



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Adaptação e Validação para o Contexto Cultural
Português da Escala: The Quality Improvement
Nursing Attitude Scale**

Márcia Filipa Barbosa Gomes

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Adaptação e Validação para o Contexto Cultural
Português da Escala: The Quality Improvement
Nursing Attitude Scale**

Márcia Filipa Barbosa Gomes

Orientadora: Maria Filomena Mendes Gaspar



**Lisboa
2022**

“Não tenhamos pressa, mas não percam tempo.”

(José Saramago)

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso, a construção deste trabalho que culminou na presente dissertação não teria sido possível sem a preciosa colaboração de todos os intervenientes neste longo processo. A todos um Muito Obrigado!

Aos professores, que proporcionaram aulas de qualidade - parabéns à Escola Superior de enfermagem de Lisboa por todos os contributos dados através das suas teóricas e teórico-práticas.

Um especial obrigado à Professora Filomena Gaspar, orientadora da tese, que me acompanhou em todo este percurso, nos altos e baixos sem nunca me deixar desanimar e desistir frente às adversidades. Pelos conselhos dispensados, a disponibilidade e o rigor e minúcia nas suas observações.

Ao Professor Pedro Lucas por ter colaborado e apoiado na prestação de esclarecimentos ao longo da elaboração da dissertação.

A todos os tradutores envolvidos em todo o processo da tese, que se disponibilizaram cada um na sua fase e de forma diferentes, que se ofereceram após o primeiro pedido sem exitarem, de livre e espontânea vontade, sem esperar nada em troca e sempre em prol da qualidade e excelência do trabalho. Obrigado, amigos!

Um bem-haja a todos os enfermeiros que foram inquiridos e que dispensaram o seu tempo no preenchimento dos questionários. Um abraço de carinho a todos os que para além disso ainda demonstraram apoio na elaboração da escala, que enviaram emails de força, carinho, compreensão e ajuda. Sem vocês este trabalho não seria possível!

À minha família que esteve presente, mas em especial à minha avó paterna, que me apoia incondicionalmente em tudo na minha vida e que me motiva a ser melhor e a acreditar que nada é impossível e que somos nós quem traçamos os nossos próprios limites e que até esses os podemos ultrapassar.

E a ti Bruno, o meu refúgio, o meu lugar seguro. Por toda a disponibilidade e ajuda dispensada na elaboração deste trabalho. Pelo consolo, força e motivação nas fases difíceis. Por todo o amor sem fim, que me transmite paz e segurança.

Gratidão, reconhecimento e alegria são os sentimentos experienciados no fim deste percurso que contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos, o enriquecimento e o crescimento profissional e pessoal.

Lista de Abreviaturas

AF – Análise Fatorial

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AP – Análise psicométrica

APA – American Psychological Association

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

CFI – Comparative-of-Fit Index

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FC – Fiabilidade Compósita

GFI – Goodness-of-Fit Index

IFI – Incremental Fit Index

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MECVI – Modified Expected Cross-Validation Index

OE – Ordem dos Enfermeiros

QINAS – The Quality Improvement Nursing Attitude Scale

QINAS-R – The Quality Improvement Nursing Attitude Scale - Revisada

QINAS-R-PT – The Quality Improvement Nursing Attitude Scale – Revisada - Portuguesa

QNC – Quality Nursing Care

QSEN – Quality and Safety Education for Nurses

RMR – Root Mean square Residual

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SRMR – Standardized Root Mean square Residual

VEM – Variância Extraída Média

RESUMO

A melhoria da qualidade é sem dúvida um dos assuntos de interesse por parte dos investigadores e gestores pelo fato desta impulsionar o nível de satisfação dos profissionais e dos clientes. Sendo o enfermeiro um dos maiores prestadores de cuidados diretos ao cliente, a atitude destes face à melhoria da qualidade terá como resultado um aumento da qualidade, da satisfação dos enfermeiros e da segurança para os clientes. O ambiente da prática de trabalho influencia diretamente a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade. Bons ambientes de trabalho proporcionam motivação para que o enfermeiro trabalhe em direção à melhoria da qualidade. O enfermeiro gestor com formação e competências desenvolvidas na área tem um papel importante perante o ambiente de prática de trabalho, dando apoio às suas equipas, aumentando a coesão entre as mesmas e garantindo que estas têm a capacidade de se ajustarem às necessidades dos clientes, obtendo assim cuidados seguros, eficazes e eficientes.

A escala “The Quality Improvement Nursing Attitude Scale” – revised (QINAS-R) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade. Assim sendo, o objetivo do estudo metodológico debruça-se sobre a adaptação cultural/linguística e validação da escala QINAS-R, dando origem à versão portuguesa da mesma. Com este propósito, recorreu-se a um estudo do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. Para validação do questionário foi solicitada autorização à autora da escala QINAS-R original, bem como ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da instituição envolvida. Este foi traduzido e adaptado culturalmente e linguisticamente, não tendo havido alterações substanciais ao instrumento original. O instrumento foi validado numa amostra de 354 enfermeiros. A sua aplicação decorreu de 11 de fevereiro a 20 de março, sendo a maioria da amostra pertencente ao sexo feminino (84,7%) e a média de idades a situar-se no intervalo de idades dos 30 aos 39 anos, apresentando 73,1% uma licenciatura como habitações literárias. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do Alfa de Cronbach onde obteve 0,87, com exclusão de 1 item. A validade de conteúdo foi garantida utilizando o teste de compreensão e a validade de construto através da análise fatorial, cuja análise fatorial exploratória e confirmatória deu origem a um modelo que explica 47,206% da variância total da escala e apresenta uma matriz constituída por cinco fatores: A Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência, Cultura Organizacional, A Tecnologia na Qualidade de Cuidados, Atitude Inadequada e Avaliação do Risco. Assim sendo, a QINAS-R-PT revelou ser um instrumento adequado para ser aplicado no contexto cultural português, através das suas características psicométricas.

Relativamente à aplicação da escala, os enfermeiros do centro hospitalar apresentaram uma atitude positiva face à melhoria da qualidade dos cuidados. Na dimensão A Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência apresentou uma média de respostas de 4,431, a cultura organizacional (média de 3,433), a tecnologia na qualidade de cuidados (média de 4,025), a avaliação do risco (média de 3,947) e a atitude inadequada (média de 2,637), podendo aferir que os enfermeiros concordaram na sua totalidade com todos os assuntos abordados na escala menos com as realçadas na dimensão atitudes inadequadas.

Palavras-chaves: Atitude dos enfermeiros, Melhoria da Qualidade, Ambiente de Trabalho, Gestão em Enfermagem

ABSTRACT

Quality improvement is undoubtedly one of the subjects of interest to researchers because it boosts the level of satisfaction of professionals and customers. As the nurse presents itself as one of the biggest providers of direct health care to the client, their attitude towards quality improvement will result in an increase in quality of care, nurse's satisfaction and in safety for clients. The work practice environment directly influences the attitude of nurses towards quality improvement. Good work environments provide motivation for nurses to work towards quality improvement. Nurse managers with training and skills developed in the area play an important role in the work practice environment, providing support to their teams, increasing cohesion between them and ensuring that they have the ability to adjust to the needs of clients, obtaining thus safe, effective and efficient care.

The scale "The Quality Improvement Nursing Attitude Scale" – revised (QINAS-R) was developed with the aim of assessing the attitude of nurses towards quality improvement. Therefore, the objective of the methodologic study focuses on the cultural/linguistic adaptation and validation of the QINAS-R scale, giving rise to its Portuguese version. For this purpose, a quantitative, observational and descriptive cross-sectional study was used. For validation of the questionnaire, authorization was requested from the author of the original QINAS-R scale, as well as from the Board of Directors and Ethics Committee of the institution involved. The instrument was validated in a sample of 354 nurses. Its application took place from February 11 to March 20, with the majority of the sample belonging to the female sex (84.7%) and the average age being in the age range of 30 to 39 years, with 73,1% a degree as literary dwellings. Reliability was guaranteed by determining the internal consistency, having been tested using Cronbach's Alpha, which obtained 0.87, excluding 1 item. Content validity was guaranteed using the comprehension test and construct validity through factor analysis, whose exploratory and confirmatory factor analysis gave rise to a model that explains 47.206% of the total variance of the scale and presents a matrix consisting of five factors: Nurses's Attitude Toward Evidence-Based Quality Improvement, Organizational Culture, Technology in Quality of Care, Inappropriate Attitude, and Risk Assessment. Therefore, the QINAS-R-PT proved to be a suitable instrument to be applied in the Portuguese cultural context, through its psychometric characteristics.

Regarding the application of the scale, the nurses at the hospital center had a positive attitude towards improving the quality of care. In the dimension Nurses's Attitude towards Quality Improvement Based on Evidence, it presented an average of 4.431 answers, organizational culture (average of 3.433), technology in quality of care (average of 4.025), risk assessment (average of 3.947) and inappropriate attitude (average of 2.637), and it can be seen that the nurses agreed in their entirety with all the subjects addressed in the scale, except for those highlighted in the inappropriate attitudes dimension.

