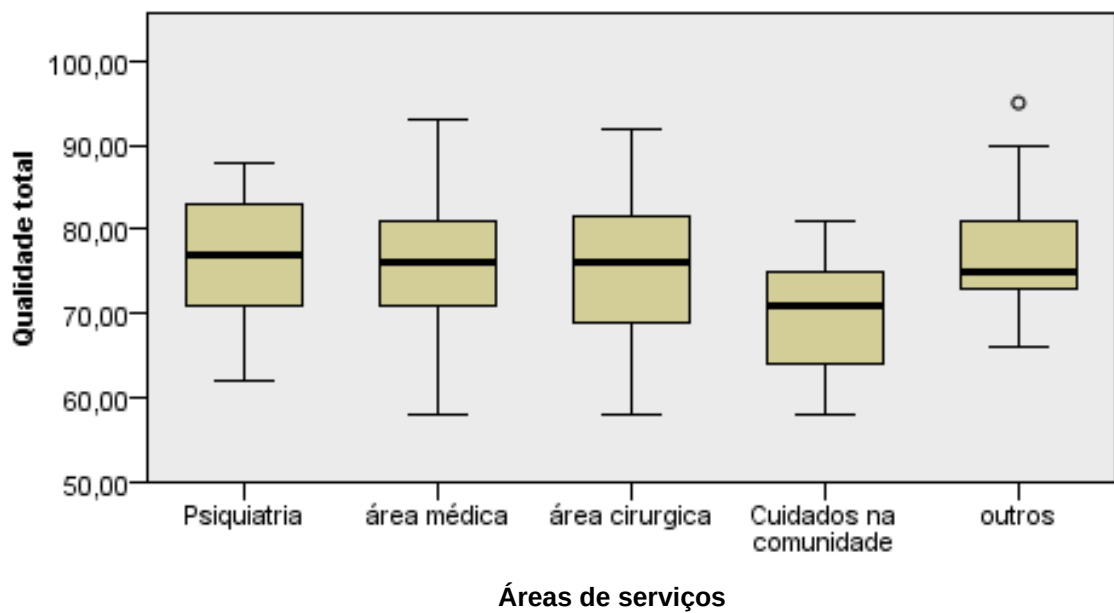
Ao analisar o gráfico n° 5, da distribuição da qualidade total em função das classes de anos de exercício profissional no serviço atual, comprova-se a existência de um valor “outlier” na classe de 11 a 20 anos e valores medianos próximos nas classes, menos de 10 anos e de 11 a 20 anos. Constata-se ainda uma maior dispersão na classe, menos de 10 anos e uma representação assimétrica negativa na classe de 21 a 30 anos, contrapondo com uma distribuição simétrica na classe mais de 31 anos. Contudo prossegue-se sem a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,100$ ).

**GRÁFICO 5 : DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE TOTAL, POR CLASSES DE ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO ATUAL**



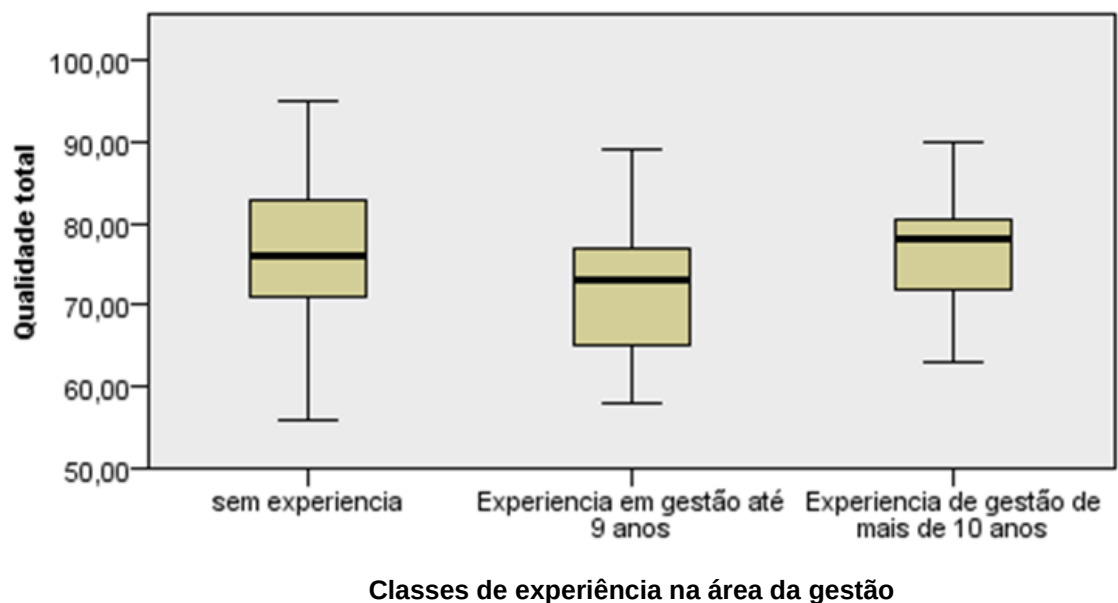
De igual modo, no que respeita à distribuição da qualidade total relativamente às categorias de áreas de serviços (gráfico n° 6), identificam-se valores medianos próximos em todas as áreas, à exceção da área dos cuidados na comunidade, a qual apresenta igualmente uma assimetria negativa. Destaca-se ainda um “outlier” e uma distribuição assimétrica positiva na área outros serviços. Contudo, diferenças estatisticamente significativas continuam a não se verificar ( $p=0,525$ ).

**GRÁFICO 7 : DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE TOTAL, POR CATEGORIAS DE ÁREAS DE SERVIÇO**



Finalizando a análise da distribuição da qualidade total, procedeu-se ao exame do gráfico n°7, relativo às classes de experiência na área da gestão. Este permite constatar, que a classe com maior dispersão é a classe sem experiência, na qual se aprecia uma distribuição ligeiramente assimétrica positiva. As classes nas quais a experiência na gestão é efetiva, até 9 anos e mais de 10 anos, mostram ambas uma distribuição assimétrica negativa, apresentando, o estudo dos presentes dados, diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,012$ ).

**GRÁFICO 9 : DISTRIBUIÇÃO DA QUALIDADE TOTAL, POR CLASSES DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA GESTÃO**



Considerando agora a análise de hipóteses para o nível de significância de 0,05, com testes não paramétricos e de acordo com as variáveis para amostras independentes, obtiveram-se os dados ilustrados no quadro n° 11. No qual em relação à percepção da qualidade total, verifica-se que a experiência profissional na área da gestão, influência à importância que os respondentes atribuem à percepção da qualidade total, ao apresentar um resultado com significância estatística ( $p=0,012$ ), rejeitando a hipótese nula.

**QUADRO 11 : COMPORTAMENTO DA QUALIDADE TOTAL RELATIVAMENTE ÀS VARIÁVEIS**

| Hipótese nula                                                                                                                   | Teste          | Sig.  | Decisão                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|---------------------------|
| A distribuição de Qualidade total é a mesma entre as categorias de classes de idade.                                            | Kruskal-Wallis | 0,408 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Qualidade total é a mesma entre as categorias de grau académico.                                              | Kruskal-Wallis | 0,515 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Qualidade total é a mesma entre as categorias de anos de exercício profissional.                              | Kruskal-Wallis | 0,298 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição da Qualidade total é a mesma entre as categorias de classes por anos de exercício profissional no serviço atual. | Kruskal-Wallis | 0,100 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Qualidade total é a mesma entre as categorias de áreas de serviços.                                           | Kruskal-Wallis | 0,525 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Qualidade total é a mesma entre as categorias de experiência na área da gestão.                               | Kruskal-Wallis | 0,012 | Rejeitar a hipótese nula. |

Ao analisar o quadro n° 12, pode-se afirmar, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes componentes da escala e o facto de o enfermeiro ser do sexo feminino ou masculino, uma vez que os valores do teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes, são todos superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise.

**QUADRO 12 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL SEXO**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | U Mann-Whitney | 0,340 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | U Mann-Whitney | 0,850 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | U Mann-Whitney | 0,769 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | U Mann-Whitney | 0,832 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | U Mann-Whitney | 0,771 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | U Mann-Whitney | 0,477 | Reter a hipótese nula. |

Quando analisado o comportamento das componentes relativamente à variável classes de idades, verifica-se a mesma tendência, ao não se observarem associações estatisticamente significativas, com todos os valores de significância a serem superiores à 0,05 (quadro nº 13).

**QUADRO 13 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL CLASSES DE IDADES**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | Kruskal-Wallis | 0,436 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | Kruskal-Wallis | 0,128 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | Kruskal-Wallis | 0,494 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | Kruskal-Wallis | 0,749 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | Kruskal-Wallis | 0,713 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | Kruskal-Wallis | 0,709 | Reter a hipótese nula. |

De igual modo, o quadro nº 14, evidencia que não existem diferenças significativas entre as diferentes componentes e a variável grau académico, visto os valores do teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes serem superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise.

**QUADRO 14 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL GRAU ACADÉMICO**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | Kruskal-Wallis | 0,679 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | Kruskal-Wallis | 0,146 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | Kruskal-Wallis | 0,440 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | Kruskal-Wallis | 0,201 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | Kruskal-Wallis | 0,290 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | Kruskal-Wallis | 0,273 | Reter a hipótese nula. |



Relativamente à análise do comportamento das componentes, no que respeita à variável anos de experiência profissional, esta continua a permitir afirmar, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes componentes da escala e a variável anos de experiência profissional, demonstrando valores relativos ao teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes, superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise (quadro n.º 15).

**QUADRO 15 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL ANOS EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | Kruskal-Wallis | 0,424 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | Kruskal-Wallis | 0,462 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | Kruskal-Wallis | 0,181 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | Kruskal-Wallis | 0,787 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | Kruskal-Wallis | 0,150 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | Kruskal-Wallis | 0,101 | Reter a hipótese nula. |

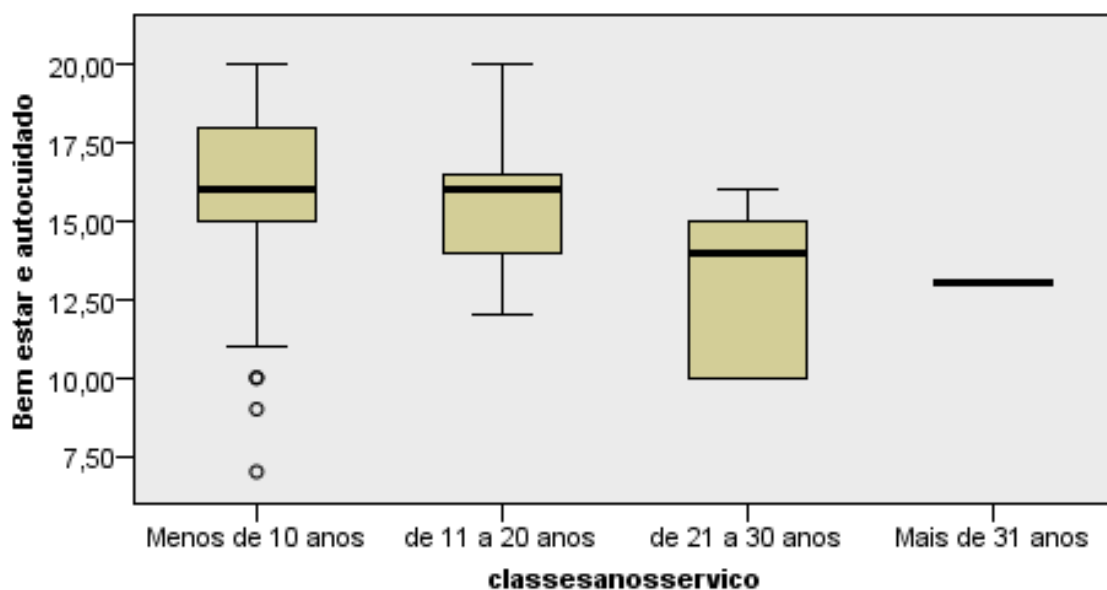
Já, ao examinar o quadro n.º 16, verifica-se que a experiência adquirida em função dos anos de exercício profissional no serviço atual, influência à relevância que os respondentes concedem à componente bem-estar e autocuidado, ao esta, apresentar, um resultado com significância estatística ( $p=0,019$ ), rejeitando a hipótese nula.

**QUADRO 16 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO ATUAL**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                   |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|---------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | Kruskal-Wallis | 0,259 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | Kruskal-Wallis | 0,373 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | Kruskal-Wallis | 0,298 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | Kruskal-Wallis | 0,019 | Rejeitar a hipótese nula. |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | Kruskal-Wallis | 0,183 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | Kruskal-Wallis | 0,077 | Reter a hipótese nula.    |

O gráfico n° 8, revela a existência de três valores “*outliers*”, relativamente aos respondentes da classe menos de 10 anos, apresentando esta ainda a maior dispersão, assim como uma assimetria positiva. Verifica-se também, que o valor mediano vai diminuindo com o aumento da idade e que as classes de 11 a 20 e de 21 a 30 anos apresentam uma distribuição assimétrica negativa, corroborando a apresentação da distribuição dos presentes dados, a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,019$ )

**GRÁFICO 10 : DISTRIBUIÇÃO DO BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO POR CATEGORIAS DE ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO ATUAL**



Passando agora à observação do comportamento das componentes relativamente à variável áreas de serviços, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes componentes da escala e a variável áreas de serviços, ao apresentar valores referentes ao teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes, superiores a 0,05 em todas as categorias da variável em análise (quadro n° 17).

**QUADRO 17 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL ÁREAS DE SERVIÇOS**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | Kruskal-Wallis | 0,961 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | Kruskal-Wallis | 0,287 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | Kruskal-Wallis | 0,475 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | Kruskal-Wallis | 0,317 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | Kruskal-Wallis | 0,183 | Reter a hipótese nula. |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | Kruskal-Wallis | 0,938 | Reter a hipótese nula. |

Por último, procedeu-se à análise do comportamento das componentes, relativamente à variável experiência na área da gestão. Aqui, verifica-se que a experiência profissional na área da gestão, influencia à importância que os respondentes atribuem, principalmente a promoção da saúde ( $p=0,001$ ), seguida da componente prevenção de complicações ( $p=0,003$ ) e da satisfação do cliente ( $p=0,006$ ), ao apresentarem um resultado com significância estatística, rejeitando, as três componentes, a hipótese nula (quadro n° 18).

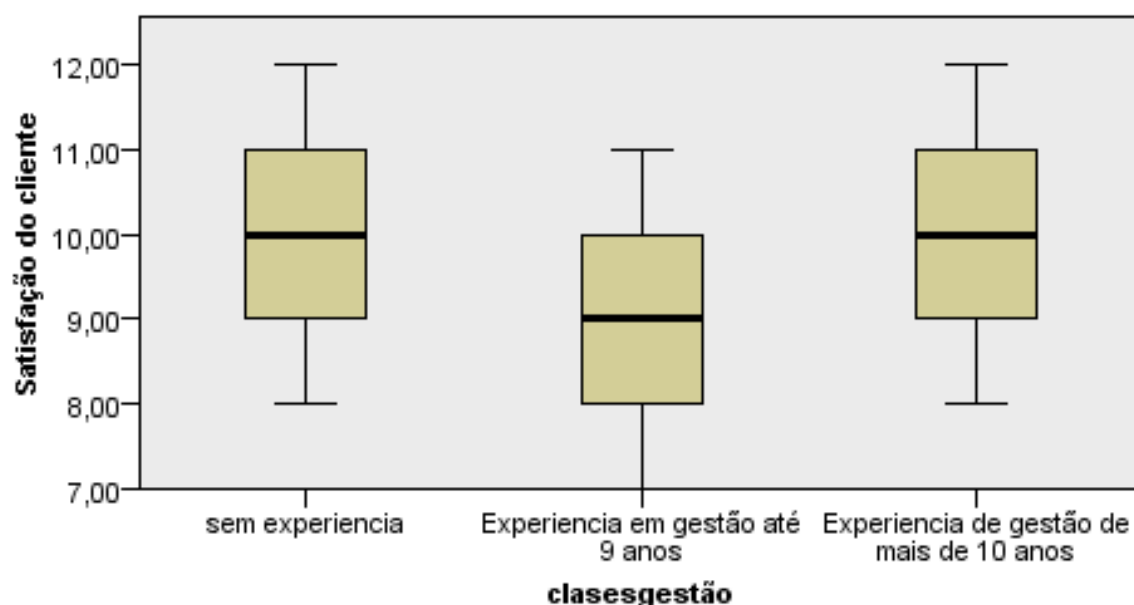
Esta constatação revela-se significativa, da preponderância que tem a experiência profissional na área da gestão, relativamente ao desenvolvimento das competências dos enfermeiros gestores e de que forma esta experiência condiciona as suas decisões.

**QUADRO 18 : COMPORTAMENTO DAS COMPONENTES RELATIVAMENTE À VARIÁVEL EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA GESTÃO**

| Hipótese nula                                            | Teste          | Sig.  | Decisão                   |
|----------------------------------------------------------|----------------|-------|---------------------------|
| A distribuição de Satisfação do cliente                  | Kruskal-Wallis | 0,006 | Rejeitar a hipótese nula. |
| A distribuição de Promoção da saúde                      | Kruskal-Wallis | 0,001 | Rejeitar a hipótese nula. |
| A distribuição de Prevenção de complicações              | Kruskal-Wallis | 0,003 | Rejeitar a hipótese nula. |
| A distribuição de Bem-estar e autocuidado                | Kruskal-Wallis | 0,081 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Readaptação funcional                  | Kruskal-Wallis | 0,084 | Reter a hipótese nula.    |
| A distribuição de Organização dos cuidados de enfermagem | Kruskal-Wallis | 0,844 | Reter a hipótese nula.    |

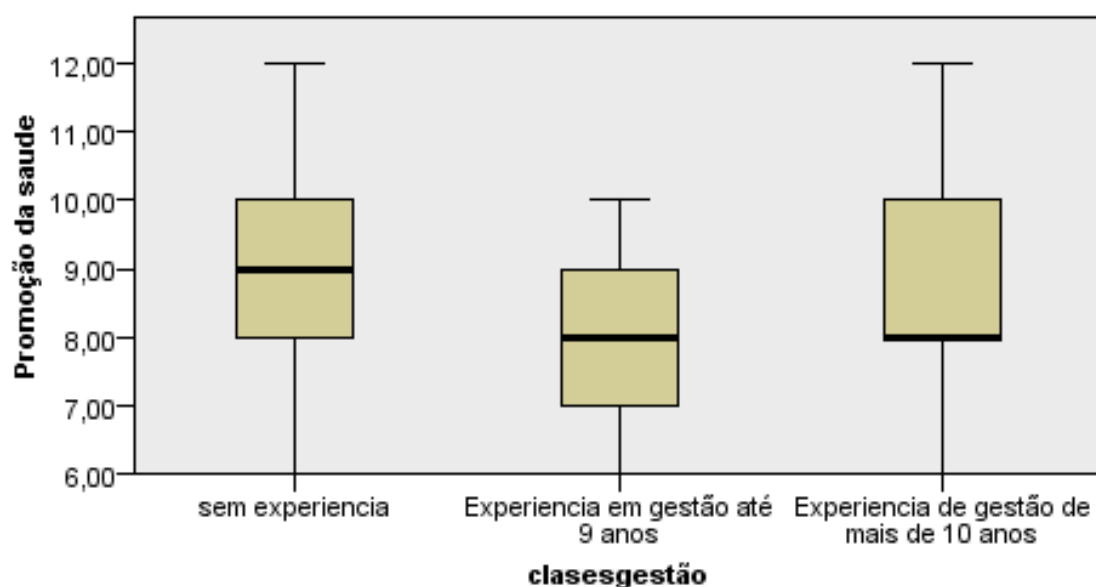
Relativamente à componente satisfação do cliente, o gráfico n°9 revela uma distribuição simétrica nas três classes, apresentando uma dispersão dos dados praticamente igual nas classes sem experiência e mais de 10 anos de experiência na área da gestão. De destacar ainda que os valores medianos são praticamente os mesmos nas duas classes anteriormente mencionadas. A exposição da distribuição dos dados demonstra a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,006$ ).

**GRÁFICO 11 : DISTRIBUIÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE POR CATEGORIAS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA GESTÃO**



Já na componente promoção da saúde, verifica-se uma grande dispersão dos dados, nas categorias sem experiência e mais de 10 anos de experiência na área da gestão, apresentando esta última uma assimetria positiva. As outras duas categorias exibem uma distribuição dos dados simétrica (gráfico n° 10). A presente distribuição demonstra, com a realização do teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes, um resultado com significância estatística ( $p=0,001$ ).

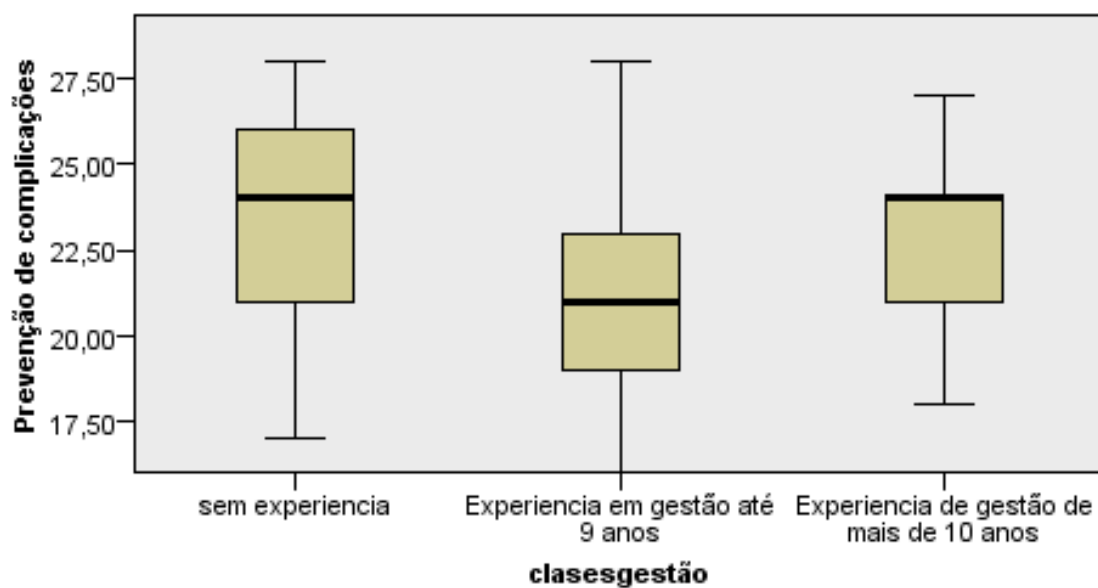
**GRÁFICO 12 : DISTRIBUIÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE POR CATEGORIAS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA GESTÃO**



Por último, na análise da aplicação da escala numa amostra da população Francesa e mais precisamente no que respeita às competências do enfermeiro gestor em função da sua experiência profissional em dita área, verifica-se que, relativamente à componente prevenção de complicações, a categoria mais de 10 anos de experiência, revela uma menor dispersão dos dados, apresentando ainda uma distribuição assimétrica negativa.

A categoria até 9 anos de experiência, demonstra uma distribuição simétrica e a categoria sem experiência, uma distribuição assimétrica negativa. Esta última apresenta ainda um valor mediano semelhante ao da categoria mais de 10 anos. A análise do gráfico n° 11, revela diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,003$ ), após a realização do teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes.

**GRÁFICO 13 : DISTRIBUIÇÃO DA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES POR CATEGORIAS DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA GESTÃO**



Em síntese, em função da experiência profissional dos enfermeiros gestores Franceses na área da gestão, encontram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente as componentes satisfação do cliente, promoção da saúde e prevenção de complicações.

No que respeita às competências do enfermeiro gestor, pode-se concluir que estas sofrem influência da variável experiência na área da gestão, assim como da variável, tempo de exercício profissional no serviço atual, embora esta última apresente um menor influxo.



### 3 - UMA JANELA PARA OLHAR À QUALIDADE DOS CUIDADOS NA REALIDADE FRANCESA

A disciplina de enfermagem recorre, cada vez mais, a estudos de investigação, os quais permitem que à prática da profissão se faça, com base em evidência científica, fundamentando a sua atuação e tomada de decisão, o que implica, uma atualização dos conhecimentos, assumindo-se esta assim como uma disciplina autónoma.

Por outro lado, a investigação científica revela-se a metodologia por excelência para a construção de conhecimento, demonstrando ser, *“uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais”* (Coutinho, 2011, p.7).

A realidade Francesa não podia ser uma exceção, pelo que de seguida se procede a apresentação dos dados obtidos através da aplicação EPAECQC.

#### 3.1 - Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 125 Enfermeiros a exercer a profissão em território Francês, os quais voluntariamente aceitaram responder ao questionário. Na amostra em questão, dos respondentes, 90,4% (N=113), são do sexo feminino e 9,6% (N=12) são do sexo masculino.

No que respeita a caracterização da amostra por classes de idades e ao se tratar de uma resposta aberta, obtiveram-se uma grande quantidade de dados. Mas o tratamento dos mesmos sem a sua distribuição por classes não representava grande relevância para o presente estudo, pelo que se procedeu ao reagrupamento dos mesmos como se ilustra no quadro n° 19.



Em relação a variação da idade dos participantes do estudo, verifica-se que, na amostra em questão, esta oscilou entre 21 anos, como o valor mais baixo e 64 anos como o valor mais elevado, sendo a media de idades de 40,63 anos e obtendo um desvio padrão de 9,091 anos.

**QUADRO 19 : DESCRIÇÃO DA AMOSTRA POR CLASSES DE IDADE**

|             | Frequência | Percentagem |
|-------------|------------|-------------|
| Menos de 39 | 56         | 44,8        |
| De 40 a 49  | 50         | 40,0        |
| De 50 a 65  | 19         | 15,2        |
| Total       | 125        | 100,0       |

No que se refere às habilitações académicas (tabela N°2), verifica-se que a maioria dos enfermeiros possui apenas o Diploma de Estado em Enfermagem, concretamente 52%, ao não existir à data de hoje uma formação académica de Licenciatura em Enfermagem em França. Verifica-se ainda que 25,6% dos Enfermeiros possui uma Licenciatura noutra área e que 21,6% possui um Mestrado. Apenas 1 Enfermeiro se distingue com o grau académico de Doutor o qual representa 0,8% da amostra.

**TABELA 2 : DESCRIÇÃO DA AMOSTRA POR GRAU ACADÉMICO**

|                                 | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Diploma de estado em enfermagem | 65         | 52,0        |
| Licenciatura                    | 32         | 25,6        |
| Mestrado                        | 27         | 21,6        |
| Doutoramento                    | 1          | 0,8         |
| Total                           | 125        | 100,0       |

Relativamente a caracterização da amostra segundo os anos de exercício profissional, optou-se por agrupar os dados em três grupos, com base no modelo de Patricia Benner (2001). Após a classificação e a análise dos dados e no que respeita o tempo de exercício profissional,

verifica-se que mais de dois terços da amostra (72%), possuem mais de 11 anos de experiência profissional (quadro n° 20).

**QUADRO 20 : DESCRIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OS ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

|                    | Frequência | Porcentagem |
|--------------------|------------|-------------|
| Menos de três anos | 9          | 7,2         |
| de 4 a 10 anos     | 26         | 20,8        |
| mais de 11 anos    | 90         | 72,0        |
| Total              | 125        | 100,0       |

Continuando a presente análise e olhando para a caracterização da amostra relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço atual (quadro n° 21), verifica-se que, 82,4 % dos respondentes se encontram a desempenhar funções à menos de 10 anos no serviço em questão, o que de certa forma reflete o baixo nível de fidelização dos profissionais nas instituições de saúde Francesas.

**QUADRO 21 : DESCRIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO ATUAL**

|                  | Frequência | Porcentagem |
|------------------|------------|-------------|
| Menos de 10 anos | 103        | 82,4        |
| de 11 a 20 anos  | 15         | 12,0        |
| de 21 a 30 anos  | 5          | 4,0         |
| Mais de 31 anos  | 2          | 1,6         |
| Total            | 125        | 100,0       |

No que respeita a descrição da amostra segundo a área de serviço no qual as funções são exercidas (quadro n° 22) e ao se tratar de uma resposta aberta, verificaram-se multitudes de serviços no campo de resultado, os quais foram agrupados em cinco classes para permitir um tratamento dos dados mais significativo.

Na classe Psiquiatria, a qual representa 20% da amostra, foram englobados os diferentes serviços de internamento, assim como os Hospitais de dia e os serviços de atendimento em ambulatório em Saúde Mental. Na classe da Área Médica, com a percentagem mais elevada, 36%, foram incluídas todas as especialidades de internamento, assim como a medicina interna, oncologia, endoscopia e hemodiálise entre outras.

Na área Cirúrgica encontram-se todos os serviços de cirurgia, ambulatória e hospitalar, assim como o bloco operatório, as urgências e os cuidados intensivos. Na área dos cuidados à comunidade, com a menor representação da amostra, 7,2%, foram englobados os serviços de Hospitalização domiciliar, planeamento familiar e Hospital de dia, com a exceção dos Hospitais de dia em Psiquiatria.

A área Outros, abrange todos os outros serviços identificados pelos respondentes, entre os quais se encontram, a área da Gestão Hospitalar, Qualidade e Gestão de Riscos Hospitalares, Maternidade, Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria e a designação de Enfermeiro Polivalente, o qual tem a função de cobrir as necessidades em matéria de recursos humanos na instituição, sem ter um serviço específico atribuído, estando apenas vinculado a um polo Hospitalar.

**QUADRO 22 : DESCRIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A ÁREA DO SERVIÇO DE EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES**

|                        | Frequência | Percentagem |
|------------------------|------------|-------------|
| Psiquiatria            | 25         | 20,0        |
| Área médica            | 45         | 36,0        |
| Área cirúrgica         | 28         | 22,4        |
| Cuidados na comunidade | 9          | 7,2         |
| Outros                 | 18         | 14,4        |
| Total                  | 125        | 100,0       |

Relativamente às funções desempenhadas na área da gestão (quadro nº23), a presente amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros sem experiência em gestão, 66,4%. Entre os enfermeiros com experiência em gestão, são de destacar os que tem até nove anos de experiência, os quais representam 24,8% da amostra.

**QUADRO 23 : DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM AS FUNÇÕES EXERCIDAS NA ÁREA DA GESTÃO**

|                                          | Frequência | Porcentagem |
|------------------------------------------|------------|-------------|
| Sem experiência                          | 83         | 66,4        |
| Experiência em gestão até 9 anos         | 31         | 24,8        |
| Experiência em gestão de mais de 10 anos | 11         | 8,8         |
| Total                                    | 125        | 100,0       |

Após finalizar a análise descritiva da amostra em questão e ao cruzar os dados no que respeita ao tempo de exercício profissional, no atual serviço e no exercício da gestão, pode-se constatar que os anos de exercício profissional, assim como os anos no atual serviço, variam de um mínimo de um, a um máximo de 40 anos. Localizando-se a média de anos de experiência profissional nos 17,02 anos e apresentando um desvio padrão de 9,521.

No que respeita ao tempo de exercido no serviço atual, a média situa-se nos 6,5 anos, com um desvio padrão de 6,609, relativamente ao tempo exercido com funções de gestão, embora se constate uma amplitude de zero a quarenta anos, a média situa-se nos 2,01 anos, apresentando um desvio padrão de 4,766, o que representa uma experiência na área relativamente recente.

### **3.2 - Apreciação da qualidade dos cuidados**

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem oferecem ao enfermeiro gestor uma ponte para que este possa guiar os colaboradores rumo à obtenção de uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência à população. Estes refletem ainda a crescente preocupação com a melhoria dos cuidados de saúde e com a otimização dos recursos humanos existentes, identificando de que forma os prestadores de cuidados se envolvem com a população e se por sua vez, este envolvimento responde as necessidades dos clientes.

Os dados obtidos, são de seguida apresentados permitindo visualizar de que forma os enfermeiros franceses, embora não utilizando os PQCE implementados em Portugal, os quais deram origem à EPAECQC, proporcionam cuidados de qualidade.

A primeira componente a ser analisada é a satisfação do cliente e entende-se por satisfação do cliente, a relação entre o cuidado que o enfermeiro presta e a expectativa que o cliente tem em relação ao cuidado que vai receber ou que recebeu. Porém, certas componentes são permanentemente esperadas pela parte dos enfermeiros, pois parte-se do princípio de que estes profissionais as realizam sempre no respeito do cliente e tendo em consideração os valores do mesmo.

Com base na bibliografia consultada, verifica-se que a satisfação do cliente se revela, como sendo um dos aspetos elementares para que se possa garantir a qualidade na prestação de cuidados. Para poder identificar então as necessidades reais de cada cliente, torna-se imperativo adotar medidas que permitam identificar estas mesmas necessidades, de forma a delinear as estratégias necessárias para as modificar, melhorar ou alcançar, tendo em conta os recursos disponíveis.

Quando analisada esta componente (tabela nº 3), verifica-se que em todas as afirmações a frequência, situa-se em torno de metade da amostra ou mesmo superior a 50% no indicador muitas vezes. É ainda de salientar que os enfermeiros consideram a afirmação “envolvimento com os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”, como significativa ao demonstrarem como resposta 49,6% muitas vezes e 43,2% sempre.

**TABELA 3 : DESCRIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS NA COMPONENTE SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

| Afirmações                                                                                                                   | Nunca |     | Algumas vezes |      | Muitas vezes |      | Sempre |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|------|
|                                                                                                                              | Nº    | %   | Nº            | %    | Nº           | %    | Nº     | %    |
| Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | 0     | 0,0 | 15            | 12,0 | 76           | 60,8 | 34     | 27,2 |
| Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                | 0     | 0,0 | 5             | 4,0  | 85           | 68,0 | 35     | 28,0 |
| Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                         | 0     | 0,0 | 9             | 7,2  | 62           | 49,6 | 54     | 43,2 |

A visão da prestação de cuidados por parte dos enfermeiros tem evoluído e a promoção da saúde emerge como o cuidado prioritário. Esta, revela-se como o novo foco de atenção, sem menosprezar a prestação de cuidados no tratamento da doença. A promoção da saúde, permite ao profissional, particularmente através da educação terapêutica, promover estilos de vida saudáveis aos clientes e famílias, assim como promover novos hábitos saudáveis com as intervenções na comunidade.

Este tipo de intervenção desenvolvida pelos enfermeiros, contribui para garantir a implementação dos padrões da qualidade, colocando o foco na prevenção da doença, identificando os recursos disponíveis na comunidade para posteriormente analisar quais as áreas de intervenção.

Com a análise da componente promoção da saúde (tabela nº 4), verifica-se, que a tendência continua a localizar-se no indicador muitas vezes, com mais de metade da amostra a selecionar este indicador. Considera-se relevante mencionar, que apenas um respondente referiu nunca fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, representando 0,8% da amostra, por outro lado, 56,8% (N=71), consideram fornecê-la muitas vezes e 20% (N=25) afirmam mesmo incluir esta ação sempre na sua prestação de cuidados.

**TABELA 4 : DESCRIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS NA OMPONENTE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

| Afirmações                                                                                      | Nunca |     | Algumas vezes |      | Muitas vezes |      | Sempre |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|------|
|                                                                                                 | Nº    | %   | Nº            | %    | Nº           | %    | Nº     | %    |
| Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade | 0     | 0,0 | 33            | 26,4 | 82           | 65,6 | 10     | 8,0  |
| Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                               | 0     | 0,0 | 27            | 21,6 | 75           | 60,0 | 23     | 18,4 |
| Fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente      | 1     | 0,8 | 28            | 22,4 | 71           | 56,8 | 25     | 20,0 |

No que aos cuidados de enfermagem diz respeito, a prevenção de complicações visa a excelência do exercício, adequando os padrões de qualidade dos cuidados à prestação dos mesmos e procurando uma atenção ao cliente individualizada e dirigida para as suas necessidades particulares (OE, 2001).

O foco deve ser colocado na investigação e no estudo de certas ocorrências, os quais vão permitir uma posterior implementação de estratégias que antecipem e visem a prevenção de possíveis complicações.

Uma vez os dados analisados e numa análise global, verifica-se que a tendência continua a localizar-se no indicador muitas vezes e em duas das afirmações, a inclinação dos respondentes, encontra-se mesmo no indicador sempre.

Ao observar minuciosamente a tabela nº5 verifica-se, que apenas 2,4% (N=3) dos respondentes referem fazer só as vezes a identificação dos problemas potenciais do cliente, o que demonstra grande implicação da parte dos profissionais franceses no que à identificação de problemas se refere com 66,4% (N=83) no indicador muitas vezes e 31,2% (N=39) no indicador sempre.