Keywords: Nurses Attitude, Quality Improvement, Work Environment, Nursing Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Atitude dos Enfermeiros Face à Melhoria da Qualidade	4
2. Ambiente da Prática de Enfermagem	7
3. Gestão em Enfermagem	10
4. Adaptação e Validação de Escalas Psicométricas	14
PARTE II- TRABALHO EMPÍRICO	20
1. Metodologia	20
1.1 Tipo de Estudo	21
1.2 População	21
1.3 Instrumento de Recolha de Dados	22
1.4 Equivalência Linguística e Concetual da Escala	23
1.5 Procedimentos e Considerações Ético-Legais	29
2. Apresentação e Discussão dos Dados	31
2.1 Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra	31
2.2 Análise Psicométrica	33
2.2.1 Análise Fatorial Exploratória	33
2.2.2 Análise Fatorial Confirmatória	41
3. A Atitude dos Enfermeiros do Centro Hospitalar Face à Melhoria da Qualidade	44
4. Discussão	51
5. Conclusão	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	65
ANEXO I – Itens da Escala “The Quality Improvement Nursing Attitude Scale”	66
ANEXO II – Pedido de Adaptação e Validação da Escala	73
ANEXO III– Pedido Formal de Autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar	75
ANEXO IV– Parecer Favorável por Parte do Comité de Ética	77
ANEXO V– Análise Fatorial Confirmatória Modelo das Cargas Fatoriais	81
APÊNDICES	83
APÊNDICES I - A Atitude dos Enfermeiros Face à Melhoria da Qualidade: Revisão Scoping	84

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de utilização numa nova população	15
Quadro 2 – Equivalência intercultural.....	16
Quadro 3 – Medidas de confiabilidade de instrumentos	19
Quadro 4 – Adaptação de conceitos.....	25
Quadro 5 – Comparação entre a versão original da escala QINAS-R e a versão final QINAS-R-PT	26
Quadro 6 – Caracterização sociodemográfica	32
Quadro 7 – Coeficiente de alfa de cronbach (Almeida, 2017)	34
Quadro 8 – Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), valores de referência.....	36
Quadro 9 – Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), valores obtidos.....	36
Quadro 10 – Dimensões, os seus itens e alfa de cronbach correspondentes.....	39
Quadro 11 – Análise fatorial exploratória e respetivos Alfas.....	39
Quadro 12 – Análise fatorial confirmatória – valores de referência.....	43
Quadro 13 – Fiabilidade compósita e variância extraída média.....	44
Quadro 14 – Média e desvio padrão das respetivas dimensões.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão atitude dos enfermeiros face a melhoria da qualidade baseada na evidencia.....	47
Gráfico 2 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão Cultura Organizacional.....	48
Gráfico 3 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão A tecnologia na qualidade de cuidados.....	49
Gráfico 4 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão Avaliação do Risco.....	50
Gráfico 5 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão Atitude Inadequada.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo quality house	6
Figura 2 – Gráfico de componentes e respectivos pesos fatoriais	37
Figura 3 – Variância explicada	37

INTRODUÇÃO

A realização desta dissertação tem como objetivo geral a adaptação e validação para o contexto cultural português da escala “The Quality improvement Nursing attitude Scale”. Nesse sentido importa refletir sobre construtos e variáveis do ambiente de cuidados que podem vir a influenciar essa mesma atitude.

Segundo Dias (2003), liderança “*é o fator humano que ajuda um grupo a identificar para onde ele está indo e assim motivar-se aos objetivos*”.

A liderança envolve relação interpessoal. A comunicação é indispensável nesse processo, pois através dela o enfermeiro transfere e recebe conhecimentos, organiza o seu serviço e traça objetivos a serem atingidos juntamente com a sua equipa (Ribeiro et al., 2006, p. 115)

A evidência científica aponta ainda que o enfermeiro gestor é responsável por inovar estratégias para manter a sua equipa motivada e empenhada nos contextos de trabalho (Caxaria et al, 2020, p. 44).

Caxaria et al (2020, p. 47) referem que o enfermeiro gestor é a chave para o sucesso das intervenções, sendo o seu papel determinante no processo de motivação da sua equipa fomentando o desenvolvimento de competências que promovem uma melhoria no desempenho, traduzindo-se em ganhos em saúde e contribuindo para o sucesso da organização.

Dito isto, o enfermeiro gestor deve munir-se de conhecimento e bibliografia que o possa ajudar a guiar a sua equipa de enfermagem de maneira que estes atinjam os objetivos da organização de saúde.

A qualidade em saúde deve ser integrada de forma objetiva na gestão estratégica das organizações de saúde, apoiada pelos seus responsáveis e sentida e vivida como integrante da cultura profissional e organizacional. Em consonância com estas perspetivas, Mezomo (2001, p.71) acrescenta que a qualidade em saúde “... é e deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as expectativas dos seus clientes”.

A melhoria da qualidade da saúde tem sido, desde há muito, um forte indicador da qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros. Segundo a OE (2001) a qualidade em saúde apresenta-se como uma tarefa multiprofissional na qual 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 6). No entanto, poucos são os estudos em relação à atitude dos enfermeiros face a este indicador.

Como tal, foi criada a ferramenta “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*” (Dunagan, 2017), que se apresenta como uma escala, com 35 itens, que procuram responder a esta lacuna daquilo que é a atitude dos enfermeiros. Este trabalho serve, desta forma, para adaptar e validar esta escala ao contexto cultural português. Espero assim, com este trabalho, contribuir para a divulgação científica acerca da temática, fomentando a excelência no trabalho do enfermeiro gestor na gestão da sua equipa. Para além deste objetivo, serve também este trabalho para aprofundar conhecimentos sobre a temática em si.

Assim, no âmbito do mestrado em enfermagem na área de especialização de gestão em enfermagem na escola superior de enfermagem de lisboa, elaborou-se esta dissertação de natureza científica, com vista à obtenção do grau de mestre.

Tem então como objetivo geral adaptar culturalmente e linguisticamente a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*”, dando origem à versão portuguesa.

Como objetivos específicos, foram determinados os seguintes:

- Traduzir para português a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*”.
- Adaptar culturalmente e linguisticamente a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*”.
- Determinar as propriedades psicométricas da “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*” na população portuguesa.;
- Avaliar a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade num centro hospitalar da região de Lisboa.

A pergunta de investigação formulada para esta tese foi: “*Será que a The Quality Improvement Nursing Attitude Scale (QINAS) apresenta boas características psicométricas para a população portuguesa?*”

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Primeiramente o enquadramento teórico onde se encontram 4 capítulos: a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade, o ambiente da prática de trabalho, gestão em enfermagem e adaptação e validação de escalas psicométricas. Na segunda parte da dissertação encontra-se o trabalho empírico, com cinco capítulos: a metodologia, apresentação e discussão dos dados, a atitude dos enfermeiros do centro hospitalar face à melhoria da qualidade, a discussão e conclusão de resultados. Por fim, as referências

bibliográficas, regidas pelas normas da APA (American Psychological Association), os anexos e os apêndices.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Atitude dos Enfermeiros Face à Melhoria da Qualidade

A melhoria da qualidade é uma temática cada vez mais abordada pelos investigadores, sendo uma das ferramentas que fomenta o avanço da profissão. A definição da competência melhoria da qualidade passa pelo uso de dados para monitorar os resultados dos processos de cuidados e por usar métodos de melhoria para desenhar e testar mudanças para melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde (Cronenwett et al., 2007).

Donabedian (2003) refere a qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o cliente. Benefícios estes que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Acrescenta ainda que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos e estabelece três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica, que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal, que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental, que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

A qualidade constitui-se como um aspeto em permanente mutação e construção, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças no meio envolvente (Lopes & Capricho, 2007).

Segundo Ribeiro et al. (2008), a qualidade em saúde é definida como “um produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde atuam diversos prestadores com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final”

Lucas & Nunes. (2020) referem-se à qualidade dos cuidados de enfermagem como um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros pontos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro.

O contributo da enfermagem para a qualidade na saúde é colocado no desafio de acrescentar valor à qualidade em saúde, através de um paradigma de enfermagem centrado nos processos de transição que as pessoas vivenciam em resultado de eventos na sua saúde ou na incorporação de novos papéis. A OE (2001) menciona que *“do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados*

significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”. Na sequência da pertinência do contributo dos enfermeiros para a qualidade em saúde, já em 2001, o conselho de enfermagem da ordem dos enfermeiros encarava como um desafio a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que desde esse momento, se constituíram como um instrumento com potencial para promover a melhoria contínua da qualidade. Na perspetiva de Potra (2015), os enunciados descritivos constituem-se com uma matriz conceptual com potencial para orientar o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional.

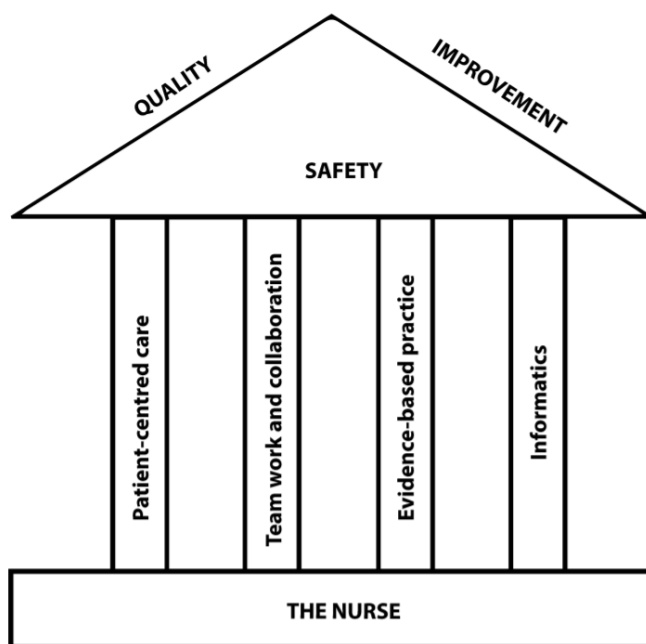
A qualidade em saúde é uma construção coletiva que resulta, no entanto, da competência individual de cada um (Leprohon, 2001). Desse modo, a melhoria contínua da qualidade exige a transformação de conhecimentos em competências que acrescentem valor aos profissionais, mas também às organizações.

“As pessoas, elementos internos (profissionais) e externos (cidadãos) são o fator mais importante das organizações, pelo que a sua atitude poderá auxiliar aos processos de mudança necessários à operacionalização de projetos da Qualidade.” (Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira, 2008).

Cronenwett et al.. (2007) liderou a iniciativa americana “*Quality and Safety Education for Nurses*” (QSEN), que deu origem a um desenvolvimento de seis competências: cuidado centrado no cliente, prática baseada na evidência, trabalho de equipa e colaboração, melhoria da qualidade, segurança e informática.

O modelo quality house, representado na Figura 1, ilustra as competências QSEN (Cronenwett et al., 2007) de segurança e aumento da melhoria da qualidade organizacional como um teto abrangente apoiado pelos pilares do cuidado centrado no cliente, prática baseada na evidência, informática, e trabalho de equipa e colaboração.