Relativamente a afirmação prescrição e implementação de intervenções, embora a tendência se encontre no indicador muitas vezes, 60% (N=75), o facto de 10,4% (N=13) da amostra se ter identificado com o indicador algumas vezes e 2,4% (N=3) com o indicador nunca, pode questionar sobre a importância que os enfermeiros franceses concedem as intervenções que visam a prevenção de complicações.

Cabe ainda salientar e segundo a apreciação dos enfermeiros a exercer a profissão em França, que 40,8% (N=51) declaram demonstrar muitas vezes responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam e 53,6% (N=67) afirmam mesmo demonstrar dita responsabilidade sempre.

Ao comparar esta componente, com a componente precedente, relativa à supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam, verifica-se uma tendência ligeiramente inferior ao afirmarem que nunca supervisionam 1,6% (N=2), ou que apenas o fazem algumas vezes 15,2% (N=19). Embora a tendência continue a ser positiva com 47,2% (N=59) no indicador muitas vezes e 36% (N=45) no indicador sempre, estas componentes não refletem a responsabilidade afirmada na componente supervisão.

**TABELA 5 : DESCRIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS NA COMPONENTE PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES**

| Afirmações                                                                                                     | Nunca |     | Algumas vezes |      | Muitas vezes |      | Sempre |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|------|
|                                                                                                                | Nº    | %   | Nº            | %    | Nº           | %    | Nº     | %    |
| Identificam os problemas potenciais do cliente                                                                 | 0     | 0,0 | 3             | 2,4  | 83           | 66,4 | 39     | 31,2 |
| Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                    | 3     | 2,4 | 13            | 10,4 | 75           | 60,0 | 34     | 27,2 |
| Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis              | 1     | 0,8 | 16            | 12,8 | 72           | 57,6 | 35     | 28,0 |
| Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                        | 0     | 0,0 | 6             | 4,8  | 59           | 47,2 | 60     | 48,0 |
| Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais | 0     | 0,0 | 10            | 8,0  | 77           | 61,6 | 38     | 30,4 |
| Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam          | 2     | 1,6 | 19            | 15,2 | 59           | 47,2 | 45     | 36,0 |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                    | 0     | 0,0 | 7             | 5,6  | 51           | 40,8 | 67     | 53,6 |

Promover e aumentar o bem-estar e o autocuidado, representam um dos principais objetivos da profissão de enfermagem, de acordo com os enunciados descritivos dos PQCE (OE, 2001) e não só ao nível físico, mas também no que à saúde como estado mental de bem-estar se refere.

Por outro lado, esta componente, além de um objetivo, representa também uma obrigação para os enfermeiros, pois estes têm o dever de apoiar o cliente na sua recuperação, mas sem esquecer de o incluir na prestação de cuidados em função das suas possibilidades, promovendo o seu próprio autocuidado nas suas atividades de vida diária.

Ao analisar a componente bem estar e autocuidado (tabela nº 6), verifica-se uma continuidade da tendência evidenciada nas componentes anteriormente analisadas, a tendência continua a localizar-se no indicador muitas vezes, 48% (N=60) na componente identificação de problemas, 58,4% (N=73) na componente prescrição e implementação de intervenções, 51,2% (N=64) na componente avaliação das intervenções, 45,6% (N=57) na componente rigor técnico/científico e mesmo 61,6% (N=77) na componente referenciar situações problemáticas identificadas.



Porém, na afirmação avaliação das intervenções, os respondentes identificaram-se novamente com o indicador algumas vezes 17,6% (N=22) e 3,2% (N=4) com o indicador nunca, respondendo apenas 28% (N=35) da amostra com o indicador sempre.

É de salientar ainda, que 42,4% (N=53) dos respondentes, afirmam identificar sempre os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida e 41,6% (N=52) da amostra, refere também, demonstrar sempre rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, o que demonstra a implicação positiva de estes profissionais.

Em relação ao indicador nunca, podem-se observar ainda, além dos 3,2% referidos anteriormente na componente avaliação das intervenções, 0,8% (N=1) na componente identificação de problemas e 1,6% (N=2) nas componentes prescrição e implementação de intervenções e rigor técnico/científico.

**TABELA 6 : DESCRIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS NA COMPONENTE BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO**

| Afirmações                                                                                                                                                                        | Nunca |     | Algumas vezes |      | Muitas vezes |      | Sempre |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|------|
|                                                                                                                                                                                   | Nº    | %   | Nº            | %    | Nº           | %    | Nº     | %    |
| Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida                                                           | 1     | 0,8 | 11            | 8,8  | 60           | 48,0 | 53     | 42,4 |
| Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                 | 2     | 1,6 | 10            | 8,0  | 73           | 58,4 | 40     | 32,0 |
| Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | 4     | 3,2 | 22            | 17,6 | 64           | 51,2 | 35     | 28,0 |
| Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 2     | 1,6 | 14            | 11,2 | 57           | 45,6 | 52     | 41,6 |
| Referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                     | 0     | 0,0 | 13            | 10,4 | 77           | 61,6 | 35     | 28,0 |

O processo de readaptação funcional, representa um dos momentos mais importantes no acompanhamento que o enfermeiro pode realizar a um utente, no que diz respeito à preparação do seu regresso a domicílio e não só, pois cabe a este profissional, acompanhar o cliente durante todo o seu ciclo vital, orientando e ensinando novas competências e promovendo uma aprendizagem adaptada que permita aumentar os recursos pessoais e familiares do mesmo.

A análise da componente readaptação funcional, proporciona uma visão interessante relativamente aos enfermeiros a desempenhar as suas funções em território francês, pois os respondentes, na sua maioria se identificaram com o indicador sempre, 68% (N=85) no que a afirmação continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem se refere. Com zero por cento de respostas no indicador nunca e baixa percentagem nos indicadores algumas vezes, com 8% (N=10) e 24% (N=30) respetivamente (tabela nº 7).

A tendência continua, não entanto, a localizar-se no indicador muitas vezes, com 64,8% (N=81) na componente otimização das capacidades do cliente e 60% (N=75), na componente ensinar, instruir e treinar o cliente.

Relativamente a afirmação planeamento da alta, embora 42,4% (N=53) dos respondentes afirmassem realizar esta componente muitas vezes é de salientar que 19,2% (N=24) dos respondentes, declararam planeá-la apenas algumas vezes e 4% (N=5) afirmaram não a planear nunca.

**TABELA 7 : DESCRIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS NA COMPONENTE READAPTAÇÃO FUNCIONAL**

| Afirmações                                                                                                                               | Nunca |     | Algumas vezes |      | Muitas vezes |      | Sempre |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|------|
|                                                                                                                                          | Nº    | %   | Nº            | %    | Nº           | %    | Nº     | %    |
| Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                      | 0     | 0,0 | 10            | 8,0  | 30           | 24,0 | 85     | 68,0 |
| Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade | 5     | 4,0 | 24            | 19,2 | 53           | 42,4 | 42     | 33,6 |
| Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                | 0     | 0,0 | 7             | 5,6  | 81           | 64,8 | 37     | 29,6 |
| Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional                                | 2     | 1,6 | 17            | 13,6 | 75           | 60,0 | 31     | 24,8 |

A organização dos cuidados de enfermagem representa um fio condutor, o qual vai permitir a realização e a continuidade dos mesmos. A evolução da tecnologia que engloba a gestão do cuidado, deve ser encarada como uma mais valia e não como um entrave na planificação e na partilha de informação relativa ao cliente, proporcionando dados importantes sobre a prestação dos cuidados, que este possa ter vindo a beneficiar, ou que este venha a necessitar.

Esta transmissão de informação, torna-se atualmente imprescindível, quer seja para o enfermeiro gestor diretamente, como para a instituição indiretamente, pois é através do processamento e da leitura dos dados fornecidos por ditas informações, que o enfermeiro gestor vai poder direcionar as suas intervenções prioritárias e que a instituição vai definir as suas políticas.

Cabe ainda salientar a necessidade de sensibilizar todos os profissionais de enfermagem para a importância que os registos das suas ações têm, na definição futura das políticas hospitalares da instituição na qual se encontram a exercer funções. Por outro lado, as instituições hospitalares, devem informar e tornar estas políticas atrativas e acessíveis aos seus profissionais para que estes se interessem, as consultem e as ponham em prática.

A análise dos dados fornecidos pela componente organização dos cuidados de enfermagem, demonstra que estes profissionais, afirmam dominar o sistema de registos, mantendo-se a tendência no indicador muitas vezes, com 59,2% (N=74) dos respondentes. Apenas 16% (N=20), escolheu o indicador algumas vezes e com ausência de respostas negativas. O indicador sempre foi aqui selecionado ainda por 24,8% (N=31) da amostra (tabela n.º 8).

Relativamente ao conhecimento das políticas hospitalares, verifica-se uma inversão da tendência, localizando-se a maior percentagem no indicador algumas vezes, 51,2% (N=64) dos respondentes, é inclusive 8,8% (N=11) dos inquiridos a responder negativamente. A mesma percentagem é verificada no indicador sempre e apenas 31,2% (N=39) dos respondentes a se identificarem com o indicador muitas vezes.

**TABELA 8 : DESCRIÇÃO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS NA COMPONENTE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

| Afirmações                                       | Nunca |     | Algumas vezes |      | Muitas vezes |      | Sempre |      |
|--------------------------------------------------|-------|-----|---------------|------|--------------|------|--------|------|
|                                                  | Nº    | %   | Nº            | %    | Nº           | %    | Nº     | %    |
| Dominam o sistema de registos de enfermagem      | 0     | 0,0 | 20            | 16,0 | 74           | 59,2 | 31     | 24,8 |
| Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital | 11    | 8,8 | 64            | 51,2 | 39           | 31,2 | 11     | 8,8  |

Em síntese, os resultados obtidos demonstram uma tendência positiva, predominando a escolha do indicador muitas vezes pelos respondentes em praticamente todas as componentes, apenas três componentes, obtêm uma pontuação superior no indicador sempre e uma, uma pontuação inferior no indicador algumas vezes.



## **4 - DO ESTADO DA ARTE SOBRE A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À REALIDADE DO OLHAR DA PROFISSÃO EM FRANÇA**

A versão Francesa do questionário EPAECQC, resultante do presente estudo parece ser bem-sucedida, apresentando facilidade na sua compreensão. Mostrou ainda adequar-se à população em estudo, embora estes profissionais não apliquem os PQCE os quais constituem um quadro de referência para a prestação de cuidados em Portugal (OE, 2012).

Uma outra vantagem do presente instrumento, prendesse com a sua rápida e fácil aplicação, ao permitir a sua distribuição on-line. Para Fricker e Schonlau (2002), este tipo de recolha de dados além de ser simples e barata, permite ainda, uma extração e um tratamento eficaz dos mesmos.

Este tipo de estudos, permitem proporcionar ferramentas fidedignas para o avance da profissão e da classe científica, pois os diversos profissionais na área das ciências da saúde fortalecem e melhoram as suas intervenções, através da aplicação de instrumentos psicométricos, os quais lhes permitam avaliar características específicas, factos particulares ou comportamentos dos sujeitos.

No presente capítulo, serão discutidos os resultados obtidos, resultantes da análise dos dados mencionados no capítulo anterior. Na procura de estabelecer um paralelismo dos mesmos com os dados alcançados por outros autores, ao aplicar o mesmo instrumento psicométrico, assim como a relação dos mesmos com o estado atual da arte.

### **4.1 - Análise do trabalho de campo**

A amostra, foi constituída por 125 enfermeiros, os quais, permitiram realizar a o presente estudo de validação da EPAECQC para a língua Francesa. Em relação aos participantes, a

categoria feminina, é a que está representada maioritariamente, exibindo 90,4% participantes. Este facto, vêm-se verificando na classe profissional de enfermagem através dos estudos realizados (Franco, Barros, Vaidotas & D’Innocenzo, 2010 ; OE, 2011; Fradique & Mendes, 2013 ; Martins et al., 2016 ; Ribeiro, et al., 2017).

A mesma tendência se encontra nas dissertações e estudos realizados com a aplicação da escala EPAECQC, 83,5% no estudo de Martins et al., (2016), 79,1% no de Yilmaz et al., (2017), 74,8% na dissertação de Sousa (2019), 77,9% na dissertação de Nóbrega (2019) e embora menos representativa, 51,8% na dissertação de Cabral (2015) com a aplicação da escala em Timor-Leste.

Relativamente à média de idades, no presente estudo foi de 40,63 anos de idade, oscilando entre os 21 como valor mais baixo e 64 como valor mais elevado. A média obtida por Nóbrega (2019), foi de 39 anos, 32,43 anos de media de idade na dissertação de Sousa (2019) e 39 anos no estudo de construção e validação da Escala EPAECQC (Martins et al., 2016).

No que concerne o grau académico, é de salientar que a população em estudo não possui licenciatura em enfermagem, mas sim um diploma de estado. A formação em enfermagem Francesa, é repartida em três anos de estudos, os quais proporcionam a obtenção de 180 ECTS (Sistema Europeu de Transferência de Créditos), ao concluir os mesmos.

No que respeita a licenciatura, verifica-se que 25,6% da presente amostra possui dito grau académico, mas numa área diferente. Consequentemente, não se pode comparar o que não é comparável, pelo que o único paralelismo que será contemplado como tal é o do grau académico de Mestrado, representando 21,6% da amostra da presente dissertação. A percentagem obtida por Nóbrega (2019), foi de 1,7% da sua amostra, já a percentagem obtida por Martins et al., (2016), foi muito semelhante à do presente estudo (21%).

Por outro lado e se a confrontação for encarada de outra forma, a comparação pode ser efetuada em função da formação básica de enfermagem (OE, 2014), constatando-se, nesse caso, que 52% da amostra em estudo, detêm a formação básica em enfermagem, contra 80,8% da amostra de Nóbrega (2019) e 62% da amostra do estudo de Martins et al., (2016), corroborando a afirmação da OE, a qual ao analisar o nível de formação da classe profissional constatou, “uma predominância do nível de formação básica” (OE, 2014, p.29).

No presente estudo, não se teve em conta o curso de especialização em enfermagem, por este não ser observável na população em questão. A reflexão sobre este tipo de formação, foi concluída em 2018, ao ser aprovada, pelo decreto de lei do 18 de julho de 2018, no qual se oficializou o início de dita formação em setembro do mesmo ano. Os primeiros enfermeiros especialistas, aqui denominados “em prática avançada”, serão diplomados em junho/julho do presente ano de 2020.

Relativamente a caracterização da amostra, segundo o tempo trabalhado, optou-se por agrupar os dados com base no modelo de Patricia Benner. Segundo Benner (2001) existem cinco níveis de desenvolvimento de competências na prática da profissão de Enfermagem, Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito.

Tendo em conta que o primeiro nível, o de Iniciado, é marcado pela inexistência de experiência ao identificar estudantes de enfermagem, ou enfermeiros que iniciam funções após a obtenção do diploma, necessitando acompanhamento e apoio de outros profissionais diferenciados, decidiu-se proceder à sua rejeição.

No que respeita ao quinto nível, o de Perito e com base no estudo e adaptação dos níveis de Benner (2001) realizado por Bomar (2004), a enfermeira perita, além de possuir uma enorme experiência, deve deter um nível de formação académica em concordância com a sua perícia, como é o grau académico de Doutor, e no presente estudo apenas um enfermeiro se distingue com este grau académico.

Decidiu-se, com base na análise anteriormente explicada, dividir então, a amostra em três níveis de experiência profissional, correspondendo os mesmos, aos três níveis centrais de Benner (2001), sendo estes, o de Iniciado Avançado, com menos de três anos de experiência profissional, no qual se englobaram os Iniciados. O nível de Competente, como aquele que detém entre quatro e dez anos de experiência profissional. E finalmente o nível de Proficiente, no qual se insere o nível de Perito, com mais de onze anos de experiência profissional.

Esta distribuição dos dados, relativa ao tempo de exercício profissional, demonstra, que 72% dos respondentes possuem mais de 11 anos de experiência profissional, mostrando que se encontram no nível de Proficiente ou Perito, o que, em matéria de visão da qualidade de cuidados prestados, poderá impactar consideravelmente os resultados, tendo em conta o tempo de exercício e a experiência profissional da população em estudo.

O tempo de exercício profissional no atual serviço oscila entre 1 e 40 anos, apresentando a maior percentagem na classe, menos de 10 anos com 82,4% da amostra (N=103). A média de dita classe, situa-se nos 6,5 anos, com um desvio padrão de 6,609, o que vai ao encontro do observado nas publicações francesas consultadas (Gacemi & Mignon, 2019), relativamente à fidelização dos profissionais nos serviços, estando as políticas de saúde francesas, no momento da realização do presente estudo, direcionadas principalmente à contenção de custos e não à melhora das condições de trabalho dos profissionais de saúde (Pierre-Poulet, & Sylvestre, 2018 ; Liaroutzos, 2018 ; Allemand, D., 2018 ; Carpentier, S., 2018).

Relativamente à área de exercício das funções, 36% dos respondentes se encontram a desempenhar funções na área médica, 22% na área cirúrgica e 20% na área da psiquiatria, como valores mais representativos.



No que respeita à área da gestão, a maior parte da amostra (66,4%) não desempenha funções de gestão, nem detêm experiência em dita área. Já 24,8% dos respondentes, detêm até 9 anos de experiência em gestão e 8,8% afirmam possuir mais de 10 anos de experiência na área. A média, situa-se nos 2,01 anos, apresentando um desvio padrão de 4,766, o que representa uma experiência na área relativamente recente.

Uma vez finalizada a análise descritiva, torna-se imprescindível, que as propriedades psicométricas do questionário explicitem que este mede realmente o que pretende medir, demonstrando a sua validade e permitindo que posteriormente a sua fidelidade possa ser provada pela repetição da medida, com os mesmos sujeitos e as mesmas condições (Ribeiro, 2010).

A validade do presente estudo, foi realizada por meio da análise descritiva dos resultados obtidos e apresentada em capítulos anteriores. Obtendo-se, como resultado da análise descritiva da totalidade da escala, e relativamente à amostra em estudo, uma variação da escala total a oscilar, numa referência de um mínimo de 24 e de um máximo de 96 pontos, apresentando uma média de 75,65 e um desvio padrão de 8,75 o que indica uma boa homogeneidade da amostra.

O índice de adequação da amostra KMO calculado, obteve um resultado de 0,852, o que permite concluir que a recomendação relativamente à análise fatorial é boa, apresentando uma matriz dos dados adequada. Quando comparada com a adequação da amostra realizada por Martins et al., (2014), esta demonstrou um valor de KMO superior, de 0,936, concluindo com a obtenção de uma análise fatorial muito boa. A escala original obteve ainda um teste de esfericidade de Bartlett de  $p < 0,001$ , sendo considerado significativo, de igual forma que o alcançado pela versão Francesa, a qual apresentou um p-valor de 0,000.