Figura 1 – Modelo Quality House



Fonte: Dunagan P. (2017), “*The Quality Improvement Attitude Survey: Development and Preliminary Psychometric Characteristics*” J Clin Nurs., p. [1-8].

A atitude de melhoria da qualidade foi definida como a habilidade do enfermeiro em valorizar cada uma das seis competências da casa da qualidade, reconhecer a interdependência entre as competências e ter uma atitude positiva em relação ao seu papel individual na melhoria da qualidade (Dunagan, 2017, p.3).

Para apoiar as competências de segurança e melhoria da qualidade, os enfermeiros devem avaliar continuamente os fatores que aumentam o risco do cliente e estar dispostos e capazes de assumir uma identidade de enfermagem que demonstre esforços para promover resultados de qualidade. Uma cultura de segurança e qualidade depende da capacidade do enfermeiro de aplicar conhecimentos, habilidades e atitudes associados a cada competência, tanto separada quanto interdependente, para a redução de erros clínicos.

Os estudos realizados por Ribeiro (2014) e pela Ordem dos Enfermeiros (2018) salientam que a motivação e satisfação produzem um impacto direto no desempenho e produtividade dos profissionais e que o enfermeiro gestor assume um papel determinante na motivação das suas equipas.

No APÊNDICE I encontra-se a revisão de scoping sobre a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade.

2. Ambiente da Prática de Enfermagem

O ambiente da prática de enfermagem (APE) apresenta-se como uma ferramenta fulcral para a atitude dos enfermeiros face ao seu trabalho diário e, conseqüentemente, à melhoria da qualidade dos cuidados. O ambiente de prática de enfermagem é um conceito difícil de conceituar e medir. Pouco se sabe sobre como o ambiente de prática de enfermagem varia entre os hospitais (Lake & Friese,., 2006).

As questões relacionadas com a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes continuam a impulsionar a investigação sobre o APE. No entanto, as questões do ambiente físico que preocupavam Nightingale já não se colocam nos nossos dias. Atualmente, o interesse no APE está direcionado para as questões organizacionais das instituições de saúde, nomeadamente adequação de recursos humanos, dotações seguras, trabalho em equipa, liderança e reconhecimento de competências profissionais. Ao longo do tempo foram sendo alterados os fatores que influenciam o APE, no entanto este sempre foi fundamental para a atitude dos enfermeiros.

Segundo Dubois et al (2012, p.1), existem vários estudos que levantam preocupações sobre disfunções nas operações de cuidados de enfermagem resultantes de condições organizacionais deficientes. Esses relatórios apontaram o impacto sério e negativo de ambientes negativos na qualidade do atendimento ao cliente e, em última instância, na segurança do cliente. Ambientes de prática de enfermagem favoráveis foram associados a proporções mais altas de enfermeiros por cliente, de acordo com Aiken et al. (1994), citado por Aiken et al (2008).

“Para os profissionais de enfermagem, a satisfação no ambiente de trabalho é de extrema relevância, pois pode prejudicar a qualidade da assistência prestada aos usuários” (Ozanam et al, 2019, p.6157).

Um bom ambiente de trabalho, suscita no trabalhador satisfação. Lunenburg (2011) refere que a satisfação no trabalho é uma das áreas mais estudadas pelo facto de se associar à ideia de que trabalhadores satisfeitos contribuem para níveis mais elevados de produtividade e níveis mais reduzidos de absentismo e de rotatividade, verificando-se um elevado compromisso com as organizações. Esta satisfação no local de trabalho faz com que *“os profissionais tendam a falar bem da instituição em que trabalham, ajudem colegas, tendam a superar suas atribuições”* (Judge et al, 2011, citado por Ozanam et al, 2019), bem como é responsável pelo aumento *“na produtividade, no desempenho da saúde física e mental dos trabalhadores”* (Siqueira & Gomide, 2004 citado por Ozanam et al, 2019).

De outra perspectiva, um ambiente de trabalho que suscite insatisfação nos seus trabalhadores faz com que estes “*tendam a ficar mais doentes, podendo apresentar enxaquecas, doenças vasculares, enfarte e até desordens mentais*” (Paravic, 1998), podendo inclusivamente “*prejudicar a qualidade da assistência prestada aos usuários, provocar acidentes, absenteísmo, greves ou alcoolismo*” (Cura, 1999; Locke, 1976; Pérez-ramos, 1980; Zalewska 1999a, 1999b, citados por Ozanam et al, 2019).

Segundo Lucas & Nunes (2020), o ambiente de prática de enfermagem é o fator que mais influencia os resultados de enfermagem no que toca à qualidade dos cuidados e à segurança do cliente. Estes assinalam que a relação multidisciplinar enfermeiro-médico e enfermeiro-gerente e a comunicação interna nas organizações são aspetos importantes do ambiente da prática de enfermagem e que por isso devem ser desenvolvidos.

Enfermeiros mais qualificados podem criar ou exigir um ambiente mais profissional; ambientes mais profissionais podem atrair enfermeiros mais facilmente (aumentando a quantidade de pessoal) e podem reter o seu pessoal (aumentando a estabilidade) (Lake, & Friese., 2006).

No que diz respeito à atitude do enfermeiro face à melhoria da qualidade, um bom ambiente de trabalho torna-se imprescindível, pois é uma das ferramentas que vai providenciar a motivação ao enfermeiro para que este trabalhe em direção à melhoria dos cuidados. Para este efeito, compete ao enfermeiro gestor melhorar os resultados de cuidados, a qualidade e a relação custo-eficácia. (Baernholdt & Cottingham, 2011).

Chen, et al. (2019) admitem que os enfermeiros gestores são o garante da qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços, de forma a assegurar uma prática profissional baseada na evidência.

Como gestor de cuidados, o enfermeiro gestor “*promove atividades organizacionais com vista à gestão do ambiente de cuidados como a coordenação da equipa e estratégias para fazer a mudança*” (Stavrianopoulos, 2012). O ambiente da prática de enfermagem envolve múltiplas dimensões e mantê-las favoráveis é importante para o trabalho dos profissionais de enfermagem (Filho et al., 2018, p.221). Kitson et al (2013) refere que não se pode ter um ambiente para os clientes se não existir o mesmo ambiente para a equipa.

“*Os enfermeiros gerentes contribuem fortemente para APE’s favoráveis, necessitam de formação em gerenciamento e de desenvolver essas competências para prestarem apoio às suas equipes, liderando-as, aumentando a sua coesão e promovendo trabalho em equipe.*” (Lucas & Nunes, 2020)

Dubois et al. (2012), ao desenvolver o modelo de organização de cuidados de enfermagem, incluiu a dinâmica “ambiente de cuidado em enfermagem”, demonstrando que é essencial que a enfermagem tenha uma capacidade inovadora para garantir que a equipa se possa ajustar às necessidades do cliente e prestar cuidados seguros, eficazes, centrados no cliente, com atendimento oportuno e eficiente (Dubois et al., 2012).

O Institute of Medicine (2011) coloca a prática do líder clínico em enfermagem como estratégia inovadora para enfrentar o desafio do sistema de saúde. Dubois et al (2012) refere que é essencial que a enfermagem tenha capacidade inovadora para garantir que a equipa se possa ajustar às necessidades do cliente e prestar cuidados seguros, eficazes, centrados no cliente, com atendimento oportuno e eficiente. Refere ainda que ambientes de prática inovadores são definidos como aqueles em que os enfermeiros são capacitados e têm acesso às alavancas necessárias para desempenhar novos papéis, promover transições tranquilas, promover o envolvimento do cliente no cuidado de enfermagem e monitorizar o impacto de seu trabalho na qualidade, segurança e custo.

3. Gestão em Enfermagem

A gestão e a liderança por parte dos enfermeiros gestores apresenta-se como uma temática que tem vindo a ser cada vez mais estudada e procurada. *“Estratégias mundiais, em inúmeros cenários e especialmente em países de baixa e média renda, têm defendido a liderança como estratégia principal para garantir serviços de qualidade e eficazes, assim como reformulações em sistemas de saúde”* (Nanyonga et al., 2020).

O enfermeiro gestor deve ser capaz de gerir recursos humanos, atividades e processos administrativos. Estes são os desafios diários com que este se depara e que se traduz na qualidade dos cuidados ao cliente. Santos et al. (2013), na revisão integrativa que realizaram sobre as práticas dos enfermeiros em gestão de cuidados de enfermagem, revelam que gerir compreende o trabalhar com pessoas e envolve recursos como o planeamento, organização liderança e controlo. Estes profissionais devem trabalhar no sentido de adotar estratégias que promovam processos de renovação e desenvolvimento dos profissionais e da instituição. *“O planeamento, entendido como instrumento do processo de trabalho gerencial, pode ser definido como um modo de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança”* (Oliveira et al., 2017, p.15).

As competências acrescidas avançadas em gestão, revelam ainda que o campo de ação do enfermeiro gestor se compõe do domínio da gestão e domínio de assessoria e consultadoria, conforme a complexidade da função desempenhada (Regulamento n.º 76/2018).

Dito isto, Alferes et al (2022) referem que uma gestão moderna e inovadora exige ao enfermeiro a sua implicação e envolvimento como líder, conhecimentos consistentes sobre governação, gestão de recursos humanos, adaptação à cultura organizacional, capacidade de mensuração e recompensa, recorrendo a métodos de colaboração e sentimento de pertença institucional, que fomentem e estimulem a produção de ideias e empenho diário.” (Alferes et al, 2022).

Bitencourt et al. (2020) refere que o enfermeiro se configura como um dos principais provedores de liderança em equipas de saúde, estando inserido em inúmeros espaços e níveis de atenção em saúde, e constituindo-se como coordenador e gestor de equipas e serviços.

Cummings et al. (2010, p. 364)) define liderança como o processo de ter um efeito intencional por meio de ações individuais de um grupo ou indivíduos a fim de alcançar um objetivo comum.

Carrara et al. (2017) destaca como características de um líder qualificado os seguintes: visão, competência, habilidades comunicativas, tomada de decisão, planeamento, capacidade resolutive relativo a problemas, bom relacionamento e estabilidade emocional.

O enfermeiro líder deve utilizar as suas competências para motivar a sua equipa a atingir os objetivos por si pretendidos. *“A motivação emerge como um fator primordial para que o trabalho em enfermagem aconteça, sendo sugerida pela teoria administrativa comportamental a sua influência no comportamento humano em âmbito profissional”* (Novato & Nunes, 2019).

Existem então vários tipos de liderança enumerados e retratados por vários autores. A aplicação destes estilos adapta-se consoante as características e fatores do serviço ou hospital, tendo em conta a cultura organizacional, como a experiência dos elementos da equipa, a dimensão da mesma e as competências de cada um. Pode ainda depender de um conjunto de características relativas ao líder (Fraga, 2018). Lewin e um grupo de investigadores foram os pioneiros quando, na década de 30, definem três estilos de liderança – autocrático, laissez-faire e democrático (Gandolfi & Stone, 2017).

→ Autocrático ou autoritário – caracterizado pela centralização da autoridade e do poder de decisão inteiramente no líder. Assume uma atitude dominadora e espera submissão da sua equipa. O principal benefício da utilização deste estilo é que as decisões são tomadas rapidamente, no entanto, os elementos da equipa podem sentir-se desmotivados por não participarem no processo e pela falta de reconhecimento (Rodrigues, 2016). Recorre a uma comunicação agressiva aquando do diálogo com os colaboradores.

→ Laissez-faire ou liberal – neste estilo, o poder de decisão é delegado nos colaboradores e o líder participa apenas quando solicitado (Rodrigues, 2016), utilizando uma comunicação passiva com os mesmos. O líder permite aos subordinados a definição dos seus próprios objetivos, assim como resolver os seus próprios problemas (Kaleem et al., 2016)

→ Democrático ou participativo – é caracterizado pela autonomia que os elementos da equipa possuem e o livre-arbítrio nas suas ações. O líder encontra-se integrado na equipa, incluindo os elementos no processo de decisão. Assume um papel de orientação e apoio, apresentando sugestões para os problemas encontrados com o recurso de uma comunicação assertiva (Fraga, 2018).

Com o passar dos anos novas teorias e estilos de liderança emergiram de modo a dar resposta às mais variadas problemáticas do enfermeiro gestor. Os mais abordados, atualmente, são os estilos introduzidos por Bass, na década de 80 – transformacional e transacional; o estilo de

liderança aprofundado por Weber na década de 90 – carismática e, mais recentemente, em 2008, proposto por Avolio – a liderança autêntica.

→ Transformacional – caracterizado pela capacidade do líder em envolver os membros da equipa no processo de decisão e nos objetivos da organização, através do estabelecimento de uma relação de confiança (Couto, 2017).

→ Transacional – neste estilo, os colaboradores seguem as indicações do líder e executam as tarefas na perspetiva de receberem algo em retorno (Ribeiro et al., 2016).

→ Carismática – este estilo de liderança, recorre ao estabelecimento de uma relação forte entre persuasão e apelo emocional (Cavalcanti, 2017). Estes líderes gerem entusiasmo e empatia que, articulado com uma visão apelativa, procuram convencer que as suas estratégias são viáveis e eficazes (Cavalcanti, 2017).

→ Autêntico – é caracterizado pelo estabelecimento de relações genuínas, recíprocas, entre colaboradores-líder, promovendo um clima laboral positivo e transparente (Pires, 2017)

O líder torna-se então a pessoa capaz de canalizar a atenção dos envolvidos e dirigi-la para ideais comuns. Para isso é necessário empenhar-se no objetivo de aproximar e ajustar interesses grupais e individuais em consonância com os objetivos da organização.

De acordo com Trewatha & Newport (1979), “a comunicação é um meio de obter a ação dos outros e é definida como o processo de transmitir e entender informação. É um modo de desenvolver entendimento entre pessoas através de um intercâmbio de fatos, opiniões, ideias, atitudes e emoções”. Heil et al. (1995) insistem quanto à necessidade de se “pensar na comunicação como um processo de duas mãos”. Goldsmith (1996) acrescenta que “o líder do futuro perguntará, aprenderá, acompanhará e crescerá de forma consistente e efetiva”.

Dito isto, a comunicação torna-se então uma ferramenta na mudança dos comportamentos dos trabalhadores, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional. Conclui-se que a comunicação se apresenta como um pilar da liderança, uma vez que esta é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas para mudança via processo comunicativo.

Dunagan (2017) refere que uma melhor compreensão das atitudes de enfermagem em relação aos enfermeiros, a perceção de sua importância na qualidade e segurança e o seu poder de promulgar princípios de segurança e qualidade permitirá que os enfermeiros líderes explorem ainda mais os conceitos amplos dos esforços de melhoria da qualidade.

Os líderes da linha de frente ajudam a moldar uma cultura de segurança alinhando as decisões com a visão e a missão, o capital financeiro e humano e as competências do pessoal (Sammer et al., 2010); é o engajamento de cada enfermeiro e membro da equipa que melhora os resultados de segurança.

A prática de estilos ou comportamentos eficazes de liderança na gestão de enfermagem em instituições que prestam serviços de saúde pode influenciar aumentos no QNC (Quality Nursing Care) e resultados ideais para os clientes (Akbiyik et al., 2020, p. 16), promovendo o engajamento e a atitude das suas equipas de enfermagem face à melhoria da qualidade.

Uma gestão moderna e inovadora exige ao enfermeiro a sua implicação e envolvimento como líder, conhecimentos consistentes sobre governação, gestão de recursos humanos, adaptação à cultura organizacional, capacidade de mensuração e recompensa, recorrendo a métodos de colaboração e sentimento de pertença institucional, que fomentem e estimulem a produção de ideias e empenho diário (Alferes et al, 2022). Santos et al (2013), referem que gerir compreende o trabalhar com pessoas e envolve recursos como o planeamento, organização liderança e controlo. “O planeamento, entendido como instrumento do processo de trabalho gerencial, pode ser definido como um modo de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança” (Oliveira et al., 2017, p.15).

4. Adaptação e Validação de Escalas Psicométricas

A adaptação e validação de uma escala é um processo complexo, mas necessário ao crescimento do conhecimento em saúde e consequente evolução. “Com o aumento no número de projetos de pesquisa multinacionais e multiculturais, a necessidade de adaptar as medidas do estado de saúde para uso em outro idioma que não o idioma de origem também cresceu rapidamente” (Beaton, et al, 2007, p. 3).

Quando se aplica um questionário formulado e aplicado noutro país ou noutra língua, é necessário, quando se traduz o mesmo, estar atento às diferenças culturais existentes. “Agora é reconhecido que, se as medidas devem ser usadas em diferentes culturas, os itens devem não apenas ser bem traduzidos linguisticamente, mas também adaptados culturalmente a fim de manter a validade do conteúdo do instrumento em diferentes culturas” (Beaton, et al 2007, p. 3). Deve ser, assim, realizada uma adaptação transcultural e torna-se “necessário conhecer tais instrumentos detalhadamente – itens, domínios, formas de avaliação e, especialmente, propriedades de medida –, antes de utilizá-los. A qualidade da informação fornecida pelos instrumentos depende, em parte, de suas propriedades psicométricas” (Roach, 2006).

A adaptação transcultural obtém-se, segundo Guillemin (1993), através de 5 domínios aos quais se deve prestar atenção, comparando o alvo (onde será usado), a linguagem e a cultura da fonte (onde foi desenvolvida), apresentado no **Quadro 1**. Esta processo “analisa questões de linguagem (tradução) e de adaptação cultural no processo de preparação de um questionário para uso em outra configuração” (Vilelas & Basto, 2011; Wild, et al, 2005).

Desta forma, podemos ter mais certezas de que estamos a descrever o impacto de uma doença ou de seu tratamento de maneira semelhante em estudos multinacionais ou avaliações de resultados.

Quadro 1 – Critérios de utilização numa nova população

Utilização de um questionário numa nova população		Resulta em mudança de...			Adaptação Obrigatória	
		Cultura	Língua	País	Tradução	Adaptação Cultural
A	Utilização na mesma população. Nenhuma mudança na cultura, língua ou país de origem.	—	—	—	—	—
B	Utilização em imigrantes estabelecidos no país de origem.	✓	—	—	—	✓
C	Utilização em outro país, mesma língua.	✓	—	✓	—	✓
D	Utilização em novos imigrantes, sem domínio da língua, mas no mesmo país de origem.	✓	✓	—	✓	✓
E	Utilização em outro país e em outra língua.	✓	✓	✓	✓	✓

Fonte: Beaton, D., Bomardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE. (24) 3187

Beaton, et al (2007) definem 5 etapas para realizar a adaptação transcultural recomendada para aprovação de uma versão traduzida sendo elas a tradução, síntese, retrotradução, comitê de especialistas e o teste da versão pré-final.

Etapa I – Tradução

Nesta primeira etapa, deverão ser, segundo os autores, realizadas duas traduções. Desta forma, as traduções podem ser comparadas e discrepâncias que podem refletir redação ambígua no idioma original, ou discrepâncias em como uma palavra é traduzida podem ser identificadas. As duas traduções independentes são produzidas por tradutores bilíngues que têm como língua materna o idioma de destino (neste caso, o português). Os dois tradutores devem ter perfis ou experiências diferentes para garantir a melhor tradução possível (Beaton, et al (2007).

Escolher tradutores bem qualificados é a chave para traduções de alta qualidade (Hendricson, et al, 1989).

Etapa II – Síntese

Após ambas as traduções, nesta etapa é um novo tradutor imparcial, que vai realizar uma síntese de ambas as traduções da etapa anterior. Após a síntese, quaisquer “*ambiguidades e discrepâncias devem ser discutidas e resolvidas usando uma abordagem de comitê. O consenso deve ser alcançado com a participação do terceiro tradutor, dos dois tradutores da Etapa 1 e do investigador e / ou outros membros da equipe de pesquisa*” (Sousa & Rojjanasrirat, 2011, p. 270).