Posteriormente, procedeu-se ao cálculo da consistência interna das diferentes componentes, estas, após a adaptação cultural do instrumento, apresentam uma distribuição ligeiramente diferente às da escala original, dado que o item “Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam”, da componente “bem-estar e autocuidado” foi retirado, ao ser considerado redundante pelos peritos.

Após a análise das mesmas, os resultados obtidos demonstram certas fragilidades, nomeadamente na componente “satisfação do cliente”, na qual o resultado obtido é inaceitável, apresentando um valor de alfa de Cronbach de 0,514 na versão Francesa do instrumento. Quando comparado com os resultados obtidos por Martins et al., (2014) e por Yilmaz et al., (2017), a mesma componente apresentou respetivamente um valor de alfa de Cronbach de 0,744 na escala original e de 0,894 na versão Inglesa.

As componentes “promoção da saúde”, “readaptação funcional” e “organização dos cuidados de enfermagem”, relativamente à versão Francesa, obtiveram uma fraca consistência, apresentando um alfa de Cronbach de 0,685, 0,699 e 0,600 valores respetivamente.

A restantes componentes, enquadraram-se praticamente todas, entre uma consistência razoável e boa, destacando, a consistência interna da componente “bem-estar e autocuidado”, a qual apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,842, obtido pela versão Francesa. Esta componente, apresenta valores de alfa de Cronbach muito semelhantes nos três estudos, com um valor de alfa de Cronbach de 0,962 obtido pela escala original (Martins et al., 2014), assim como um valor de alfa de Cronbach de 0,892 obtido pela versão Inglesa (Yilmaz et al., 2017).

Estas componentes, individualmente, tendem a fragilizar o documento, na sua análise individual, da mesma forma que a componente “os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” e a componente “os enfermeiros conhecem as políticas do hospital”, perturbam a consistência interna da escala.

Reitera-se desta forma a hipótese sugerida em capítulos anteriores, de que a presente escala deve ser apresentada como um todo, representando a qualidade total, com a exclusão dos itens anteriormente mencionados e sem ser dividida por componentes. Ao realizar o cálculo do valor de alfa de Cronbach relativo à totalidade da escala com 22 componentes, este apresenta um valor de 0,913 o qual é representativo de uma consistência interna excelente.

Efetuada uma comparação com os estudos precedentes, nos quais foi aplicado o instrumento psicométrico, verifica-se, que tanto o instrumento original (0,940), resultante do estudo de Martins e suas colaboradoras, (2014), como a escala inglesa (0,956), resultante do estudo realizado na Turquia por Yilmaz e seus colaboradores (2017), apresentam, em relação a escala total, uma consistência interna excelente, expondo todas, um alfa de Cronbach superior a 0,9.

#### **4.2 - Apreciação da perceção da qualidade dos cuidados na realidade Francesa**

Como vem sido referenciado na presente dissertação, a perceção da qualidade dos cuidados difere, em função do ponto de vista do observador. O cliente, na sua perceção, pode ser

influenciado pela sua cultura, as suas crenças, os seus valores pessoais, as suas próprias representações sobre o que são cuidados de qualidade e com o avance tecnológico, este pode ainda, ser “parasitado” pela quantidade, quase infinita, de informação sobre a saúde e a prestação de cuidados, que as redes proporcionam.

De igual forma, a perceção de qualidade na prestação de cuidados por parte dos enfermeiros, também pode ser influenciada em função das suas crenças e dos seus valores. Sendo a França, um país multicultural por excelência, esta noção não podia deixar de ser introduzida, dado que as representações dos enfermeiros também podem variar em função da cultura do seu país de procedência.

Ao olhar para o perfil dos respondentes, verifica-se que estes são maioritariamente do sexo feminino, como na maior parte dos estudos, pois a enfermagem continua a ser uma profissão na qual as mulheres prosseguem predominando (Franco, et al., 2010 ; OE, 2011 ; UMCCI, 2013 ; Fradique & Mendes, 2013 ; Martins, et al., 2016 ; Ribeiro, et al., 2017).

Embora a média de idades se encontre nos 40,63 anos de idade, equiparada à do estudo de validação da Escala EPAECQC de Martins, et al, (2016), a qual se posicionou nos 38,5 anos, no presente estudo, 44,8% da amostra se encontra localizada na classe de menos de 39 anos e 12,8% menos de trinta anos.

Os profissionais jovens e com pouca experiência, podem representar uma mais valia para as instituições de saúde e para os enfermeiros gestores, ao terem uma melhor capacidade de adaptabilidade e apresentarem uma dinâmica diferente (Fradique & Mendes, 2013).

Mas estes profissionais jovens, não hesitam em mudar de instituição se não se encontrarem satisfeitos (Sliwka, 2005). Pois na realidade Francesa, a maior parte da população em questão, privilegia as agências de trabalho temporal, ou os contratos de curta duração (Rousselet, 1974).

Diversos estudos, apontam para a falta de tempo e falta de comunicação entre as equipas, esta situação provoca um aumento do stress dos profissionais, aumentando o “turnover” de ditas equipas, o que se reflete negativamente na perceção da qualidade da prestação dos cuidados (Le Gris & Phillips, 1996 ; Tai et al., 1998 ; Andrieu, 2008).

No que respeita o tempo de exercício profissional no serviço atual, 82,4% dos respondentes afirmam encontrar-se a exercer funções à menos de dez anos no serviço atual. Este valor, demonstra que os profissionais em questão, tendem a mudar de serviço frequentemente em função da satisfação pessoal com o local de trabalho e com as funções a desempenhar. A situação de rotação contínua, provoca o dito “turnover”, o qual corrobora mais uma vez, a sua repercussão negativa na qualidade dos cuidados (Sliwka, 2005).

Situação comprovada com a análise dos dados, ao ser rejeitada a hipótese, de que o tempo de exercício no serviço atual não influencia a componente bem-estar e autocuidado, apresentando esta no teste de Kruskal-Wallis uma significância de 0,019.

Pois o facto de as instituições não perenizarem os seus colaboradores, provoca lacunas na qualidade, ao não terem estes o tempo necessário, nem a formação adequada, aquando de prestações de cuidados específicos em serviços particulares (Liaroutzos, 2018).

Relativamente à variável áreas de serviços e a formação académica, não se apuraram situações particulares, dado que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, relativamente às componentes em estudo. Os respondentes, comportaram-se de igual forma indiferentemente do serviço no qual desempenham as suas funções ou do seu grau académico.

Já no que respeita a variável experiência na área da gestão, as diferenças são significativas, verificando-se que a experiência profissional na área da gestão, influencia à importância que os respondentes atribuem as atividades realizadas. Ao realizar o teste de Kruskal-Wallis, verificam-se resultados com significância estatística, principalmente nas componentes promoção da saúde ( $p=0,001$ ), prevenção de complicações ( $p=0,003$ ) e satisfação do cliente ( $p=0,006$ ), ao rejeitarem, as três componentes, a hipótese nula.

Os resultados, evidenciam a importância que a experiência na área da gestão representa em matéria de qualidade dos cuidados, sendo esta ainda mais significativa em função do tempo de experiência, pois os gestores formados ou nomeados recentemente, não apresentam as mesmas prioridades que os enfermeiros gestores mais experientes (Mangeonjean, 2018).

Relativamente a perceção da qualidade observada com a realização da presente dissertação e no que respeita à análise das componentes da EPAECQC, globalmente, os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados alcançados por Ribeiro et al., (2017), no seu estudo, o qual teve como contexto enfermeiros a exercer funções em Hospitais Portugueses.

Passando agora à uma análise mais pormenorizada e por dimensões, no que diz respeito à componente da “Satisfação do cliente”, verifica-se que na atividade demonstrar respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos individuais do cliente nos cuidados que prestam, verifica-se que os respondentes afirmaram demonstrar respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos do cliente “muitas vezes” (60,8%), seguida da afirmação “sempre” (27,2%). Já no estudo de Ribeiro et al., (2017) o valor mais elevado foi observado na afirmação “sempre” (66,36%), sendo esta seguida da afirmação “muitas vezes” (33,6%). As autoras obtiveram uma afirmação negativa, ao contrário do presente estudo.

Olhando agora para a afirmação procurar empatia nas interações com o cliente, os respondentes afirmaram maioritariamente, procurá-la “muitas vezes” (68%) e “sempre” em

28% das afirmações, com apenas 4% a referir “algumas vezes” e sem respostas negativas. Ao comparar com o estudo de Ribeiro et al., (2017), as autoras obtiveram como afirmação maioritária “sempre” (69,86%), seguida da afirmação “muitas vezes” (29,56%). Novamente as autoras obtiveram uma afirmação negativa, ao contrário do presente estudo.

No que se refere à atividade envolver os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, os respondentes responderam maioritariamente “muitas vezes” (49,6%) e “sempre” (43,2%), com apenas 7,2% dos respondentes a considerarem incluir “algumas vezes” os conviventes significativos. Estes resultados são muito próximos dos obtidos pelo estudo de Ribeiro et al., (2017), no qual as autoras referem que embora estas duas primeiras respostas sejam maioritárias (55,3% e 33,4% respetivamente), relativamente à atividade envolver os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, o facto de uma pequena percentagem, 7,2% na presente dissertação e 11,1% no estudo das autoras, responder ainda “algumas vezes”, *“denota dificuldade de integrar as pessoas significativas no processo de cuidados”* (Ribeiro et al., 2017, p.97).

Ainda assim, pode-se concluir que a perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem, relativamente a componente “satisfação do cliente” é razoável, ao não conseguir alcançar os resultados dos estudos de Martins et al., (2016), Ribeiro et al., (2017) e Yilmaz et al., (2018).

Relativamente à componente “promoção da saúde”, verificou-se, que os respondentes valorizam as atividades inerentes a esta componente, afirmando maioritariamente realizar “muitas vezes”, as atividades de enfermagem questionadas. Esta afirmação é seguida da menção “algumas vezes”, uma pequena percentagem afirmou realizá-las “sempre”, obtendo-se ainda, na presente componente, uma resposta negativa.

O facto de um respondente ter optado pela afirmação “nunca”, levanta certas interrogações, pois os profissionais de enfermagem, são de certa forma, responsáveis pela promoção da saúde na comunidade na qual estes se encontram inseridos. E devem atender adequadamente às necessidades da população no que a cuidados de enfermagem se refere (OE, 2015).

Certo, os enfermeiros Franceses não se regem pelo código deontológico Português, mas a promoção da saúde é uma preocupação mundial, constituindo um dos pilares fundamentais da carta de OTTAWA (OMS 1986), na qual esta é identificada como um processo, o qual tem por objetivo capacitar os indivíduos e as suas famílias para poderem realizar uma gestão eficaz da sua saúde e bem-estar, a nível físico, mental e social.

Os resultados obtidos no presente estudo relativos a esta componente, são contrários aos do estudo de Ribeiro, et al., (2017). Aqui as autoras, obtiveram maior percentagem de respostas na menção “sempre”, levando a pensar que em matéria de promoção de saúde e

prevenção de complicações, a maioria dos enfermeiros é capaz de identificar situações de saúde na população, assim como os seus recursos e aproveitar o tempo de internamento para realizar a promoção de estilos de vida saudáveis, embora, estes não o realizem de forma sistemática (Freire, Lumini, Martins, Martins & Peres, 2016)

Relativamente à atividade identificar as situações de saúde da população e os recursos do cliente/família e comunidade e ao compará-la com o estudo de Ribeiro et al., (2017), a maior parte dos respondentes afirmaram realizá-la “muitas vezes” (65,6%), similarmente às autoras (66%), esta afirmação seguiu-se de “algumas vezes” (26,4%). No estudo de Ribeiro et al., (2017) esta afirmação encontra-se como terceira opção (6,4%). A afirmação “sempre” foi escolhida apenas por 10 dos respondentes (8%), contra 27,5% de respostas no estudo das autoras. Não se observou nenhuma resposta negativa na presente dissertação, contra 0,1% no estudo de Ribeiro et al., (2017).

A tendência mantém-se relativamente a atividade aproveitar o internamento para promover estilos de vida saudáveis, com 60% dos respondentes à afirmarem realizar “muitas vezes” dita atividade, resultados semelhantes aos obtidos por Ribeiro et al., (2017), (53,95%). Nas seguintes afirmações, os resultados foram diferentes dos das autoras, ao se evidenciar que 21,6% dos respondentes afirmaram realizar ditas atividades “algumas vezes”, contra 15,56% no estudo das autoras, 18,4% declararam realizá-las “sempre”, contra 29,88% no estudo das autoras e sem respostas “nunca”, contrariamente ao estudo de Ribeiro et al., (2017), no qual obtiveram algumas respostas negativas (0.6%).

Finalizando com a componente “promoção da saúde” e relativamente à atividade fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades, verificou-se a mesma tendência que nas declarações anteriores, ao se identificarem a maioria dos respondentes com a afirmação “muitas vezes” (56,8%), seguida da afirmação “algumas vezes” (22,4%), “sempre” (20%) e “nunca” (0,8%). Os resultados de Ribeiro et al., (2017) demonstraram 53,96%, 15,56%, 29,8% e 0,2% respetivamente, reiterando como respostas significativas as afirmações “muitas vezes” e “sempre” sendo as mais escolhidas.

Conclui-se, que a perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem, relativamente ao nível da “promoção da saúde” continua a ser razoável, ao não conseguir alcançar os resultados dos estudos de Martins et al., (2016), Ribeiro et al., (2017) e Yilmaz et al., (2018).

Embora estes profissionais afirmem maioritariamente realizar “muitas vezes” as atividades de promoção da saúde, ao se encontrar a afirmação “algumas vezes” na segunda escolha dos respondentes, demonstra que a preocupação dos mesmos não se encontra focada nos processos adaptativos dos clientes e das comunidades, mas sim no modelo biomédico, o qual se centra na doença e na cura da mesma (Sousa et al., 2015).

Esta tendência pode ainda ser explicada pelo facto de certos profissionais preferirem o trabalho temporário, “interim” e ao intervirem em função das necessidades dos serviços, estes se encontram menos implicados na “promoção da saúde” ao não fazerem parte da instituição (Sliwka, 2005 ; Loquet & Nagou, 2014).

Continuando com a componente “prevenção de complicações”, os enfermeiros responderam maioritariamente “muitas vezes” a todas as atividades, com exceção das atividades demonstrar o rigor técnico/científico e demonstrar responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam, ao contrário das respostas obtidas no estudo de Ribeiro et al., (2017), no qual predominaram as afirmações “sempre”.

Relativamente à atividade identificar os problemas potenciais do cliente, estes afirmaram realizar dita atividade “muitas vezes” (66,4%), seguida da resposta “sempre” (31,2%), “algumas vezes” (2,4%) e sem respostas negativas. No estudo de Ribeiro et al., (2017), as autoras, obtiveram como afirmação principal “sempre” (57,6%), seguida da resposta “muitas vezes” (41%), “algumas vezes” (1,3%) e “nunca” (0,1%).

Ao analisar a atividade prescrever e implementar intervenções com vista à prevenção de complicações, as afirmações obtidas, foram mais uma vez distintas, às do estudo de Ribeiro et al., (2017), com predomínio da afirmação “muitas vezes” (60%), seguida da afirmação “sempre” (27,2%), “algumas vezes” (10,4%) e “nunca” (2,4%). As autoras, obtiveram respetivamente “sempre” (58,16%), seguido de “muitas vezes” (39,55%), “algumas vezes” (2,09%) e “nunca” (0,2%).

Os resultados do presente estudo, demonstram um certo interesse dos profissionais de enfermagem, em orientar a sua prática na prevenção de complicações, mas sem demonstrar ênfase suficiente para que esta atividade seja prioritária. Esta evidência, pode ser consequência de um terço dos respondentes serem demasiado jovens e por consequente pouco experientes e ainda por preferirem o trabalho temporário, de “interim”.

Continuando com a análise da atividade avaliar as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis, comprova-se a mesma tendência do presente estudo, com predomínio da afirmação “muitas vezes” (57,6%), seguida da afirmação “sempre” (28%), “algumas vezes” (12,8%) e “nunca” (0,8%). Ribeiro et al., (2017) obtiveram maioritariamente a afirmação “sempre” apresentado uma percentagem de 54,4%.

Relativamente à atividade demonstrar o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, ao comparar os resultados obtidos com os do estudo de Ribeiro et al., (2017), foi possível observar que ao contrário das atividades anteriores, a afirmação mais frequentemente utilizada foi “sempre” (48%), de igual forma que as autoras (78,2%), a afirmação “muitas vezes” encontrando-se muito próxima com 47,2% e com 4,8% dos respondentes a afirmar realizar “algumas vezes” dita atividade.

Ao analisar a atividade referenciar situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais, os respondentes afirmaram realizar “muitas vezes” (61,6%) dita atividade, seguida pela afirmação “sempre” (30,4%). Comparativamente com Ribeiro et al., (2017), aqui as autoras continuaram a obter como opção mais frequente a afirmação “sempre”, com 51,6% seguida da afirmação “muitas vezes”, com 45,2% das respostas. De realçar ainda, relativamente à presente dissertação, a evidência de que 8% da amostra afirmar, realizar a presente atividade “poucas vezes”.

Em relação à atividade supervisionar as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam, na presente dissertação, observa-se a prevalência da afirmação “muitas vezes” (47,2%), seguida pela afirmação “sempre” (36%). Ribeiro et al., (2017), obtiveram no seu estudo maioritariamente a afirmação “sempre” (51,9%), seguida da afirmação “muitas vezes” (38,7%). No estudo das autoras, as afirmações “algumas vezes” e “nunca” foram pouco significativas, de destacar que na presente dissertação, 15,2% dos respondentes afirmaram realizar apenas “algumas vezes” dita atividade e 1,6% afirmam não a realizar “nunca”.

Esta constatação apresenta um fraco indicador de qualidade, ao deixar entrever, que ditos profissionais não demonstram interesse pela supervisão e não procuram constatar, que as atividades delegadas foram efetivamente realizadas. Mas esta situação pode estar relacionada com a evidência encontrada por Truchot (2017), o qual constatou durante a realização do seu inquérito, que 5,2 de cada 6 enfermeiros, declararam sentir que a carga de trabalho desbordava das suas próprias capacidades, ao ultrapassarem as 48 horas semanais de exercício profissional e que 5 de cada 6 inquiridos, perdia tempo a realizar tarefas que não eram próprias à sua profissão.