Etapa III – Retrotradução

O documento, após a síntese, é traduzido de volta para o idioma original “*por dois outros tradutores independentes com as mesmas qualificações e características descritas acima na Etapa I*” (Sousa & Rojjanasrirat, 2011, p. 270). Para esta etapa, a língua materna dos tradutores deve ser o idioma de origem do instrumento original, neste caso, o inglês.

Os dois tradutores não devem ter conhecimento e nem ser informados dos conceitos explorados, e de preferência sem formação médica. As principais razões para isso são evitar o viés de informação e extrair significados inesperados dos itens no questionário traduzido (Guillemin, 1993; Leplege, 1994), aumentando assim a probabilidade de "destacar as imperfeições" (Leplege, 1994).

Etapa IV – Revisão por Especialistas

É composta uma equipa de vários especialistas que trabalha para obter uma equivalência intercultural no documento final, comparando a tradução final, a retrotradução e o documento original, para chegar à versão pré-final do documento (Beaton et al, 2007).

Esta equivalência intercultural atinge-se através de 4 tipos: equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência experiencial e equivalência conceitual, que se encontram no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Equivalência Intercultural

Equivalência Intercultural	
Equivalência Semântica	As palavras significam a mesma coisa? São seus múltiplos significados para um determinado item? Existem dificuldades gramaticais na tradução? ;
Equivalência Idiomática	Coloquialismos ou expressões idiomáticas são difíceis de traduzir. Se necessário, uma comissão de tradução deve formular uma expressão equivalente na versão a traduzir;
Equivalência Experiencial	Itens que buscam capturar e vivenciar a vida diária geralmente variam em diferentes países e culturas;
Equivalência Conceitual	Muitas vezes, as palavras têm significados conceituais diferentes entre as culturas.

Fonte: Este quadro foi formulado a partir de Beaton, D., Bomardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE. (24) 3187.

Além do consenso geral sobre estes itens, os tradutores também devem certificar-se de que o questionário final seja compreendido pelo equivalente a uma criança de 12 anos (aproximadamente um nível de leitura do 7º ano), como é a recomendação geral para questionários. (Beaton et al 2000, p. 3189).

Etapa V – Teste da Versão Pré-Final

Este teste de campo do novo questionário busca usar a versão pré-final em sujeitos ou clientes do cenário-alvo. Idealmente, entre 30 e 40 pessoas devem ser testadas. Após preencher o questionário, cada pessoa é entrevistada e avalia as instruções, itens e clareza do formato de resposta para garantir que a versão adaptada ainda retenha sua equivalência em uma situação aplicada (Beaton et al, 2007).

Análise Psicométrica da Escala

As propriedades psicométricas devem ser avaliadas para se verificar a precisão de medida após a adaptação, ou seja, verificar se é confiável e válido (Vilelas, 2017). Existem duas ferramentas denominadas de características métricas necessárias para a avaliação da precisão de uma escala, a confiabilidade e a validade.

Souza et al. (2017) referem que determinar o quão rigorosamente os aspectos de confiabilidade e validade foram abordados num estudo é essencial para a garantia da qualidade dos instrumentos utilizados e na implementação prática dos resultados dos estudos. Refere ainda que os estudos de qualidade fornecem evidências de como todos esses fatores foram abordados, o que ajuda o investigador a decidir se deve ou não aplicar os resultados na sua área de pesquisa ou prática clínica.

A confiabilidade – ou fidedignidade – é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade (Souza et al., 2017). Assenta sobre três critérios da confiabilidade de maior interesse para os pesquisadores: a estabilidade, a consistência interna e a equivalência de uma medida.

Estabilidade

A estabilidade de uma medida é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, ou seja, é a estimativa da consistência das repetições das medidas (Polit & Beck 2011). A avaliação da estabilidade pode ser realizada pelo método de teste-reteste. Tal procedimento consiste na aplicação de uma mesma medida em dois momentos. A confiabilidade deste teste diminui com o passar do tempo, por isso, o intervalo de tempo considerado adequado para a sua aplicação encontra-se entre 10 a 14 dias, o número razoável de participantes é no mínimo 50 pessoas e na interpretação de resultados 0,70 é o valor mínimo aceitável. (Souza et al., 2017).

Consistência Interna

A consistência interna – ou homogeneidade – indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica (Streiner, 2003). Esta consistência interna aplica-se ao instrumento alvo deste trabalho, pois *“trata-se de uma importante propriedade de medida para instrumentos que avaliam um único construto, utilizando, para isso, uma diversidade de itens”* (Terwee et al., 2007).

A medida mais utilizada para avaliar a consistência interna é o coeficiente alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Dessa forma, quanto

menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (Pasquali ., 2013). Embora estudos determinem que valores superiores a 0,7 sejam os ideais, 1,20 algumas pesquisas consideram valores abaixo de 0,70 – mas próximos a 0,60 – como satisfatórios (Souza et al, 2017).

Equivalência

A equivalência refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos escores de um instrumento. A forma mais comum de avaliar a equivalência é a confiabilidade interobservadores, que envolve a participação independente de dois ou mais avaliadores (Heale & Twycross, 2015). Quando existe elevada concordância entre os avaliadores, infere-se que os erros de medição foram minimizados. (Polit & Beck, 2011) O coeficiente Kappa é uma medida utilizada para avaliação inter-observadores, aplicado a variáveis categóricas, na qual quanto mais perto de 1 foram os resultados, maior a concordância, e quanto mais perto de 0, maior a discordância entre observadores.

De seguida, apresenta-se um quadro com estas medidas de confiabilidade resumidas.

Quadro 3 – Medidas de confiabilidade de instrumentos

Tipos de confiabilidade	Definição	Exemplo	Testes estatísticos
Estabilidade	Consistência das repetições das medidas, ou seja, o quão estável é a medida ao longo do tempo. ^{15,17}	Se um indivíduo conclui uma pesquisa e a repete em alguns dias, é esperado que os resultados sejam similares.	Teste-reteste (coeficiente de correlação intraclass [ICC])
Consistência interna	Avalia se os domínios de um instrumento medem a mesma característica, ou seja, a correlação média entre todos os itens do construto. ²¹	Em um instrumento que avalia satisfação no trabalho, todos os itens de um determinado domínio devem, de fato, medir tal construto e não um construto diferente.	Alfa de Cronbach (variáveis contínuas) Kuder-Richardson (variáveis dicotômicas)
Equivalência	É o grau de concordância entre dois ou mais avaliadores quanto aos escores de um instrumento. ¹⁷	Dois avaliadores treinados preenchendo o mesmo instrumento devem obter a mesma pontuação.	Confiabilidade interobservador (Kappa)

Fonte: Souza A, Alexandre N & Guirardello E (2017), “*Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade*”, Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(3), p. [649-659].

Validade

A validade refere-se ao fato de um instrumento medir exatamente o que se propõe a medir. Existem 3 tipos principais de validade que irão ser abordados neste estudo, sendo eles a validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Souza et al, 2017).

Validade de conteúdo

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está a ser medido, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo (Polit & Beck, 2011).

Não existe um teste específico para a sua avaliação. Desta forma, utiliza-se, por norma, uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comitê de especialistas (Kimberlin. & Winterstein,, 2008) e, posteriormente, uma abordagem quantitativa com utilização do índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a proporção ou percentagem de juízes em concordância sobre determinados aspetos de um instrumento e dos seus itens (Alexandre & Coluci, 2011).

Validade de Critério

Consiste na relação entre pontuações de um determinado instrumento e algum critério externo e pode ser constatada por um coeficiente de correlação (Polit & Beck, 2011). Valores próximos a 1,00 indicam haver correlação, enquanto valores próximos de 0,00 indicam que não existe correlação.

Validade de Construto

Apresenta-se como a extensão na qual um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido. Geram-se previsões com base na construção de hipóteses, e essas previsões são testadas para dar apoio à validade do instrumento, ou seja, por uma análise fatorial, através de análises estatísticas para as ciências sociais (Vilelas, 2017; Marôco, 2014).

PARTE II- TRABALHO EMPÍRICO

1. Metodologia

Os profissionais de saúde precisam de evidência para fundamentar uma ampla gama de atividades e intervenções, dando deste modo maior ênfase à prática baseada na evidência. Ao tomar decisões clínicas, os profissionais de saúde preocupam-se em saber se a sua abordagem é viável, apropriada, significativa e eficaz, demonstrando habilidades de melhoria contínua da qualidade, em procurar informação sobre resultados de cuidados às populações (Cronenwett, et al., 2007). É fundamental para o processo de tomada de decisão baseada na evidência a capacidade dos enfermeiros de acederem à evidência disponibilizada. (Joanna Briggs Institute, consultado a 03/08/2021). Uma das atitudes face à melhoria da qualidade é “*reconhecer a melhoria continua da qualidade como uma parte essencial do trabalho diário de todos os profissionais de saúde*” (Cronenwett et al., 2007), sendo o objetivo dos mesmos, melhorar a qualidade de saúde e alcançar a igualdade da saúde para todas as pessoas.

- **A nossa pergunta de investigação é:** Será que a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*” (QINAS) apresenta boas características psicométricas para a população portuguesa?

Objetivo Geral

- Adaptar culturalmente e linguisticamente a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*”, dando origem à versão portuguesa.

Como objetivos específicos descrevemos os seguintes:

- Traduzir para português a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*”.
- Adaptar culturalmente e linguisticamente a “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*”.
- Determinar as propriedades psicométricas da “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*” na população portuguesa.;
- Avaliar a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade num centro hospitalar da região de Lisboa.

1.1 Tipo de Estudo

Na sequência do objetivo geral e tratando-se da validação de uma escala, trata-se de um estudo metodológico e inclui a tradução e a validação cultural e semântica do instrumento e um estudo quantitativo observacional e descritivo- transversal.