Finalizando com a componente “prevenção de complicações” e no que respeita a atividade demonstrar responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam, as respostas, são contraditórias relativamente à atividade analisada anteriormente. Aqui os profissionais afirmam realizar “sempre” (53,6%), 88,5% no estudo de Ribeiro et al., (2017). A atividade em questão, seguida pela afirmação “muitas vezes” (40,8%). Restando o valor residual de 5,6% atribuído à afirmação “algumas vezes”. As afirmações refletem profissionais interessados e conscientes da responsabilidade das suas decisões, assim como de delegar ações, o que corrobora a hipótese anteriormente mencionada da falta de tempo, pois 4,8 de cada 6 enfermeiros refere ter tempo insuficiente, quer seja para a supervisão dos atos delegados, ou para a supervisão dos atos por eles mesmos executados (Truchot, 2017).

Relativamente à componente “bem-estar e autocuidado”, os respondentes continuaram a escolher maioritariamente a afirmação “muitas vezes” em todas as atividades propostas.



Ao analisar os dados obtidos relativamente à atividade, identificar os problemas do cliente, que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida, verifica-se, que a afirmação mais frequente foi “muitas vezes” (48%), seguida pela afirmação “sempre” (42,4%). No estudo de Ribeiro et al., (2017), a afirmação que prevaleceu foi “sempre” (51,5%), seguida da afirmação “muitas vezes” (46,4%), as quais, embora não na mesma ordem, se encontram também, muito próximas uma da outra. As opções “nunca” e “poucas vezes”, não tiveram valores significativos no estudo das autoras, apresentando na presente dissertação 0,8% e 8,8% respetivamente.

Relativamente à atividade, prescrever e implementar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, mais uma vez, se constata uma prevalência da afirmação “muitas vezes” (58,4%), seguida pela afirmação “sempre” (32%), tal como acontece no estudo de Ribeiro et al., (2017), com 52,3% e 44,1% respetivamente. As opções “nunca” e “poucas vezes”, continuam a não ter valores significativos no estudo das autoras, apresentando na presente dissertação 1,6% e 8% respetivamente.

Em relação a atividade avaliar as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, observa-se exatamente a mesma tendência de afirmação por parte dos respondentes, quer na presente dissertação, quer no estudo de Ribeiro et al., (2017), prevalecendo a afirmação “muitas vezes” (51,2% e 48,07% respetivamente) seguida pela afirmação “sempre” (28% e 41,58% respetivamente) e pela afirmação “algumas vezes” (17,6% e 10,26% respetivamente). Obtiveram-se ainda, na presente dissertação, 3,2% de afirmações negativas.

Continuando com os resultados obtidos relativos à atividade demonstrar rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, observou-se mais uma vez, a prevalência da afirmação “muitas vezes” (45,6%), seguida pela afirmação “sempre” (41,6%). Contrariamente ao evidenciado no estudo de Ribeiro et al., (2017), no qual prevaleceu a afirmação “sempre” (68,3%), seguida da afirmação “muitas vezes” (31,3%). As afirmações “nunca” e “algumas vezes” continuaram a não ter valores significativos no estudo das autoras, apresentando na presente dissertação, 1,6% e 11,2% respetivamente.

Concluindo com a análise dos dados obtidos relativos à atividade referenciar situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, a tendência continua a ser a mesma, ao se encontrar “muitas vezes” (61,6%), com a maior percentagem de afirmações, seguida pela afirmação “sempre” (28%). Relativamente ao trabalho de Ribeiro et al., (2017), ambas as afirmações obtiveram

percentagens semelhantes entre si (46,9% e 42,8% respetivamente), sendo o somatório das suas percentagens muito próximo do obtido na presente dissertação.

Observando agora os resultados globais da componente, pode-se afirmar que existe uma perceção positiva em relação à concretização das atividades que promovem o bem-estar e o autocuidado, no entanto, quando comparados aos resultados recolhidos na realidade Portuguesa por Ribeiro e suas colaboradoras (2017), verifica-se novamente a prevalência da afirmação “muitas vezes” na realidade Francesa, sem que a afirmação “sempre” se destaque em nenhuma das atividades propostas e apresentando afirmações negativas, embora em percentagens relativamente pequenas, em quase todas as atividades.

Sabendo que garantir o bem-estar do doente deve ser um dos objetivos primordiais na prestação dos cuidados de enfermagem, a ambivalência apercebida pelas afirmações de ditos enfermeiros questiona novamente. Este tipo de atividades, fazem parte integrante do dia a dia da profissão, independentemente do contexto de trabalho, no entanto, os resultados obtidos, não evidenciam a sua realização de forma sistemática. Mais uma vez, emite-se a hipótese, de que o facto de que uma grande percentagem (62%) dos enfermeiros sofrerem de esgotamento profissional e apresentarem um sentimento pessimista (72%) em relação ao futuro da prestação de cuidados, provoque uma grande desmotivação, a qual tem por consequência, uma diminuição da qualidade das atividades realizadas (AAPMS 2014 ; Galam, 2018).

Relativamente à componente “readaptação funcional”, a maior parte dos respondentes, afirmaram realizar “muitas vezes” as atividades propostas, destacando-se uma atividade com a afirmação “sempre” como resposta maioritária. Estes resultados convergem com os resultados obtidos no estudo de Ribeiro et al., (2017), no qual, as autoras também obtiveram maioritariamente a afirmação “muitas vezes”.

Ao avaliar a atividade, dar continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, verifica-se que a maior parte dos respondentes, afirma realizar “sempre” (68%) dita atividade, afirmando ainda a realizar “muitas vezes” em 24% dos respondentes e 8% “algumas vezes”. De igual forma, no estudo de Ribeiro et al., (2017), a afirmação “sempre”, também surge destacada (58,9%), embora com uma percentagem inferior à da presente dissertação. Relativamente à afirmação “muitas vezes”, as autoras obtiveram uma percentagem de 36,5%.

Ao analisar a atividade, otimizar as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito, observou-se, mais uma vez, que os respondentes afirmaram maioritariamente realizar “muitas vezes” (64,8%), a atividade em questão, seguida da afirmação “sempre” (29,6%). A mesma tendência é verificada no estudo de Ribeiro et al., (2017), no qual as mesmas afirmações representaram 46,1% e 38,8%

respetivamente. De salientar a existência de 14,2% de afirmações “algumas vezes” no estudo realizado pelas autoras, sendo esse valor inferior na presente dissertação (5,6%).

Finalmente, ao olhar para a atividade ensinar, instruir e treinar o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional, verifica-se que, quer na presente dissertação, quer no estudo de Ribeiro et al., (2017), a afirmação maioritária foi “muitas vezes”, (60% e 47% respetivamente), seguida pela afirmação “sempre”, (24,8% e 38% respetivamente). Uma vez mais, as autoras obtiveram 14,6% dos respondentes à afirmarem realizar “algumas vezes” dita atividade, encontrando-se dita percentagem ligeiramente superior à verificada na presente dissertação (13,6%).

No que respeita a “readaptação funcional” as afirmações obtidas, deixam aperceber uma implicação positiva dos profissionais relativamente à dita componente, pois esta é considerada de extrema importância, uma vez que, a dependência condiciona a qualidade de vida e provoca o aumento dos custos às instituições de cuidados, às quais estes clientes devam recorrer. Machado (2013) reforça ainda a importância de otimizar as aptidões de cada indivíduo, assim como do seu potencial, através da incorporação de novos conhecimentos e competências, para o tornar o mais autónomo possível, o que parece ser aplicado na realidade Francesa.

A última componente em análise é a “organização dos cuidados de enfermagem”, na qual se encontra à atividade dominar o sistema de registos de enfermagem. Relativamente a atividade anteriormente mencionada, 59,2% dos respondentes afirmaram realizá-la “muitas vezes” e apenas 24,8% afirmaram realizá-la “sempre”, 16% dos respondentes confirmaram realizar esta atividade apenas “algumas vezes”. Inversamente, no estudo de Ribeiro et al., (2017), a afirmação mais frequentemente encontrada foi “sempre” (51,14%), seguida por “muitas vezes” (44,4%), sendo as outras opções pouco significativas.

Para Aleixo (2010), os enfermeiros representam um dos pilares do desenvolvimento dos sistemas de Informação em saúde e estes, por sua vez, representam uma ferramenta incontestável à gestão em enfermagem nas organizações de saúde, da mesma forma, que os processos de documentação dos cuidados servem de apoio aos processos de tomada de decisão pelos gestores.

Os sistemas de informação, *devem “servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem prestados, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem nomeadamente para os ganhos em saúde, facilitar a gestão e formação, promover a investigação e a continuidade de cuidados”* (Sousa, 2005, p.54).

Relativamente à atividade conhecer as políticas do hospital, as afirmações dos respondentes revelam uma implicação muito débil da parte dos enfermeiros em relação à instituição e às suas políticas internas, ao afirmarem, mais de metade dos respondentes (51,2%), que

realizavam apenas “algumas vezes” dita atividade. Demonstrando, que unicamente 8,8% dos respondentes afirmaram realizar “sempre” dita atividade e que a mesma percentagem (8,8%) afirma não a realizar “nunca”. Cabe evidenciar que 31,2% dos respondentes afirmaram ainda realizar esta atividade “muitas vezes”.

Mais uma vez, constata-se, que os profissionais inquiridos, observam que a percepção da qualidade dos cuidados prestados em território Francês, sofre uma crescente degradação, consequência das reformas sucessivas e das restrições orçamentais, as quais provocam um desinteresse por parte dos profissionais na instituição que os acolhe (Pierre-Poulet, 2018).

As afirmações relativas às políticas hospitalares podem, mais uma vez, encontrar-se relacionadas com a evidencia do “*turnover*” mencionado anteriormente. O pouco tempo de permanência no serviço atual referenciado pelos enfermeiros respondentes, pode condicionar o conhecimento de todas as políticas da instituição assim como o interesse pela mesma.

Esta consideração, pode ainda depender dos enfermeiros gestores, na medida em que, estes são responsáveis por apresentar as políticas de saúde do serviço, assim como as alterações das mesmas e ainda pelo envolvimento dos profissionais na vida da instituição (Ferreira, 2015).

Finalizada a análise dos presentes dados e a sua comparação com o estudo de Ribeiro et al., (2017), foi possível verificar que a percepção da concretização das atividades das diferentes componentes dos padrões de qualidade não foi realmente a mesma em ambos os estudos. No estudo realizado pelas autoras, estas evidenciaram uma percepção claramente favorável relativamente as afirmações “muitas vezes” e “sempre”, sendo este último o grupo mais representado. No entanto, na presente dissertação, na grande maioria das atividades, a afirmação escolhida foi “muitas vezes”, apresentando apenas três atividades nas quais a afirmação escolhida foi “sempre” e uma na qual a afirmação escolhida foi “poucas vezes”.

Estes resultados evidenciam a necessidade de criar condições favoráveis à concretização das atividades inerentes a cada uma das componentes dos PQCE, pois embora os resultados nem sempre possam ser considerados positivos, os enfermeiros demonstram um real interesse e preocupação com as atividades realizadas e delegadas. Nesse sentido e tendo em conta o contexto laboral atual dos enfermeiros a exercer as suas funções em França, considera-se importante investigar e identificar as lacunas existentes, para melhor perceber qual a melhor forma de intervenção, para que estes profissionais possam sistematicamente concretizar tais atividades, permitindo uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que prestam.

### **4.3 - Impacto do Enfermeiro Gestor na percepção da qualidade dos cuidados**

Cada vez mais, o enfermeiro gestor é posicionado estrategicamente ao interior das organizações, de forma a desempenhar funções, cruciais, ao seu correto funcionamento, demonstrando ser um motor para o sucesso de dita organização. A aquisição de novas competências, ao longo dos últimos anos, por parte destes profissionais, tem-se revelado produtora, ao proporcionar o conhecimento necessário para ser detentor de responsabilidades relativas à qualidade da prestação de cuidados, à satisfação dos profissionais que com ele colaboram e a gestão e promoção dos compromissos que o vinculam com a organização (Liang, Howard, Koh, & Leggat, 2013 ; Soto-Fuentes, Reynaldos-Grandón, Martínez-Santana, & Jerez-Yáñez, 2014 ; Camelo, Soares, Chaves, Rocha, & Silva, 2016).

A gestão dos cuidados de enfermagem é parte integrante do papel do enfermeiro chefe, representando um processo fundamental já que a qualidade dos mesmos, surge como a sua representação mais frequente, assim como a sua finalidade principal. Este aspeto central da gestão de cuidados, consiste em assegurar uma prestação de serviços de qualidade aos clientes. Atribuindo uma importância central em dito processo aos enfermeiros gestores, ao designar-lhes, a função de líderes e de coordenadores dos mesmos, embora com menos expressão (Potra, 2015).

Para liderar coordenar e orientar, o enfermeiro gestor precisa primeiro de examinar, além de possuir as competências necessárias para desempenhar funções de gestão, este necessita ser um grande observador e o seu posto de relevo no seio da organização, proporciona as condições adequadas, para que este possa auscultar as funções desempenhadas pelos seus colaboradores, assim como as necessidades do serviço, os pareceres dos clientes e a qualidade dos cuidados prestados.

Pois o contributo que os enfermeiros podem fornecer aos enfermeiros gestores em matéria de gerência da qualidade dos cuidados, é fundamental, uma vez que, em todas as tipologias de instituições, são estes profissionais, os que se encontram na primeira linha e os quais são responsáveis pela prestação dos mesmos, estando ao mesmo tempo em contato direto com os clientes (Tavares & Silva, 2010).

Os dados obtidos com a realização da presente dissertação, emanam, da observação e da percepção direta dos prestadores de cuidados, estes têm vocação de constituir uma

importante ferramenta, para os enfermeiros gestores, na medida em que estes podem oferecer uma oportunidade de melhorar a gestão da prestação de cuidados. Estes brindam ainda, uma imagem dos pontos a melhorar, proporcionando uma identificação atempada das necessidades do serviço.

Na realidade Francesa, o enfermeiro gestor, além de se deparar com os conflitos habituais, existentes em equipas maioritariamente femininas, este encontra-se ainda com um contexto diferente, o qual embora não tenha sido estudado na presente dissertação, representa um desafio maior para estes profissionais, pelo que a sua abordagem se torna indispensável. Este é a diversidade cultural, tanto no seio da sua equipa, assim como nos seus clientes (Bertossi, 2018).

O grupo profissional da enfermagem nas instituições de saúde pode ser bastante heterogéneo, cabendo ao enfermeiro gestor de ser *“capaz de lidar com a grande diversidade humana, além de estar apto para resolver problemas e propor mudanças, apontando soluções para o que não satisfaz as necessidades da população e da equipa”* (Ribeiro, et al., 2006 p.76).

Para que este profissional se encontre em capacidade de gerir este tipo de conflitos, torna-se imprescindível, desenvolver competências, facilitadoras, da resolução dos eventuais problemas de uma organização, pois certas situações de conflito exigem do enfermeiro gestor, certas habilidades e atitudes específicas das relações humanas (Costa, Sousa, Feitosa, Feitosa, Assis, & Custódio, 2013).

Segundo Camelo et al., (2016) os enfermeiros gestores, devem investir na capacitação dos seus colaboradores, numa perspetiva de antecipar necessidades futuras, tendo em conta o contexto sociopolítico, económico e de saúde atual, para que possam alcançar a excelência da qualidade da prestação de cuidados, a qual espelhar-se-á, diretamente, na melhoria do desempenho da instituição.

A capacidade de negociação, análise e solução de problemas por parte dos enfermeiros gestores, revela-se uma competência essencial no seio de equipas com individualidades diferentes e grupos profissionais distintos. Pois conflitos e soluções inadequadas impactam negativamente as relações da equipa, conduzindo ao desconforto, ansiedade, stress e má comunicação. esta situação vai influenciar diretamente a efetividade da equipa e implicando por sua vez a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Camelo, et al., 2016).

Esta competência exige ainda que o enfermeiro gestor assuma um papel de articulador, apresentando capacidades de negociar e articular os interesses da instituição, da gestão e do colaborador, promovendo a construção de soluções assertivas e participativas (Liang, et al., 2013 ; Soto-Fuentes, et al., 2014 ; Camelo, et al., 2016).

O presente estudo é representativo, de uma população relativamente jovem, exibindo uma média de 40,63 anos e com 44,8% da amostra a localizar-se na classe menos de 39 anos. Uma população jovem, com pouca experiência profissional, não deixa de constituir um desafio importante para os enfermeiros gestores. Estes profissionais, devem ser encarados como uma oportunidade para a instituição, pois estes podem desenvolver o potencial desse tipo de colaboradores.

Cabe ao enfermeiro gestor, a missão de motivar a sua equipa e ao mesmo tempo, garantir que a mesma, possa beneficiar de orientação e de formação, para que possa proceder à prestação de cuidados de qualidade (Fradique & Mendes, 2013). Uma equipa jovem, pode ainda, ser considerada uma mais-valia, pela inovação que aporta à instituição e pela sua dinâmica e alta capacidade de adaptabilidade (Franco, et al., 2010).

Relativamente à experiência profissional, a amostra em estudo, é maioritariamente experiente, Apresentando 72% dos respondentes na classe mais de 11 anos de exercício profissional. Se o enfermeiro iniciado e o iniciado avançado podem representar uma oportunidade de modelagem, o enfermeiro proficiente e o competente, apresentam uma mais valia com a sua experiência, podendo proporcionar um alto nível de qualidade à prestação de cuidados, apresentando-se como tutores dos enfermeiros menos experientes. Cabe ao enfermeiro gestor saber fazer destes profissionais uns aliados e não os encarar como potenciais competidores (Benner, 2001).

O enfermeiro gestor, deve de esta forma saber delegar, pois um enfermeiro iniciado sem supervisão, pode colocar em causa a segurança do doente, a qualidade dos cuidados e, provocar consequências profissionais e penais para a instituição. *“A supervisão, monitorização, avaliação e acompanhamento pelo enfermeiro são componentes cruciais da delegação”* (OE, 2007, p.5).

Incutir nos seus colaboradores a importância da supervisão como um caminho para a excelência da prestação de cuidados, revela-se de extrema importância, porque é o enfermeiro o que *“avalia as necessidades do cliente e planeia os cuidados, determina que tarefas podem ser delegadas, sendo responsável pela apropriada delegação, “...” no sentido de proteger o cliente e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura”* (OE, 2007, p.2).

Segundo Camelo et al., (2016), a liderança implica ainda, saber influenciar a equipa positivamente e voluntariamente, para que esta se possa empenhar, em alcançar os objetivos do grupo ou da instituição. Tal ação, pressupõe, que o enfermeiro gestor possua saberes, capacidades e habilidades que o ajudem a direcionar as qualidades dos seus colaboradores numa mesma direção, recorrendo a uma colaboração eficaz e estratégica (Costa, et al., 2013).

Na presente dissertação, observa-se ainda, que 82,4% dos respondentes afirmaram deter menos de dez anos de tempo de exercício profissional no serviço atual, apresentando esta classe, uma média de 4,16 anos de tempo no serviço atual. Estes dados são o reflexo da dificuldade que existe atualmente em fidelizar os profissionais de saúde nas instituições Francesas e não só.

Segundo Sliwka (2005) e Loquet & Nagou (2014), as novas gerações de enfermeiros apresentam novas expectativas em relação ao mercado de trabalho, as quais não eram observadas antigamente. Estes profissionais não têm dificuldades em não serem “estáticos”, como os seus antecessores. Não hesitando em mudar de instituição de saúde à mínima contrariedade, ou perante o sentimento de insatisfação com o empregador atual. Por outro lado, preferem a liberdade de ter contratos curtos ou de realizar trabalho temporário.

Esta constatação é corroborada pela análise dos dados obtidos, os quais demonstraram ainda, ao rejeitar a hipótese de que a promoção do bem-estar e o autocuidado era a mesma entre à variável anos de serviço. Evidenciando, que o “*turnover*” de profissionais numa instituição, impacta negativamente a qualidade da prestação dos cuidados, neste caso e mais precisamente, no que ao bem-estar e autocuidado do cliente se refere. Proporcionando assim, um eixo de melhoria para os enfermeiros gestores Franceses (Poeira & Mamede, 2011).

Uma negociação adequada e uma resolução de conflitos atempada, podem representar a chave para promover a fidelização de ditos profissionais, uma vez que a alta rotatividade, a escassez de recursos humanos e o absentismo laboral, além de serem os grandes desafios do enfermeiro gestor, são também o primeiro motivo de insatisfação laboral e absenteísmo (Camelo, et al., 2016).

De considerar ainda, os dados obtidos relativamente à experiência na área da gestão, a qual na classe até nove anos de experiência em gestão, obteve uma média de 3,43 anos, aqui várias hipóteses foram rejeitadas, demonstrando que a experiência nesta área também é fundamental e pode influenciar não só o comportamento dos jovens gestores, como também a qualidade dos cuidados.

Estes resultados podem lançar um importante desafio para a comunidade de enfermeiros gestores. Aqui observou-se, que a experiência na área da gestão influencia diretamente a componente satisfação do cliente, ao se emitir a hipótese de que gestores jovens, ou inexperientes, estão mais preocupados com o cumprimento das políticas internas e com a gestão dos seus efetivos, do que com a qualidade dos cuidados prestados, tendo estes um impacto direto na satisfação do cliente.

Em relação à componente promoção da saúde, esta também sofreu o impacto da experiência na gestão, rejeitando a hipótese de que não existiria alteração em função da experiência



do enfermeiro gestor e a qualidade da prestação de cuidados e de igual modo, verificou-se, que a experiência do enfermeiro gestor também impacta a componente prevenção de complicações.

No processo de gestão, um líder tem de ter consciência, que a experiência profissional, assim como o estilo de liderança adotado, tem impacto e implicações diretas no seio da equipa e nos resultados da organização, refletindo na sustentabilidade da mesma, assim como na qualidade dos cuidados que esta presta (Costa, et al., 2013).

Por outro lado é também desejável, que a instituição e os seus gestores, assumam uma postura empreendedora, que permita o crescimento da organização e paralelamente a existência de um ambiente de trabalho adequado, promovendo a produtividade e a satisfação dos profissionais (Costa, et al., 2013).

Neste processo, o enfermeiro gestor representa o elo entre os objetivos da instituição e os da equipa de enfermagem, visando o aperfeiçoamento da prática de enfermagem e a máxima qualidade dos cuidados prestados possível (Camelo, et al., 2016).

Sendo a organização dos cuidados de enfermagem um dos focos centrais das funções de um enfermeiro gestor, a qualidade da prestação dos mesmos, não podia ter outra representação que não fosse senão o reflexo do seu trabalho. Cabe ainda a este profissional, a divulgação das políticas institucionais assim como o estímulo ao debate e à reflexão sobre as mesmas. Pois um colaborador informado, estimulado, valorizado e envolvido, tornar-se-á, num profissional, aberto à mudança e motivado para uma prática de qualidade.

#### **4.4 - Limitações do presente estudo**

A natureza do estudo realizado, implica quase sempre a presença de limitações, por muito que o investigador trace o seu itinerário, este apresenta sempre, em algum momento, um enviesamento ou um obstáculo a contornar. As limitações podem ser de carácter metodológico e/ou processual, algumas vezes previstas ou antecipáveis e outras vezes, impossíveis de prever.

Como limitações da presente dissertação, cabe destacar a dificuldade na aplicação do questionário, na medida em que, contactar os responsáveis das instituições e/ou serviços

nem sempre se revela tarefa fácil. A autorização para a realização do presente estudo fez-se sem grandes demoras pela parte da direção da instituição, tendo sido, o prazo de entrega dos mesmos, um pouco mais dilatado por parte da enfermeira gestora do polo de medicina. O facto de os profissionais de enfermagem Franceses e não só, serem pouco recetivos a este tipo de estudos, demonstrarem pouco interesse em participar e não se encontrarem sensibilizados em relação a temática abordada, representou uma das maiores limitações.

A entrega dos questionários ocorreu na semana do 17 de fevereiro e a recolha dos mesmos estava prevista entre o 16 e o 20 de março. Todavia, como evocado anteriormente as situações impossíveis de prever podem acontecer e dia 16 de março, foi imposta uma medida drástica, pelo governo e o país entrou em confinamento total até 11 de maio.

Esta medida, provocou uma derivação, no agendamento da realização da presente dissertação e ditos questionários só puderam ser recuperados dia 12 de junho. Com a recuperação dos questionários surge uma nova limitação, ao se verificar que apenas se puderam recuperar 20 questionários, confirmando de esta forma o extravio dos restantes em consequência da reestruturação dos serviços, em serviços Covid 19.

Esta situação, provocou um apelo à resposta dos profissionais de enfermagem diferente, ao disponibilizar o questionário nas redes sociais, permitindo a reorganização de uma amostra em forma de bola de neve. Todas estas situações provocaram uma redução da amostra, não atingindo esta o número de respondentes esperado, mas respeitando o critério inicial fixado de 125 questionários respondidos.

Relativamente à amostra é de relevar uma última limitação, a supressão de um dos critérios iniciais de exclusão, o de possuir uma antiguidade de cinco ou mais anos, supressão esta necessária, pois sem ela não seria possível atingir o critério inicial de 125 questionários, impossibilitando a concretização da presente dissertação.

Contudo e apesar das dificuldades encontradas, a realização do presente estudo permite materializar a intenção inicial, a de proporcionar um instrumento psicométrico de qualidade à população Francesa, o qual permita avaliar a qualidade da prestação de cuidados em dito país.

O estudo realizado, apresenta um carater transversal, pelo que a perceção da qualidade dos cuidados, pode ser influenciada por diversos fatores extrínsecos. Ao se tratar de um estudo metodológico, este proporciona inúmeras questões, as quais representam portas abertas para novas investigações, a EPAECQC, poderá servir, futuramente, a contribuir de base para estudos futuros sobre a prestação de cuidados e a qualidade dos mesmos, espelhando a perceção que os enfermeiros tem sobre as atividades por eles efetuadas em qualquer país Francófono.

Pois quantos mais estudos existirem, melhor será a percepção da qualidade em saúde atualmente e mais fácil de compreender, quais as intervenções que precisam de ser questionadas, para ser melhoradas, no cotidiano das instituições de saúde, permitindo uma visão do estado da arte num determinado momento, de forma a possibilitar à evolução das práticas de enfermagem assim como dos cuidados prestados.

A profissão de enfermagem encontra-se em constante evolução e precisa de poder contar com evidências científicas de qualidade, pois só com a realização de estudos cada vez mais aprofundados é que se poderá conseguir atingir a excelência da prestação de cuidados que se pretende oferecer ao cliente. Investigar é o caminho rumo à excelência, pois o saber não ocupa lugar.



## CONCLUSÃO

Os interesses pela qualidade da prestação dos cuidados, assim como a segurança do cliente, apresentam-se atualmente como o foco principal, nas políticas de saúde, em diversos países, mobilizando os enfermeiros gestores assim como a comunidade académica.

Esta realidade, espelha uma sociedade em constante adaptação e inovação, a qual procura alcançar excelências, mas na qual nem sempre são postos à disposição dos profissionais os meios necessários para que estas excelências possam ser alcançadas (Loquet & Nagou, 2014).

É nesse contexto de avaliação da qualidade e com o intuito de melhorar e sublimar a mesma, que se insere a utilização de instrumentos psicométricos nos estudos, os quais permitem observar os comportamentos e as apreciações dos profissionais de uma forma totalmente anónima e não recriminatória.

A validação da escala em estudo para a versão Francesa, contém 22 afirmações, numa variação de 22 a 88 pontos e apresentando um cálculo do valor de alfa de Cronbach relativo à totalidade da escala, de 0,913, representativo de uma consistência interna excelente. De relembrar que, esta redução para 22 afirmações, prendeu-se com a evidência, durante a realização da análise das componentes, de que duas afirmações perturbavam a consistência interna do instrumento, tendo estas sido retiradas, da mesma forma, procedeu-se à retirada de uma afirmação inicialmente pelo painel de peritos, por apresentar redundância. A versão Francesa da EPAECQC alcançou, uma vez reestruturada, uma equivalência semântica e de conteúdo muito semelhante à da versão original.

No que se refere à sua organização, ao se ter verificado, que, o facto de as afirmações estarem agrupadas por componentes, tendia a fragilizar o documento, optou-se por organizar a versão Francesa com uma única componente, a da “Perceção da qualidade na prestação de cuidados em enfermagem”.

Passando à verificação dos resultados obtidos, apercebe-se a necessidade de implementar estratégias, por parte dos enfermeiros gestores, que reforcem a concretização, de forma sistemática, das atividades com impacto na qualidade dos cuidados. No presente estudo é de destacar, as que estão inicialmente inseridas na componente organização dos cuidados de enfermagem, mas não só. Estas estratégias devem permitir a planificação de eixos de

intervenção, os quais possibilitem a realização das mesmas, viabilizando, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que estes profissionais prestam.

Entende-se que, o contexto sanitário atual, assim como a crise no setor da saúde Francês, podem ter influenciado negativamente a percepção dos profissionais. De igual modo, estas situações dificultaram a recolha dos instrumentos inicialmente distribuídos, provocando uma mudança na planificação da realização do estudo. Mas estes entraves só fizeram reforçar a vontade de concretizar a presente dissertação.

Finalmente é com o sentimento de dever cumprido, que ao observar os dados recolhidos, assim como as evidências encontradas, se constata, que estes, possibilitaram concretizar os quatro objetivos propostos inicialmente. Pretende-se então, poder partilhar os mesmos com os enfermeiros gestores e com a comunidade científica Francófona, para que estes possam servir de base de reflexão em torno as práticas de gestão e a organização atual dos recursos humanos, nas instituições Francesas, pois as evidências obtidas pelos trabalhos de investigação de nada servem, se não forem consultadas, senão mudarem ou reforçarem comportamentos e se não permitirem, com a sua contribuição, melhorar a contínua qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, sugere-se, que as instituições Francesas fomentem uma política baseada, não só na avaliação do desempenho dos seus profissionais, mas a qual avalie a percepção que estes mesmos têm sobre a qualidade dos cuidados por eles prestados. Utilizando procedimentos adequados e promovendo a fidelização dos seus colaboradores, através da disponibilidade de condições de trabalho atrativas e de formação continua dos mesmos, transmitindo de esta forma uma nova ideologia que permita melhorar a qualidade da prestação de cuidados.

O sucesso das organizações e a capacidade que estas têm de alcançar os seus objetivos, se encontra intimamente ligado, à gerência que estas realizam junto dos colaboradores que de elas fazem parte. Para tal, torna-se necessário alinhar os objetivos individuais e os objetivos organizacionais, de forma a promover o desenvolvimento das capacidades, do talento e, principalmente, da satisfação individual, com a função desempenhada, disseminando felicidade no local de trabalho e permitindo, a fidelização de bons profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, M., J., A. (2012). *Qualidade e satisfação. Opinião dos utilizadores de Serviços de saúde hospitalares*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20506/2/tese\\_Qualidade%20e%20satisf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20506/2/tese_Qualidade%20e%20satisf)
- Allemand, D., (2018). *Qualité de vie au travail, un mythe ou une réelle opportunité Soins Cadres ELSEVIER*. N°106, pp.22-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª Edição. Braga: Psiquilibrios
- Andrade, C., (2016). *Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17248>
- António, N.S. e Teixeira, A. Rosa, A., (2007). *Gestão da qualidade – de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo
- Ascensão, H., S., (2010). *Da qualidade dos cuidados á satisfação das necessidades dos utentes*. (Dissertação em Mestrado não publicada) Ciências de enfermagem. ICBAS. Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26626?mode=full>
- Associação Portuguesa de Certificação. (2010). *Guia Interpretativo NP EN ISO 9001:2008*, Lisboa: APCER. Disponível em: [http://www.esac.pt/noronha/G.Q/apontamentos/Guia\\_9001\\_2008\\_APCER.pdf](http://www.esac.pt/noronha/G.Q/apontamentos/Guia_9001_2008_APCER.pdf)
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança APEGEL (2019) *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>.
- Associação Portuguesa Enfermeiros Gestores E Liderança APEGEL (2019) Disponível em: <http://www.apegel.org/>
- Association d'aide professionnelle aux médecins et soignants. AAPMS (2014). *Epuisement professionnel. URPS Infirmiers Libéraux Ile de France*. Disponível em: <https://urps-infirmiers-idf.fr/project/aapms/>

- Attewell, A., (1998) - Florence Nightingale. *PROSPECTS: The quarterly Review of Comparative Education*. Vol. 18, nº 1, p. 153-166. Disponível em: <http://collections.infocollections.org/ukedu/en/d/Jh1927e/5.1.html>
- Backes, D., & Büscher, A. (2015). Qualidade do cuidado na perspectiva da rede alemã de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 6 (14), pp.77-81. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Qualidade-do-cuidado-na-perspectiva-da-rede-alem%C3%A3-de-enfermagem.pdf>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B., (2007). *Recommendations for the Cross-cultural Adaptation of Health Status Measures*. American Academy of Orthopaedic Surgeons: Institute for Work and Health. Disponível em: [https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross\\_cultural\\_adaptation\\_2007.pdf](https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf)
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., (1993). Cross-cultural Adaptation of Health-related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*. Vol 46 No 12, pp 1417-1432, 1993.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bertossi, C., (2018). Les enjeux de la diversité à l'hôpital. *Soins Cadres ELSEVIER*. Supplément au N°106, p.8-10 Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>
- Boletim do trabalho e emprego, (2019), p.4 Disponível em: <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2019/02/22/alteracoes-a-carreira-de-enfermagem-em-consulta-publica-bte/>
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, v. 35, n. 5, p. 319-331. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/86/319a331.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/86/319a331.pdf)
- Cabral, T., V. (2015). *A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor Leste*. (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10772/1/Dissertação%20%2c3-12-2015-%20Último%20revisão%20e%20finais.pdf>
- Camelo, S. H., Soares, M., Chaves, L., Rocha, F., & Silva, V., (2016). Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. *Revista enfermagem UERJ*. Vol. 24, Nº 3 pp. 1 - 6. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11637>.
- Canastra, M., A., e Ferreira M., A., D. (2012). Liderar com competência... ou (treinar) competências de liderança. *Revista de Enfermagem UFPI*, 1(1), 77–81.
- Carpentier, S., (2018). Qualité de vie au travail et résilience organisationnelle. *Soins Cadres ELSEVIER*. Nº106, pp.25-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>



- Carvalhais, M., (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. (Tese de Doutoramento publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4274/1/4508.pdf>
- Carvalhais, M., Sousa, L., (2013). Qualidade dos cuidados domiciliare em enfermagem a idosos dependentes. *Saúde e sociedade* vol.22 no.1 São Paulo Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100015>
- Carvalho, F., M., Ferreira, L., M. & Ferreira, P., J. (2016). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus Lda.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4ª ed.). Tamboré: Manolé.
- Churchill, G., & Nielsen A., (1995). *Marketing Research Methodological Foundations*. 6º ed., USA : Elm Street Publishing Services, Inc.
- Clarke, J. & Newman, J. (1997). *The managerial state*. London: Sage.
- Costa, J.O., Sousa, M., Feitosa, A., Feitosa, M., Assis, E., & Custódio, P., (2013). Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde. *Revista de administração em saúde*. Vol. 61. Nº15, Outubro - dezembro
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Dancey, C; Reidy, J., (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Decreto-Lei nº 161/96. D.R. I Série - A. Nº 205 (1996-09-04), pp.2959-2962. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)
- Decreto-Lei nº 247/2009 D.R. I Série, Nº 184 (2009-09-22), pp.6758-6761
- Decreto-Lei nº 248/2009 D.R. I Série, Nº 184 (2009-09-22), pp.6761-6765
- Decreto-Lei nº 305/81. D.R. I Série, Nº 261 (1981-11-12), pp.2998-3004
- Decreto-Lei nº 437/91 D.R. I Série - A, Nº 257 (1991-11-08), pp.5723-5741
- Decreto-Lei nº 71/2019 D.R. I Série, Nº 101 (2019-05-27), pp.2626 - 2642
- Diário da República, IIª série, nº48, 10 março de 2015
- Dias, A., & Santana, S. (2009). Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista de Gestão Dos Países de Língua Portuguesa*, Vol. 8 (1), 12–20. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpb/v8n1/v8n1a03.pdf>

- Donabedian, A., (1980). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. vol. I, pp. 77-125,
- Donabedian, A. (1988). Special communication: The quality of care – how can it be assessed? *JAMA*. 260 (12), p. 1743-1748. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/content/260/12/1743.short>
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (R. Bashshur, Ed.). Nova York: Oxford University Press.
- Doran D., Harrison M., Laschinger H., Hirdes J., Rukholm E., Sidani S., ... Cranley L., (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, pp. 61-70. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.20110>
- Escoval, A.; Nicolau, V. (2010) Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4466/1/T-10%20ESCOVAL%20p-95.pdf>
- Ferreira, M. (2015). *Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da supervisão clínica em enfermagem* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ferreira, P. & Marques, F. (1998). Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/9968/1/RD199801.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F., Côté, J.; Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), pp. 45–53. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn10/serIIIn10a06.pdf>
- France, Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, JORF n°0164 du 19 juillet 2018 Texte n° 43 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218463/>
- Franco, J., N., Barros, B., P., A., Vaidotas, M. & D’Innocenzo, M. (2010). Percepção dos Enfermeiros sobre os resultados dos Indicadores de Qualidade na Melhoria da prática assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63 n. 5, pp. 806-810. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500018)
- Freire R., M., A., Lumini. M., J., Martins, M., M., Martins, T. & Peres, H., H., C. (2016). Taking a look to promoting health and complications’ prevention: differences by

- context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol.24. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100374](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100374)
- Fricker, R., Schonlau, M., & Elliott, M., (2002), *Conducting Research Surveys via E-mail and the Web*. RAND ISBN: 0-8330-3110-4
- Gacemi, S, Mignon, L., (2019). Qualité des soins : Une chute sans fin ? 2e édition du baromètre sur la perception de la qualité des soins par les médecins et les infirmiers. *EGORA Dossier de Presse*. p.1-21.
- Galam, E., (2018). Un programme d'aide pour les professionnels de santé. *Soins Cadres ELSEVIER*. N°106, p.31-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>
- Gomes, Paulo. (2004). A evolução do conceito da qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad 2.*, pp.6-18. Disponível em: <https://www.bad.pt/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/826/825>
- Grove, S.; Sutherland, S. & Gray, J. (2017) *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 8th Ed. Missouri: Elsevier.
- Hair J.F., Anderson R.E., Tatham R.L., & Black X.C., (2005). *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alègre: Bookman,
- HAS. (2016). Qualité de vie au travail et qualité des soins. Disponível em : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2610359/fr/revue-de-litterature-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2610359/fr/revue-de-litterature-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins)
- Henriques, C. J. A. (2008). *Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde*. (Tese de mestrado não publicada) Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa de Lisboa. Lisboa.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2017). *La Qualité du soin Infirmier “de la réflexion éthique à une pratique de qualité”*. 3° Edition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo, Lisboa
- Huber, D. (2006). *Leadership and nursing care management* (3ª ed.). Filadélfia: Saunders. eBook ISBN: 9780323449021 Disponível em: <https://www.elsevier.com/books/leadership-and-nursing-care-management/huber/978-0-323-38966-2>
- Institute of Medicine (2004). Keeping patients safe – Transforming the work environments of nurses. Washington, D.C.: *National Academy Press*.