Trata-se de um estudo quantitativo, pois irá traduzir em números as opiniões e informações para serem identificadas e analisadas. Estas irão formar a base para tirar conclusões gerais da pesquisa e irá utilizar técnicas estatísticas.

Os dados serão obtidos diretamente da realidade, sendo o investigador o primeiro a colher os dados e informações, denominando-se desta forma como um estudo primário. Tendo também em conta que o objetivo é o investigador não participar ativamente, descrevendo apenas os acontecimentos sem a intervenção direta nestes, apresenta-se o presente estudo como um estudo observacional. O mesmo não irá manipular a população, apenas observar. Desta maneira será prospetivo, pois irá decorrer do presente para o futuro e identificará uma causa efeito.

Por fim, será descritivo pois o investigador não faz associações, utiliza um grupo pequeno de indivíduos que é utilizado para descrever assuntos ainda pouco conhecidos e será transversal pois a causa e efeito são mensuráveis num único momento no tempo, efetuando uma única observação no tempo para cada indivíduo.

1.2 População

O termo “população” consiste num conjunto de indivíduos que compartilham de, pelo menos, uma característica comum. No entanto, o investigador trabalha com tempo, energia e recursos económicos limitados. Portanto, são raras as vezes em que se pode trabalhar com todos os elementos da população. Geralmente, o investigador estuda um pequeno grupo de indivíduos retirados da população. Este grupo denomina-se amostra. A amostra deste estudo é não-probabilística e intencional. Intencional, uma vez que foram escolhidos indivíduos que possuem características idênticas

De acordo com Pestana & Gageiro (2014), o mínimo de respostas válidas (N) deverá ser calculado pela seguinte fórmula $N = 5 \times K$, sendo k o número de questões do instrumento. Assim, o instrumento tem 35 questões (K) e a amostra mínima será de 175 enfermeiros (N).

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram:

- Enfermeiros que exerçam funções no centro hospitalar da região de Lisboa selecionado, aquando da disponibilização do questionário.

1.3 Instrumento de recolha de dados

A “*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*” (QINAS) – Escala da Atitude dos Enfermeiros face à Melhoria da Qualidade, tem como objetivo medir as atitudes dos enfermeiros em relação ao seu papel na melhoria da qualidade.

Segundo a autora (Dunagan., 2017) a escala pode ser usada para líderes de enfermagem clínicos que estão interessados em esclarecer dúvidas relacionadas às atitudes dos enfermeiros sobre processos voltados à melhoria da qualidade e segurança. Uma melhor compreensão das atitudes dos enfermeiros em relação à percepção destes e a sua importância na qualidade e segurança e a sua capacidade de promulgar princípios de segurança e qualidade permitirá que os enfermeiros líderes explorem ainda mais os conceitos amplos dos esforços de melhoria da qualidade.

A QINAS também pode ser usada para explorar outras características organizacionais, como ambiente de melhoria da qualidade, capital social e envolvimento no trabalho.

Com relação à pontuação, o QINAS original é uma escala de classificação likert de vinte e três itens. Cada item é classificado de discordo totalmente para concordar totalmente com pontuação reversa de um item. O intervalo de pontuação possível é 23-115. Conceitualmente, pontuações mais altas indicam atitudes de enfermagem mais positivas em relação ao valor das competências de qualidade e do papel do enfermeiro na melhoria da qualidade. Porém, após a aplicação da escala e dos resultados do estudo psicométrico preliminar da QINAS, esta revelou uma nova visão sobre o domínio afetivo para as competências QSEN e a necessidade de gerar itens adicionais para o QINAS voltado para a percepção dos enfermeiros sobre a sua importância na qualidade e segurança e o seu poder de promulgar princípios de qualidade e segurança. Doze itens adicionais foram gerados dentro de três dimensões: a percepção do enfermeiro sobre como a sua voz é ouvida, a percepção do enfermeiro sobre como a segurança e a melhoria da qualidade são abordadas na sua organização (cultura organizacional), e o seu envolvimento numa estrutura organizacional em relação à melhoria da qualidade (meu envolvimento). Os doze itens adicionais foram adicionados ao QINAS original para criar o QINAS revisado (QINAS-R). O QINAS-R é uma escala de classificação likert de trinta e cinco itens. Os vinte e três itens do QINAS original foram mantidos. Cada item foi classificado de discordo totalmente até concordo totalmente com dois itens pontuados reversamente (item vinte e três e trinta e dois) representando o intervalo possível de pontuações para o QINAS-R entre 35-175. Escala encontra-se apresentada na totalidade no ANEXO 1.

1.4 Equivalência Linguística e conceitual da escala

O processo de adaptação para o contexto cultural português da escala “The Quality Improvement Nursing Attitude Scale” dando origem à escala “A Atitude dos Enfermeiros Face à Melhoria da Qualidade”, teve na sua origem o pedido à autora da escala original para a realização deste projeto. Após o seu aval iniciou-se o processo de adaptação, cumprindo as etapas anteriormente descritas.

Na etapa I começou-se pela tradução do inglês para o português tendo em conta a verificação da equivalência semântica. Para este passo foram realizadas de forma independente duas traduções tendo a 1ª tradução (T1) um autor bilingue, no qual a sua língua materna é o português, mas apresenta fluidez na língua inglesa, e que é licenciado em enfermagem, tendo desta forma conhecimento dos objetivos de estudo. Na 2ª tradução (T2), o autor da mesma é também bilingue, sendo o português a sua língua materna e tendo um doutoramento em Inglês. Este, no entanto, não apresenta conhecimentos a nível científico sobre esta área da saúde nem sobre o estudo. Ambas as traduções respeitaram o significado conceitual da versão original e assim deu-se por terminado a primeira etapa.

Seguidamente originou-se a comparação das duas traduções (T1 e T2), dando origem à etapa II, a síntese. Esta foi feita com os tradutores da Etapa I juntamente com a investigadora do estudo. Foram discutidas discrepâncias de certas palavras, ambiguidades de algumas frases e significados e posteriormente deu-se origem à 3ª tradução (T3).

A etapa III, referente à retroversão, consistiu na tradução da T3 novamente para a língua inglesa. Esta etapa foi realizada por dois tradutores que apresentam como língua materna o inglês, mas com elevada fluência na língua portuguesa. Um dos tradutores é licenciado em Enfermagem, desta forma tem conhecimento sobre a terminologia de saúde e a área de conteúdo do construto do instrumento, porém o outro tradutor não tinha conhecimentos na área. Tivemos o cuidado de questionar o tradutor que exercia a prática de enfermagem se tinha conhecimento da existência da escala original, a qual o mesmo referiu não conhecer. Assim sendo, nenhum teve acesso e conhecimento da versão original da escala. Deste processo resultou duas versões retrotraduzidas do instrumento na sua língua de origem (R-T1 e R-T2), não sendo necessário efetuar-se repetições.

Após a obtenção de todas as traduções necessárias procedeu-se à revisão das mesmas por especialistas dando procedência à etapa IV, da equivalência linguística e conceitual de uma escala. Para este processo foram analisadas, item a item, as duas retroversões (R-T1 e R-T2) e a versão portuguesa (T3), até se conseguir alcançar o consenso e a equivalência semântica, idiomática,

conceitual e experiencial. Desta convenção com peritos bilingues e com conhecimentos científicos na área, foram realizadas alterações dando origem à tradução portuguesa fina

Quadro 4 – Adaptação de conceitos

Inglês (original)	Tradução	Adaptação
Good patient care	Bom atendimento ao cliente	Bons cuidados ao cliente
Bedside nurse	Enfermeiro de cabeceira	Enfermeiro
Patient care	Assistência ao cliente	Cuidados ao cliente
Electronic medical record	Prontuário eletrónico	Registos clínicos eletrónicos
System-wide Problem	Problema de todo o sistema	Problema a nível organizacional/institucional.
Managers	Gerentes	Superiores
In important ways	De maneiras importantes	De forma relevante

Foi necessário, ao longo e no final da tradução, adaptar conceitos. Por exemplo, ao longo do documento encontra-se a expressão “patient care” que, após consenso da equipa, ficou definido como “cuidados ao cliente”. A expressão “bedside nurse” foi generalizada para o termo “enfermeiro”. Onde surge “electronic medical record” deverá ler-se “registos clínicos eletrónicos”. Onde se lê “system-wide problema” passa-se a ler “problema a nível organizacional”. O termo “managers”, apesar de a tradução literal ser “gerentes”, passou a ser lido como “superiores” após consenso da equipa. O conceito “in important ways” passou a “de forma relevante”.

Após todas as alterações pertinentes efetuadas na escala, obteve-se a versão final.

Efetuiu-se assim um pré-teste a 30 pessoas da população a que a escala se destina, com o objetivo de realizar a fase final do processo de adaptação cultural. O mesmo foi aplicado a partir da plataforma Google Forms, e teve como tempo de preenchimento cerca de 10 a 15 minutos.

Este questionário teve como acréscimo uma questão no final, com o objetivo de recolher a opinião dos inquiridos sobre o preenchimento da escala, de maneira a convidá-los a partilhar e demonstrar críticas construtivas sobre o mesmo.

Três inquiridos referiram que a escala era demasiado extensa, porém e de acordo com o objetivo da autora o tempo estimado de preenchimento da escala manteve-se após a tradução. Outros três inquiridos ressaltaram o facto de haver questões que se debruçam sobre a mesma temática, dando a entender que são idênticas. Como não foram explicitadas quais as questões em

concreto e tendo em conta que a escala pretende avaliar de várias formas a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade, compreendemos que o mesmo assunto possa ser referido várias vezes ao longo da escala e que isso leve os inqueridos a terem a percepção que as questões são semelhantes em determinados pontos.

Assim sendo, dos 30 inqueridos 24 não demonstraram qualquer inconveniente com o preenchimento da escala correspondendo desta forma a 88%. Relativamente à compreensão da escala 100% dos inqueridos não referiram qualquer dificuldade.