[https://cdn.journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2004/10000/Keeping\\_Patients\\_Safe\\_Transforming\\_the\\_Work.43.aspx](https://cdn.journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2004/10000/Keeping_Patients_Safe_Transforming_the_Work.43.aspx)

Instituto Português Da Qualidade. Disponível em:  
<http://www1.ipq.pt/PT/IPQ/Pages/IPQ.aspx>

Johansson, P., Oléni M., & Fridlund, B., (2004). *Nursing care at night: an evaluation using the Night Nursing Care Instrument* Disponível em:  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03061.x>

Lee, E. (2013). Continuing Education: The Arduous and Challenging Journey of Improving Patient Safety and Quality of Care. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28383-398. Doi:10.1016/j.jopan.2013.07.004.

Liang, Z., Howard, P., Koh, L., & Leggat, S., (2013). Competency requirements for middle and senior managers in community health services. *Australian Journal of Primary Health.*, Vol. 19, pp. 256–263. <http://dx.doi.org/10.1071/PY12041>

Liaroutzos, O., (2018). La qualité de vie au travail dans les établissements de santé, une utopie ?. *Soins Cadres ELSEVIER*. N°106, pp.18-21. Doi:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>

Lopes, L., M., Santos, S., M., (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, vol.3, nº2, pp.181-89. Disponível em:  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a19.pdf>.

Loquet, J., & Nagou G., (2014). Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales.

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Disponível em:  
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/Nat%C3%A1liaMachado%20%20Gest%C3%A3o%20da%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20Um%20modelo%20de%20melhoria%20cont%C3%ADnua%20baseado%20na%20reflex%C3%A3o%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

Mangeonjean, F., (2018). Management et qualité de vie au travail. *Soins Cadres ELSEVIER*. N°106, pp.34-37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>

Marcellesi, L., e Mignon, L., (2018). Qualité des soins : médecins et infirmiers tirent la sonnette d’alarme Baromètre 2018 : la qualité des soins vue par les médecins et les infirmiers. *EGORA Dossier de Presse*. p.1-14. Disponível em:  
[https://360medics.com/assets/public/presse/DP\\_Qualite\\_des\\_soins.pdf](https://360medics.com/assets/public/presse/DP_Qualite_des_soins.pdf)

Martins, M., Goncalves, M., Ribeiro, O., Tronchin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (5), pp.920-926.

- Martins, R. T. (2014). *Gestão da qualidade nas unidades de cuidados continuados integrados de Lisboa e Vale do Tejo*. (Tese de Mestrado não publicada) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Matos, D., Rodrigues, E., (2019). *Análise fatorial*. Brasília: Enap.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20 (1), 7-19. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x
- Meleis, I. (2007). *Theoretical Nursing, Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Disponível em: [https://www.academia.edu/30976329/Theoretical\\_Nursing\\_Development\\_and\\_Progress\\_pdf](https://www.academia.edu/30976329/Theoretical_Nursing_Development_and_Progress_pdf)
- Meleis, I. (2012). *Theoretical Nursing development and progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Wolters Luwer Health,. 978-1-60547-211-9.
- Miller, K. (1987). The human care perspective in nursing administration. *Journal of Nursing Administration*, 17 (2), p. 10-12.
- Mispelblom Beijer, F., (2018). Qualité de vie au travail et soins, les défis des cadres de santé. *Soins Cadres ELSEVIER*. N°106, p.38-40 Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>
- Morais, I. (2005). *Gestão da Qualidade Total*. Ficha técnica. Guarda: Escola Superior de Tecnologia e Gestão da Guarda. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/967/1/Manual%207%20-%20Gest%C3%A3o%20da%20Qualidade%20Total.pdf>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Nóbrega, M. (2019) *Perceção dos Enfermeiros acerca da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados Continuados* (Dissertação de mestrado não publicada) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde*. Porto: Vida Económica.
- Nyberg, J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Colorado: University Press of Colorado.
- Oliveira, A., Paz, A., Telles, B., Leite, J. L., & Stipp, M. A. C., (2004). Liderança e Enfermagem: elementos para reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem* 57 (4), 487-489. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a21.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Parecer CJ nº 136. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6676/parecer-96-2018\\_cj\\_teph.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6676/parecer-96-2018_cj_teph.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Enfermagem em Portugal, 10 anos. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura\\_10anos2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf)
- Ordem Dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos (2.ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Acedido em 1 de agosto de 2018. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico. Acedido em 26 de maio de 2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros. (2015). Enfermeiros: Uma força para a mudança – Eficiência + Eficácia = Ganhos em saúde. Genebra: Internacional Council of Nurses. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8892/kit\\_die2015\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8892/kit_die2015_vf.pdf)
- Ordem Dos Enfermeiros. (2015). REPE e Estatuto. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem Dos Enfermeiros. Regulamento nº101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República. 10 de março de 2015, Vol. 2º Série nº 48, pp. 5948-5952.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-46-8
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. (M. Robalo, Ed.), 6a Edição Revista E Corrigida (6a). edições silabo. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pierre-Poulet, N. (2018). La qualité de vie au travail. *Soins Cadres ELSEVIER*. N°106, p.13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.017>
- Pires, A. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade, Ambiente e Segurança, Responsabilidade Social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação* (1º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.



- Pires, A. (2016). *Sistemas de Gestão da Qualidade Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria e Serviços*. Lisboa: Edições Sílabo
- Pisco, L., Biscaia J.L., (2001) Qualidade de cuidados de saúde primários. Avaliação da qualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública Volume temático 2*, pp. 43-51. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/101394/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202001%20-%20vol%20tematico2a04%20-%20p43-51.pdf>
- Poeira, M., & Mamede, R.P., (2011). Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. *Revista de Enfermagem Referência* serIII (4):107-114 DOI: 10.12707/RIII1121
- Polit, D., Beck, C., (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Portugal, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1998) -Despacho conjunto nº407/98 de 18 de junho de 1998 (II- Série) (Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência).
- Portugal, Ministério da Saúde. (2013). Plano nacional de saúde 2012-2016. Lisboa [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_versaoresumo\\_maio20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. Lisboa. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Potra, T. M. F. dos S. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem não publicada). Universidade de Lisboa. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644\\_td\\_Teresa\\_Potra.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf)
- Queijo, A., (2002). *Tradução para o português de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS)*. (Dissertação de Mestrado publicada) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-12112003-220346/pt-br.php>
- Queijo, A., Padilha, K., (2009). Nursing Activities Score (NAS): Adaptação transcultural e validação para a língua Portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 43 pp.1009-1016 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns.pdf>
- Ramos, A., (2014). *Tradução e Adaptação para a Cultura Portuguesa do Social Touch Questionnaire (STQ)*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Alcoitão. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7583/2/Tradu%C3%A7%C3%A3o%20e%20Adapta%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Cultura%20Portuguesa%20>

[20do%20Social%20Touch%20Questionnaire%20%28STQ%29-%20VERS%C3%83O%20ARTIGO.pdf](#)

Rego, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Regulamento nº 100/2015. D.R. II Série. Nº 48 (2012-03-10), 5947-5948

Regulamento nº 101/2015. D.R. II Série. Nº 48 (2012-03-10), 5948-5952

Reis, V., P. (2007). Gestão em Saúde: um espaço de diferença. *Revista portuguesa de saúde pública*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa. Doi: <http://hdl.handle.net/10362/16979>

Ribeiro, M., Santos, S., L. e Meira, T., G., B., M. (2006). Refletindo sobre liderança em Enfermagem. Reflexionando sobre liderazgo en enfermería. Reflecting on nursing leadership. *Escola Anna Nery* 10 (1), 109-111. Acedido em 12 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>

Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, R., (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV (14), 89-100. Doi: <https://dx.doi.org/doi.org/10.12707/RIV16086>

Rocha, M. C., Sousa, P., & Martins, M. (2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigacion En Enfermeria: Imagen Y Desarrollo*, 18 (2), 89-105. Disponível em: <file:///C:/Users/cfcanedo/Desktop/TESE/Projeto/Artigos%20de%20suporte%20%C3%A0%20tese/12572-Texto%20del%20art%C3%ADculo-57643-1-10-20160503.pdf>

Rothbarth, Wolff & Peres (2009). "O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem." *Texto & Contexto Enfermagem*, 18 (2), 321-329. Acedido em 31 de agosto de 2018. Disponível em Directory of Open Access Journals, EBSCOhost.

Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas.

Shaw, C. D. (2013) et al. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. *Int J Qual Health Care*, v. 25, n. 3, p. 222-231, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23411832>

Sliwka, C., (2005). *Turn-over des infirmières en Ile de France : Quelles stratégies des Directeurs des Soins pour recruter et fidéliser ?* (Dissertação de Mestrado não publicada). Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes. Disponível em: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/sliwka.pdf>

Soto-Fuentes, P., Reynaldos-Grandón, K., Martínez-Santana, D., & Jerez-Yáñez, O., (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y



- administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichan - *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Vol. 14, pp. 79 - 99.
- Sousa, P. (2005). *O Sistema De Partilha De Informação Em Enfermagem Entre Contextos De Cuidados De Saúde - Um Modelo Explicativo* (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Sousa, R. (2019). *Impacto da duração dos turnos na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem num hospital privado do Porto*. (Dissertação de mestrado não publicada) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Sousa, R., Martins, T., & Pereira, F., (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referencia* vol.serIV no.6 Coimbra. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusodidacta.
- Tavares, J., P., A. & Silva, A., L. (2010). Barreiras e soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: percepções de Enfermeiros (as). *Revista de Enfermagem Referência, SER III* (1), 17-28. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000300003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300003)
- Teixeira, S., (2015). *Tradução e adaptação cultural do Caregiver Guilt Questionnaire (CGQ) para a população portuguesa* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10780>
- Truchot D., (2017). Une enquête sur le vécu des infirmiers. *L'infirmière Libérale Magazine*
- Tsaloglidou, A. (2009). Does the Audit Improve the Quality of Care?; *International Journal of Caring Sciences*, 2 (2): 65-72. Disponível em <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>
- Urbina, S., (2007). *Fundamentos da testagem Psicológica*. Porto Alegre, RS: Artmed
- Vilar, C. (2013). *Implementação do sistema de gestão da qualidade perspetivando a integração do ambiente e da segurança* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8988/1/Tese%20Final%20SGQ%20XYZ%20Dezembro.2013.pdf>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. 2<sup>a</sup> Edição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Voutilainen, P., Backman, K., Isola, A., & Laukkala, H. (2006). Family Members' Perceptions of the Quality of Long-Term Care. *Clinical Nursing Research*, 15 (2),135-49. Doi:10.1177/1054773805285697

- Wiener, J., M. (2003). An Assessment of Strategies for Improving Quality of Care in Nursing Homes. *Gerontologist*, 3, 9-27.
- Wildman, S. & Hewison, A. (2009). Rediscovering a history of nursing management: from nightingale to the modern matron. *International Journal of Nursing Studie*, 46, p. 1650-1661.
- Wolmark, Y. (2001). Évaluer la qualité. *Gérontologie et société*, vol. 24 / 99(4), 131-146. <https://doi.org/10.3917/gs.099.0131>
- World Health Organization. (2019). Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- Yilmaz, A., Demirsoy, N., e Martins, M., (2018) Validity and reability testing of the Turkish Version of the “Scale of perception of nursing activities that contribute to nursing care quality (EPAECQC)”. *International Journal of Caring Sciences*. Vol. 11. Issue 3, pp.1340-1351
- Zardawi, I. M.; Bennett, G.; Jain, S.; Brown, M. (1998). Internal quality assurance activities of a surgical pathology department in an Australian teaching hospital; *J Clin Pathol*, 51: 695-699.

## ANEXOS



## Anexo I - Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados



Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC) – MARTINS, MM; GOLÇALVES, M.N.

O acompanhamento do exercício profissional nos serviços é uma área que exige estudos específicos para a avaliação, recordamos que a Ordem dos Enfermeiros expressa 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* (OE, 2001, p. 4).

Este questionário destina-se a identificar: A percepção dos enfermeiros relativamente às suas atividades em articulação com os padrões de qualidade

Considerando o conhecimento que tem sobre o seu trabalho, no exercício de gestão do serviço, pedimos que exprima a sua opinião face as seguintes afirmações:

Numa escala de 1 a 4, considere:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- muitas vezes; 4- Sempre

Agradecemos a sua colaboração neste estudo

### Grupo I

1 – Enquanto enfermeiro pense na prática de cuidados do seu serviço e expresse a sua opinião

| 1.1 - A satisfação do cliente                                                                                                                  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.2 - A promoção da saúde                                                                                                                      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| a) Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.3 - A prevenção de complicações                                                                                                              | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| a) Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que  
contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC) –  
MARTINS, MM; GOLÇALVES, M.N.

para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis

|                                                                                                                                   |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.4 – O Bem-estar e o autocuidado                                                                                                                                                                   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.5 - A readaptação funcional                                                                                                                               | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Escola Superior de  
Enfermagem do Porto

Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que  
contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC) –  
MARTINS, MM; GOLÇALVES, M.N.

funcional.

| 1.6 -A organização dos cuidados de enfermagem                  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Grupo II**

1 – Serviço \_\_\_\_\_

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino ☐ Masculino ☐

2.2 – Idade: \_\_\_\_\_ (Anos completos em 31/12/2013)

2.3 – Anos de exercício profissional: \_\_\_\_\_

2.4 – Anos de exercício na área da gestão: \_\_\_\_\_

2.5- Anos no atual serviço: \_\_\_\_\_

2.6 – Com Especialidade ☐ Sem Especialidade ☐  
Área de especialidade: \_\_\_\_\_

2.7 – Outros graus académicos:

Pós-Graduação:

\_\_\_\_\_  
Mestrado:

\_\_\_\_\_  
Outros:

**Muito obrigada**





## Anexo II - Tradução da EPAECQC de Português para Francês realizada pela Investigadora Principal



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui  
Contribuent à la Qualité des Soins (EPIQCS) –  
(EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

Dans une échelle de 1 à 4 on vous demande de considérer :

1- Jamais ; 2- Quelques fois ; 3- Souvent ; 4- Toujours.