Um dos inquiridos referiu que “Creio que a escala está bem estruturada e aborda as várias vertentes que devem ser analisadas aquando da avaliação da atitude dos profissionais em relação à melhoria dos cuidados prestados.” Houve ainda um outro inquerido que referiu que “O questionário realizado para a aplicação da escala encontra-se bem conseguido, com uma extensão que será adequada, com questões explícitas e de fácil interpretação o que permite que seja realizado sem dispêndio excessivo de tempo. As questões colocadas promovem uma reflexão sobre aspetos inerentes à melhoria da qualidade dos cuidados e os fatores que a poderão influenciar. As questões promovem a percepção diferenciada perante a visão/atitude pessoais do enfermeiro enquanto indivíduo profissional e sobre a política de cuidados que existe na instituição ou serviço onde trabalha, inclusivamente se a visão institucional é promotora da melhoria”.

Quadro 5 – Comparação entre a versão original da escala QINAS-R e a versão final QINAS-R-PT.

Itens originais	Tradução
1. I value my own contributions to positive quality outcomes of care in local care settings.	1-Valorizo os meus contributos para um resultado positivo da qualidade de cuidados em locais de saúde.
2. I enjoy being a part of change on my unit to improve quality of care.	2-Gosto de fazer parte da mudança na minha unidade \ no meu serviço para melhorar a qualidade dos cuidados.
3. I believe I have value in the institutional efforts to improve care.	3-Acredito ter valor no esforço institucional para melhorar os cuidados de saúde.
4. I believe that consistent deviation from standards of care negatively affects the quality of care.	4-Acredito que o desvio constante dos padrões de cuidados afetam negativamente a qualidade dos cuidados de saúde.
5. I believe good patient care is dependent on the use of tools which measure quality improvement.	5-Acredito que a prestação de bons cuidados ao cliente estão dependentes da utilização de instrumentos que meçam a melhoria da qualidade.
6 I believe that continuous quality improvement is an essential part of the daily work of the bedside nurse.	6-Acredito que a contínua melhoria da qualidade é uma parte essencial do trabalho diário do enfermeiro.

7. I value active partnership with patients in planning, implementation, and evaluation of care.	7-Valorizo a parceria ativa com os clientes no planeamento, implementação e evolução dos cuidados.
8. I respect and encourage individual expression of patient values, preferences, and expressed needs in the care of my patients.	8-Respeito e encorajo a expressão individual do cliente sobre valores, preferências e necessidades na prestação de cuidados aos meus clientes.
9. I value how research contributes to my practice by providing evidence for best practice.	9-Valorizo o contributo da investigação na minha prática ao providenciar-me evidência para a sua melhoria.
10. I believe I should participate in structuring the work environment to facilitate integration of new evidence into standards of practice.	10-Acredito que deveria participar na estruturação do ambiente de trabalho a fim de facilitar a integração de novas evidências nos padrões da prática.
11. I value technologies that support clinical decision-making, error prevention, and care coordination.	11-Valorizo as tecnologias que apoiam/suportam as tomadas de decisão, prevenção de erros e coordenação de cuidados.
12. I believe I should be involved in the design, selection, and use of information technologies to support patient care.	12-Acredito que deveria estar envolvido na elaboração, seleção e uso de tecnologias de informação para apoio ao cuidado do cliente.
13. I believe I have a role in analysing unsafe practices, errors, and designing system improvements.	13-Acredito que tenho um papel na análise de práticas inseguras, erros e melhoria dos sistemas organizacionais.
14. I believe quality outcomes are dependent on the following: my personal acceptance of patient contributions to care, accurate use of electronic medical records, nursing research, and ongoing collaboration with team members.	14-Acredito que os resultados de qualidade estão dependentes: da minha aceitação pessoal da colaboração do cliente, do uso adequado de registos clínicos eletrónicos, da investigação em enfermagem, e da colaboração com os membros de equipa.
15. I believe I should be able to effectively communicate with all members of the healthcare team in order to provide quality care.	15-Acredito que deveria ser capaz de comunicar adequadamente com todos os elementos da equipa multidisciplinar para prestar cuidados de qualidade.
16. I respect other health care team member's perspectives and expertise in making decisions about patient care.	16-Respeito as perspetivas e experiências dos outros membros da equipa nas tomadas de decisão relativas aos cuidados do cliente.
17. When I plan care for my patient, I believe best practice, patient preferences, and interdisciplinary contributions are essential to safe quality care.	17-Quando planifico os cuidados para o meu cliente, acredito que uma boa prática, as preferências do cliente e as contribuições interdisciplinares são fundamentais para um cuidado seguro e de qualidade.
18. When evaluating safety risks for my patient, I consider ALL of the following: the input from the patient, family members, other healthcare professionals, documented information in the electronic medical record, and current evidence.	18-Quando estou a avaliar os riscos de segurança para o meu cliente, considero toda a informação seguinte: a opinião do cliente, dos familiares, de outros profissionais de saúde, a informação

	documentada no registo clínico eletrónico e a evidência científica atual.
19. I believe technology and use of the electronic medical record provides me the opportunity to collaborate with other nurses and healthcare professionals in order to achieve safe quality outcomes for my patients.	19-Acredito que a tecnologia e a utilização de registos médicos clínicos eletrónicos me permitem a oportunidade de colaborar com outros enfermeiros e profissionais de saúde, de forma a alcançar resultados seguros e de qualidade para meus clientes.
20. When I see a risk for compromised safety of my patient, I immediately consider if this is a system-wide problem.	20-Quando vejo um risco para a segurança do meu cliente, considero imediatamente se este é um problema a nível organizacional/institucional.
21. I believe nurses should not deviate from best practice in order to save time or work effort.	21-Acredito que os enfermeiros não deveriam desviar-se das boas práticas a fim de poupar tempo ou esforços de trabalho.
22. I often seek to examine patient preferences and current research to guide me in my efforts to reduce patient harm or enhance quality outcomes.	22-Frequentemente procuro identificar as preferências dos clientes e a evidência científica atual para me guiarem nos meus esforços, a fim de reduzir danos no cliente e melhorar a qualidade nos cuidados.
23. When I see other nurses deviating from the standard of care, I feel powerless to influence their practice.	23-Quando vejo outros enfermeiros desviarem-se dos padrões de qualidade, sinto-me impotente para influenciar a sua prática.
24. I believe that my managers value information about the work habits that affect the quality of care in my unit.	24-Acredito que os meus superiores valorizam informação sobre os hábitos de trabalho que afetam a qualidade dos cuidados na minha unidade.
25. I believe that issues and problems involving patient safety and quality care are adequately addressed by my unit manager or other leader in a timely manner.	25-Acredito que as questões e problemas que envolvem a segurança e a qualidade dos cuidados do cliente são adequadamente tratados em tempo útil pelo meu superior de unidade\ serviço ou por outro líder, em tempo útil.
26. I feel that I am involved in a process of quality improvement in important ways.	26-Sinto que estou envolvido no processo de melhoria da qualidade de forma relevante.
27. I feel that issues with patient safety are seen as a ‘system problem’ by my managers.	27-Sinto que questões acerca da segurança do cliente são encaradas pelos meus superiores como um problema do sistema organizacional.
28. When patient safety is compromised, I feel that it is reliably reported.	28-Quando a segurança do cliente é comprometida, sinto que esta é relatada de forma fidedigna.
29. I feel that we have a ‘culture of safety’ in my unit.	29-Sinto que temos uma “cultura de segurança” na minha unidade/serviço.
30. I feel that my voice is heard when I express my views about the quality of care in my unit	30-Sinto que sou ouvido quando expresso os meus pontos de vista sobre a qualidade de cuidados na minha unidade \ serviço.
31. When I see a risk for compromised safety, I report it by documentation.	31-Quando vejo um risco para a segurança, reporto logo através de documentação escrita.

32. When I see a risk for compromised safety, I keep it to myself.	32-Quando vejo um risco para a segurança, guardo-o para mim.
33. When I see a risk for compromised safety, I tell a supervisor.	33-Quando vejo um risco para a segurança, relato a um supervisor.
34. When I see a risk for compromised safety, I express concern to another employee.	34-Quando observo risco para a segurança, expresso as minhas preocupações a outro colega.
35. When I see a risk for compromised safety, I hope it will get better.	35-Quando vejo um risco para a segurança, espero que melhore.

1.5 Procedimentos e Considerações Ético-Legais

A dimensão ética de um projeto de investigação deverá abranger todas as etapas do estudo, no que respeita à qualidade ética dos procedimentos e o respeito pelos princípios e valores. Independentemente dos caminhos epistemológicos e metodológicos, deve reger-se pela proteção das pessoas, sobre o interesse da sociedade e da ciência, sobretudo quando os sujeitos em estudo são considerados vulneráveis. (Nunes, 2020)

O primeiro passo nesta etapa foi entrar em contacto com a autora da escala de modo a solicitar permissão para traduzir e validar a sua escala (ANEXO II).

Em 2014, com a publicação da Lei da Investigação Clínica, a realização de todo o estudo clínico *"é obrigatoriamente precedida de parecer favorável de comissão de ética competente, a emitir no prazo de 30 dias, sem o qual o estudo não pode ser realizado"*. Foi então efetuado um pedido formal de autorização ao conselho de administração e à comissão de ética do centro hospitalar, que cedeu os documentos para obter este parecer. (ANEXO III)

Foram asseguradas todas as questões éticas em relação aos profissionais que responderam ao questionário de modo a respeitar os seus direitos tais como: direito ao anonimato e confidencialidade, sendo que os dados apenas foram tratados pelo investigador; direito à proteção contra o confronto e juízo, sendo que o inquérito foi preenchido numa plataforma online, sem qualquer dado identificativo do participante; direito a tratamento justo e equitativo, sendo que todos os enfermeiros foram informados acerca da natureza, fim e duração da sua participação; direito à autodeterminação, sendo que os enfermeiros foram devidamente informados de que, a qualquer momento, podem abandonar a investigação; e o direito à intimidade, sendo que os enfermeiros foram informados de que as informações obtidas, apenas serão utilizadas neste estudo (Vilelas, 2017; Associação Médica Mundial, 2013).