### 1. Groupe

1- Dans la qualité d'infirmier pensez aux pratiques de soins dans votre unité et donnez votre avis

| 1.1 – Satisfaction du client                                                                                                                | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers respectent les capacités, les croyances, les valeurs et les désirs individuels des clients dans leurs pratiques de soins. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers maintiennent une relation de confiance et d'empathie dans leurs échanges avec le client et sa famille/aidant.             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers tiennent compte de l'environnement familial/aidant du client dans le processus de soins.                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.2 - Promotion de la sante                                                                                                                                                                | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers sont capables d'identifier le niveau de sante de la population et les ressources du client/famille ainsi que de l'environnement.                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers profitent de l'hospitalisation pour promouvoir auprès des clients une bonne hygiène de vie.                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers mettent à disposition du client une information adapté pour permettre d'instaurer un apprentissage cognitif afin que le client puisse développer de nouvelles aptitudes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.3 - Prévention de complications                                 | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers identifient les potentiels problèmes du client. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                                                  |                       |                       |                       |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| b) Les infirmiers réalisent des démarches de soins, et déterminent les actions nécessaires pour prévenir les éventuelles complications.                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers évaluent les actions réalisées avec l'objectif d'éviter l'apparition de problèmes ou de diminuer les effets indésirables.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers font preuve de rigueur technique et scientifique lors de la mise en place des actions d'actes prescrits.                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Les infirmiers identifient des situations problématiques et sont capables de les référencier et de les transmettre aux professionnels en accord avec les politiques sociales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Les infirmiers supervisent les activités préconisées lors des planifications des soins ainsi que les activités déléguées.                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Les infirmiers font preuve de responsabilité dans les décisions prises, vis-à-vis des actes effectués, ainsi que pour les actes prescrits ou délégués.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1.4 – Bien-être et autonomie des soins</b>                                                                                                                                                                                                          |                       |                       |                       |                       |
| a) Les infirmiers identifient les problèmes du client qui peuvent contribuer à augmenter son bien-être ainsi que son autogestion des activités de la vie courante.                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers planifient et appliquent les actions nécessaires pour permettre d'augmenter le bien-être, et la correcte autogestion des activités de la vie courante des clients.                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers évaluent les actions qui contribuent à l'amélioration du bien-être, et de la correcte autogestion des activités de la vie courante des clients.                                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers démontrent de la rigueur technique et scientifique lors de l'implémentation des interventions infirmières qui contribuent à l'augmentation du bien-être, et de la correcte autogestion des activités de la vie courante des clients. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- e) Les infirmiers identifient de situations problématiques et sont capables de les référencier pour mieux contribuer à l'amélioration du bien-être, et de la correcte autogestion des activités de la vie courante des clients. ☐ ☐ ☐ ☐

- f) Les infirmiers démontrent de la responsabilité dans leur prise de décision, ainsi que dans les soins prodigués et prescrits. ☐ ☐ ☐ ☐

#### 1.5 - Réadaptation fonctionnelle

1 2 3 4

- a) Les infirmiers assurent la continuité dans la prestation des soins planifiés. ☐ ☐ ☐ ☐

- b) Les infirmiers assurent la planification du retour à domicile des clients hospitalisés, en fonction de leurs besoins et des ressources existantes dans l'environnement. ☐ ☐ ☐ ☐

- c) Les infirmiers sont capables d'optimiser les ressources des clients et leurs aidants pour une bonne gestion du traitement prescrit. ☐ ☐ ☐ ☐

- d) Les infirmiers sont capables d'enseigner, instruire et entraîner les clients à l'adaptation individuel nécessaire pour faire face à la réadaptation fonctionnelle. ☐ ☐ ☐ ☐

#### 1.6 - Organisation des soins infirmiers

1 2 3 4

- a) Les infirmiers maîtrisent l'outil des transmissions ciblées. ☐ ☐ ☐ ☐

- b) Les infirmiers son connaisseurs des protocoles de soins et des politiques internes de l'Hôpital. ☐ ☐ ☐ ☐



# Anexo III - Tradução da EPAECQC de Português para Francês realizada por uma Tradutora Independente (Enfermeira)



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui Contribuent à la Qualité des Soins (EPIICQS) - (EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

1- Jamais ; 2- Peu souvent ; 3- Très souvent ; 4- Toujours.

## 1. Groupe

1- Entant qu'infirmier réfléchissez à la pratique des soins dans votre service et exprimez votre opinion.

| 1.1 – Satisfaction du patient                                                                                             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers respectent les croyances, les valeurs et les capacités du patient dans sa prise en charge individuelle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers font preuve d'empathie dans les interactions avec le patient et sa famille.                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers impliquent les proches / famille du patient dans son processus de soin individuel.                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.2 - Promotion de la sante                                                                                                                    | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers identifient les us et coutumes de santé du patient et de sa communauté ainsi que leurs ressources.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers profitent de l'hospitalisation pour donner des conseils adaptés à un mode de vie sain.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers donnent en fonction des besoins et des ressources du patient des conseils adaptés lui permettant de nouveaux apprentissages. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.3 – La prévention des complications                                                                              | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers identifient le ou les problèmes potentiels du patient.                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers fixent des objectifs adaptés et mettent en place des actions afin de prévenir les complications. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- |                                                                                                                                                                                   |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers évaluent la pertinence des actions entreprises.                                                                                                                 |                       |                       |                       |                       |
| d) Les infirmiers font preuve de rigueur technique et scientifique dans l'exécution de leurs soins.                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Les infirmiers identifient des situations problématiques et réalisent de transmissions ciblées pertinentes aux différents professionnels en suivant les protocoles en vigueur. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Les infirmiers supervisent et mettent en œuvre les actions infirmières, et les actions qu'ils délèguent.                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Les infirmiers se montrent responsables des décisions qu'ils prennent et des actes qu'ils pratiquent, ainsi que de ceux qu'ils délèguent.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                                                                                        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1.4 – Bien-être et autonomie des soins</b>                                                                                                                                                                          |                       |                       |                       |                       |
| a) Les infirmiers identifient les problèmes du patient altérant son bien-être et sa capacité à réaliser ses soins quotidiens et ses besoins vitaux.                                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers mettent en place des actions afin d'améliorer le bien-être du patient et améliorer l'autonomie du patient dans la réalisation de ses soins.                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers évaluent les actions mises en place dans l'autonomie du patient dans les actes de sa vie quotidienne.                                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers font preuve de rigueurs techniques et scientifiques dans l'exécution de leurs soins, contribuant au bien-être du patient, et au développement de son autonomie dans les actes de sa vie quotidienne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Les infirmiers identifient les problèmes potentiels et les référencient afin de favoriser une amélioration du bien-être du patient, et de sa capacité à réaliser ses soins quotidiens et ses besoins vitaux.        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Les infirmiers se montrent responsables des décisions qu'ils prennent et des actes qu'ils pratiquent, ainsi que de ceux qu'ils délèguent.                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.5 - Réajustement fonctionnel                                                                                                                                                                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers assurent la continuité des soins.                                                                                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers assurent la sortie des patients hospitalisés dans des établissements de santé, en fonction de leurs besoins et des ressources communautaires.                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers donnent des conseils adaptés au patient et à son entourage pour favoriser la prise en charge thérapeutique.                                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers assurent l'instruction et l'entraînement des patients pour leur permettre d'avoir une meilleur adaptation individuel nécessaire pour faire face à la réadaptation fonctionnelle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.6 - Organisation des soins infirmiers                                  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers maîtrisent les dossiers de soins.                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers son informés des différentes politiques hospitalières. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





## Anexo IV - Retroversão da EPAECQC de Francês para Português



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui  
Contribuent à la Qualité des Soins (EPIICSQ) –  
(EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

Numa escala de 1 a 4 considere:

1- Nunca ; 2- Algumas vezes ; 3- Muitas vezes ; 4- Sempre.

### 1. Grupo

1- Na qualidade de enfermeiro considere a prática de cuidados no seu serviço e dê a sua opinião

| 1.1 – Satisfação do cliente                                                                                                                                                | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros respeitam as capacidades, as crenças, os valores e os desejos individuais dos clientes na prática dos cuidados de saúde.                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia em todos os contactos com o paciente e a sua família/ cuidador.                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros têm em conta o ambiente familiar/ cuidador durante a prestação de cuidados.                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.2 – Promoção da saúde                                                                                                                                                    | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| a) Os enfermeiros são capazes de identificar o nível de saúde populacional e os recursos do cliente/ família assim como da comunidade.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros beneficiam do internamento hospitalar para promover um estilo de vida saudável junto dos pacientes.                                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros metem à disposição do paciente a informação apropriada para permitir gerar uma aprendizagem cognitiva capaz de suscitar novas competências da sua parte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.3 – Prevenção de complicações                                                                                                                                            | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| a) Os enfermeiros identificam os potenciais problemas do cliente.                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                      |                       |                       |                       |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| b) Os enfermeiros planificam e determinam as intervenções necessárias para prevenir eventuais complicações.                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros avaliam as intervenções realizadas com o objetivo de evitar o aparecimento de problemas ou para diminuir efeitos indesejáveis.     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros demonstram rigor técnico e científico ao executar intervenções por eles prescritas.                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Os enfermeiros são capazes de identificar uma situação problemática e de as encaminhar a outros profissionais de acordo com as políticas sociais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Os enfermeiros supervisionam as atividades por eles preconizadas e planificadas assim como outras atividades por eles delegadas.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade nas decisões tomadas, assim como nos atos efetuados, exigidos ou delegados.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1.4 – Bem-estar e autonomia nos cuidados</b>                                                                                                                                                                                |                       |                       |                       |                       |
| a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente, responsáveis pelo aumento do seu bem-estar, assim como pela autogestão das atividades do dia a dia.                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros preconizam e aplicam intervenções necessárias para permitir o aumento do bem-estar, e a correta autogestão das atividades do dia a dia dos clientes.                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para o aumento do bem-estar, e a correta autogestão das atividades do dia a dia dos clientes.                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros demonstram rigor técnico e científico na execução das intervenções de enfermagem que são responsáveis pelo aumento do bem-estar, assim como uma correta autogestão das atividades do dia a dia dos clientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui  
Contribuent à la Qualité des Soins (EPIICS) –  
(EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

- e) Os enfermeiros são capazes de identificar situações problemáticas e são capazes de as referenciar para melhor contribuir ao aumento do bem-estar, e da correta autogestão das atividades do dia a dia dos clientes. ☐ ☐ ☐ ☐
- f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade na tomada de decisão, assim como nos cuidados prestados, prescritos e delegados. ☐ ☐ ☐ ☐

#### 1.5 – Readaptação funcional

1 2 3 4

- a) Os enfermeiros asseguram a continuidade na prestação dos cuidados de saúde traçados. ☐ ☐ ☐ ☐
- b) Os enfermeiros asseguram a planificação da alta dos clientes hospitalizados, em função das suas necessidades e dos recursos existentes na comunidade. ☐ ☐ ☐ ☐
- c) Os enfermeiros são capazes de otimizar os recursos dos pacientes e seus cuidadores para uma boa gestão do regime terapêutico prescrito. ☐ ☐ ☐ ☐
- d) Os enfermeiros ensinam, instruem e preparam o cliente à adaptação individual necessária para fazer face à readaptação funcional. ☐ ☐ ☐ ☐

#### 1.6 – Organização dos cuidados de enfermagem

1 2 3 4

- a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem. ☐ ☐ ☐ ☐
- b) Os enfermeiros conhecem os protocolos e as políticas internas do Hospital. ☐ ☐ ☐ ☐

## 2. Grupo

1 – Serviço \_\_\_\_\_

2 – Perfil Socio-demográfico :



## Anexo V - Versão Francesa da EPAECQC utilizada no estudo



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui  
Contribuent à la Qualité des Soins (EPIICS) –  
(EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

Dans une échelle de 1 à 4 on vous demande de considérer :

1- Jamais ; 2- Quelques fois ; 3- Souvent ; 4- Toujours.

### 1. GROUPE

1- Entant qu'infirmier exprimez votre opinion sur les pratiques de soins dans votre service

| 1.1 - Satisfaction du patient                                                                                             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers respectent les croyances, les valeurs et les capacités du patient dans sa prise en charge individuelle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers font preuve d'empathie dans leurs échanges avec le patient et son entourage.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers tiennent compte de l'entourage du patient dans le processus de soins.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.2 - Promotion de la santé                                                                                                                    | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers sont capables d'identifier le niveau de santé de la population et les ressources du patient ainsi que de son entourage.      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers lors de l'hospitalisation donnent des conseils adaptés à un mode de vie sain.                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers donnent en fonction des besoins et des ressources du patient des conseils adaptés lui permettant de nouveaux apprentissages. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**1.3 - Prévention des complications**

|                                                                                                                                                                                   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers identifient le ou les problèmes potentiels du patient.                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers fixent des objectifs adaptés et mettent en place des actions afin de prévenir les complications.                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers évaluent les actions réalisées avec l'objectif d'éviter l'apparition de problèmes ou de diminuer les effets indésirables.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers font preuve de rigueur technique et scientifique dans l'exécution de leurs soins.                                                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Les infirmiers identifient des situations problématiques et réalisent de transmissions ciblées pertinentes aux différents professionnels en suivant les protocoles en vigueur. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Les infirmiers supervisent et mettent en œuvre les actions infirmières, et les actions qu'ils délèguent.                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Les infirmiers se montrent responsables des décisions qu'ils prennent et des actes qu'ils pratiquent, ainsi que des ceux qu'ils délèguent.                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**1.4 – Bien-être et autonomie des soins**

|                                                                                                                                                                                                                        | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers identifient les problèmes du patient altérant son bien-être et sa capacité à réaliser ses soins quotidiens et ses besoins vitaux.                                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers mettent en place des actions afin d'améliorer le bien-être du patient, et améliorer l'autonomie du patient dans la réalisation de ses soins.                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers évaluent les actions mises en place dans l'autonomie du patient dans les actes de sa vie quotidienne.                                                                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers font preuve de rigueurs techniques et scientifiques dans l'exécution de leurs soins, contribuant au bien-être du patient, et au développement de son autonomie dans les actes de sa vie quotidienne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- e) Les infirmiers identifient les problèmes potentiels et les transmettent afin de favoriser une amélioration du bien-être du patient, et de sa capacité à réaliser ses soins quotidiens et ses besoins vitaux.      ☐   ☐   ☐   ☐

| 1.5 - Réajustement fonctionnelle                                                                                                                                             | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers assurent la continuité des soins.                                                                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers assurent la sortie des patients hospitalisés dans des établissements de santé, en fonction de leurs besoins et de leurs ressources sociales.               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Les infirmiers donnent des conseils adaptés au patient et à son entourage pour favoriser la prise en charge thérapeutique.                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Les infirmiers assurent l'éducation et l'accompagnement des patients, afin de favoriser l'adaptation individuelle nécessaire pour faire face au réajustement fonctionnel. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| 1.6 - Organisation des soins infirmiers                         | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Les infirmiers maîtrisent l'outil des transmissions ciblées. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Les infirmiers sont informés du projet institutionnel.       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui  
Contribuent à la Qualité des Soins (EPIICQS) –  
(EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

## 2. GROUPE

1 – Service \_\_\_\_\_

2 – Profil sociodémographique :

2.1 - Genre : Féminin ☐ Masculin ☐

2.2 - Age : \_\_\_\_\_ (Au 31/12/2020)

2.3 - Nombre d'années de pratiques professionnelles : \_\_\_\_\_

2.4 - Nombre d'années en étant Cadre ou faisant fonction de Cadre : \_\_\_\_\_

2.5 - Nombre d'années dans le service actuel : \_\_\_\_\_

2.6 - Autres Diplômes :

Licence :

\_\_\_\_\_

Master :

\_\_\_\_\_

Autres :

\_\_\_\_\_

**Meilleurs remerciements**



## Anexo VI - Correspondência com a Diretora do Hospital François Quesnay





## Anexo VII - Pedido formal por escrito

CANEDO Estefania  
Infirmière Diplômée d'Etat depuis 2008  
1 Bis rue du Printemps  
78230 Le Pecq  
[cfcanedo78@gmail.com](mailto:cfcanedo78@gmail.com)  
06.41.06.03.38

Madame BIZEUL Nicolle  
Adjoint Directeur des soins  
Centre Hospitalier François Quesnay  
Boulevard de Sully  
78201 Mantes-la-Jolie

Madame,

Je me permets de vous contacter ce jour, sur les conseils de Mr Gautier, Directeur de l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale de Mantes-la-Jolie, et de Mme Lopes, Responsable pédagogique, dans le cadre de mon Mémoire de Master 2 dont le thème validé par les formateurs de l'Ecole Supérieure de Santé de Porto, Portugal, est :

“Traduction Validation et Adaptation Culturelle de l'Echelle sur la Perception des Interventions Infirmières qui Contribuent à la Qualité des Soins”

En effet, je vais rejoindre l'équipe de l'IRFSS de Mantes-la-Jolie début février en tant que chargée de formation, et je serais honorée de pouvoir mener mon étude au sein de votre établissement.

Ce pourquoi, je sollicite de votre bienveillance, l'autorisation de diffuser le questionnaire joint à ce courrier dans le but de mener à bien mon Mémoire, et d'étudier la perception que les soignants de votre Centre Hospitalier ont de la qualité des soins dispensés.

J'envisage de réaliser mon recueil de données entre le 3 et le 17 février, auprès des Infirmiers et Cadres/Faisants Fonction de Cadre des unités de soins du Pôle Médecine.

Je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien porter à ma demande et vous prie de croire Madame le directeur, à l'expression de mes respectueuses salutations.

Le Pecq, le 13 janvier 2020

CANEDO Fanny



## Anexo VIII - Correspondência com Mme Bustillo, resposta e aceitação da realização do estudo





## Anexo IX - Carta Explicativa do Estudo com Consentimento Informado



Echelle de Perception des Interventions Infirmières qui  
Contribuent à la Qualité des Soins (EPIICQS) –  
(EPAECQC) MARTINS, M.M; GOLÇALVES, M.N.

Cher Collègue Infirmier / Cadre de Santé,

La qualité des soins est un des enjeux majeurs de nos jours, celle-ci aurait souvent été exclusivement liée à la satisfaction du patient tant qu'utilisateur et consommateur des services de santé. Ainsi qu'aux connaissances et aux bonnes pratiques des professionnels.

Il est possible de trouver plusieurs études sur la qualité des soins, centrées sur l'appréciation du patient et son ressenti à lui, mais on retrouve beaucoup moins sur la perception du soignant, et sur l'image qu'il a des soins qui sont délégués ou exécutés, soit par lui-même ou par ses pairs.

Par conséquent il semble pertinent pouvoir évaluer cette perspective de qualité des soins, tenant en compte la surcharge de travail, et/ou le manque de personnel, les entraves administratives ainsi que la diminution de moyens financiers.

Tous ces facteurs impactent actuellement un système de soins globalement à bout de souffle, mais dans lequel les infirmiers s'engagent à accomplir des soins de qualité malgré les difficultés rencontrées.

Le questionnaire suivant, est originaire d'une étude Portugaise, et vise à identifier la perception que les infirmiers ont des soins prodigués, et dans quelle mesure ceux-ci se trouvent en adéquation avec les protocoles de qualité.

La participation à cette étude est volontaire, mais aussi primordiale pour cette investigation, c'est pourquoi il vous est demandé de répondre aux questions le plus sincèrement possible. Ce questionnaire est entièrement anonyme, et votre collaboration une fois rempli, donne votre accord consenti et éclairé. Vous pouvez contacter l'auteur par mail pour plus de renseignements.

Dans celui-ci, et en adéquation avec les connaissances que vous avez acquises lors de votre pratique infirmière, vous trouverez différents points qui correspondent respectivement à un domaine de la prestation/planification des soins. Il vous est demandé d'exprimer votre opinion relative aux affirmations qui suivent chacun des items, tenant en compte votre exercice professionnel, celui de vos pairs, ainsi que la gestion de l'unité de soin si vous êtes cadre ou faisons fonction.

*En vous remerciant de votre collaboration dans la réalisation de cette étude*