Na investigação, e aquando da realização de questionários, existem princípios que devem ser respeitados, sendo eles: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia foi respeitado, uma vez que os participantes puderam exercer a sua liberdade de escolha, sem qualquer coerção; o princípio da beneficência foi também cumprido, uma vez que este estudo tem como objetivo a melhoria da qualidade; o princípio da não maleficência será também atingido, uma vez que o anonimato nas questões evitará qualquer lesão a outros; e o princípio da justiça, que será atingido através do parágrafo supracitado. (Gray et al, 2017)

O princípio da autonomia estabelece que o indivíduo deva ter condições de exercer a sua liberdade de escolha, sem qualquer tipo de coerção; a beneficência refere-se à condição de agir em prol do benefício dos outros, ou seja, fazer o bem a outrem; princípio da não maleficência

preconiza o “não lesar” ou causar algum tipo de dano a alguém; a justiça baseia-se no preceito ético de tratar cada indivíduo de forma adequada, de acordo com que é necessário (Gray et al, 2017).

Após parecer favorável por parte do comité de ética (ANEXO IV), foram contactados a partir do email institucional os enfermeiros supervisores dos hospitais integrados no Centro Hospitalar e a enfermeira gestora responsável pelo comité de investigação para agilizarmos a melhor estratégia para chegar ao maior número de enfermeiros, de maneira a obtermos a maior amostra possível. Assim sendo, foi acordado enviarmos o link de acesso ao questionário para o email institucional de todos os enfermeiros do centro hospitalar. O instrumento de recolha de dados esteve disponível para ser respondido de 11 de fevereiro até 20 de março de 2022.

Segundo os Códigos de Conduta Ética nos serviços e organismos do Ministério da Saúde (2014) deve-se criar um endereço de correio eletrónico próprio para que os colaboradores possam colocar dúvidas e ou apresentar sugestões, devendo assegurar-se reserva de identidade ou o anonimato, quando solicitado e assim sendo foi disponibilizado o endereço de email da investigadora.

2. Apresentação e Discussão dos dados

“A estatística é nos nossos dias uma ferramenta fundamental para a análise de dados em investigação” (Almeida,2017). Como refere Vilelas (2020), o método estatístico, apesar de apresentar dificuldades para medir fenómenos, auxilia o pesquisador no que diz respeito à quantificação, permitindo o estabelecimento de relações e correlações existente entre eles, prestando-se para que sejam inferidas ou deduzidas as consequências dos factos analisados.

Este capítulo dá início à apresentação dos dados obtidos, à análise estatística dos mesmo e consequentemente aos resultados desta obtidos.

2.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Quadro 6 – Caracterização sociodemográfica.

		Frequência	%
Género	Masculino	54	15,3%
	Feminino	300	84,7%
Escala Etária	[20;29]	88	25%
	[30;39]	103	29%
	[40;49]	96	27,1%
	[50;60]	56	15,8%
	>60	11	3,1%
Habilitações Literárias	Bacharelato	8	2,3%
	Licenciatura	259	73,1%
	Mestrado	85	24%
	Doutoramento	2	0,6%
Categoria Profissional	Enfermeiro	235	66,4%
	Enfermeiro Especialista	102	28,8%
	Enfermeiro Gestor	17	4,8%
Tempo de Atividade Profissional	<1 ano	16	4,5%
	[1;4] anos	44	12,4%
	[5;9] anos	51	14,4%
	[10;15] anos	49	13,8%
	>15 anos	194	54,9%
	<1 ano	25	7,1%

Tempo de Atividade Profissional na Instituição	[1;4] anos	71	20,1%
	[5;9] anos	39	11%
	[10;15] anos	39	11%
	>15 anos	180	50,8%
Tempo de Atividade Profissional no Serviço Atual	<1 ano	40	11,3%
	[1;4] anos	99	27,9%
	[5;9] anos	70	19,8%
	[10;15] anos	48	13,6%
	>15 anos	97	27,4%

No que toca à caracterização sociodemográfica observa-se uma disparidade na distribuição do género com prevalência do feminino, 84,7% dos inquiridos.

O escalão etário apresenta-se relativamente proporcional, excluindo o escalão >60 que se encontra em minoria com apenas 3,1%.

Na temática habilitações literárias observa-se uma prevalência na licenciatura com 259 inquiridos. Posteriormente observa-se 85 inquiridos com mestrado, 8 com bacharelato e 2 com douramento.

Tendo em conta as três categorias profissionais que a profissão possui, 235 inqueridos eram enfermeiros, 102 enfermeiros especialistas e por fim 17 enfermeiros gestores.

No que toca ao fator tempo de atividade optou-se pela divisão em 3 tipos, o tempo de atividade profissional, o tempo de atividade profissional na instituição e o tempo de atividade profissional no serviço atual. Salientando primeiramente o tempo de atividade profissional, verificou-se um predomínio na faixa >15 anos com 54,9% dos inqueridos. No intervalo 1 a 4 anos, 5 a 9 anos e 10 a 15 anos, a distribuição foi relativamente homogenia, com 12,4%,14,4% e 13,8% respetivamente. Com menor predominância encontra-se o intervalo <1 ano com 16 inqueridos correspondendo a 4,5%. Considerando o tempo de atividade profissional na instituição, manteve-se maioritariamente no intervalo >15 anos com 180 inqueridos; 39 inqueridos para o intervalo dos 5 aos 9 anos e também dos 10 aos 15 anos; 71 dos 1 aos 4 anos e <1 com 25 inqueridos. Em suma, para o tempo de atividade profissional no serviço atual já se observa uma maior discrepância, com 27,9% dos inqueridos a pertencer ao intervalo de 1 aos 4 anos e logo de seguida com 27,4% dos inqueridos a vincular-se ao intervalo >15 anos. Por fim, com 19,8% o intervalo dos 5 aos 9 anos, com 13,6% dos 10 aos 15 anos e com 11,3% <1 ano.

2.2 Análise Psicométrica

As propriedades psicométricas de um instrumento adaptado devem ser avaliadas para se verificar a precisão da medida após a sua adaptação. Para muitos pesquisadores, essas propriedades podem ser verificadas através da análise da fiabilidade e validade da medida de escolha. Quer seja por tradução ou porque foram construídos pelo próprio autor, todos os instrumentos de recolha de dados terão de ser submetidos a um processo de validação, geralmente designado por avaliação das qualidades psicométricas, no caso das escalas. (Vilelas, 2017)

2.2.1 Análise Fatorial Exploratória

Define-se como a validade de um instrumento a capacidade que o mesmo possui de avaliar exatamente aquilo que se propõe a medir, ou seja, o grau no qual um instrumento realmente avalia a variável que pretende medir. (Vilelas, 2020). Segundo o autor, a validade divide-se em validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto.

A fiabilidade diz respeito à consistência interna de um instrumento. Assim, os resultados obtidos por um respondente em cada item devem ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário. Existem várias técnicas para avaliar a consistência interna de um questionário, podendo optar-se pela execução do teste alfa de Cronbach (Vilelas, 2017).

O coeficiente de Alfa (α) de Cronbach varia entre 0,00 e 1,00, tendo as seguintes leituras:

Superior a 0,9	Consistência muito boa
Entre 0,8 e 0,9	Boa
Entre 0,7 e 0,8	Razoável
Entre 0,6 e 0,7	Fraca
Inferior a 0,6	Inadmissível

Quadro 7 – Coeficiente de Alfa de Cronbach (Almeida, 2017)

Para determinar com maior rigor qual a variável incluída na análise da consistência interna é importante atender ao instrumento de análise e à forma como as variáveis são analisadas.

Assim, no nosso exemplo, para cada dimensão (ou fator), devemos selecionar apenas os itens correspondentes e efetuar o teste do alfa de Cronbach obtendo dois resultados, um para cada dimensão (Vilelas, 2017).

Assim sendo, e direcionando para a nossa escala de 35 itens, procedeu-se à análise da fiabilidade utilizando o teste de alfa Cronbach, tendo o mesmo dado origem a um $\alpha = 0,87$ que corresponde a uma consistência “boa” por parte do nosso instrumento de recolha de dados.

Relativamente à validade de conteúdo, a mesma consiste numa análise subjetiva realizada por um grupo de especialistas na área sobre a qual o estudo se debruça, tal como se verificou durante todo o processo de desenvolvimento da tradução e adaptação cultural da escala para a população portuguesa.

Tendo em conta a validade de critério, esta avalia a capacidade de um teste prever um determinado comportamento e para esta verificação ser feita é necessário comparar os resultados obtidos com outra escala já validade e considerada confiável. Porém, este processo não foi possível tendo em conta que ainda não existe uma escala que apresente e avalie os mesmos domínios para a população portuguesa.

A validade de construto é determinada segundo o autor por procedimentos denominados de análises de fatores. A análise fatorial é uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores que, de alguma forma, controlam as variáveis originais. Assim sendo, se duas variáveis estão correlacionadas essa associação resulta da partilha de uma característica comum não diretamente observável. Para isto é necessário uma análise estatística e programas de computadores especializados. Desta forma, foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 27. Para avaliar a qualidade dos dados e definir se as correlações entre variáveis são elevadas o suficiente para que a AF tenha utilidade na estimativa de fatores comuns, utilizámos o teste de esfericidade de Bartlett. Na interpretação deste teste deve rejeitar-se a hipótese nula, logo, deve apresentar um $p\text{-value} < 0.001$ para que possamos rejeitar a hipótese nula concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente. Recorremos também ao método Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que nos indica uma medida da homogeneidade das variáveis. É possível observar pelo quadro abaixo (Quadro 8 e 9) que se originou a partir da análise do uso da aplicação que o nosso KMO é de 0,87 e o teste de esfericidade de Bartlett de 0,000, demonstrando desta forma uma boa correlação.

Quadro 8 – Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), valores de referência.

Valor de KMO	Recomendações relativamente a Análise fatorial
] 0.9 ; 1.0]	Excelente
] 0.8 ; 0.9]	Boa
] 0.7 ; 0.8]	Média
] 0.6 ; 0.7]	Medíocre
] 0.5 ; 0.6]	Mau mas ainda aceitável
≤ 0.5	Inaceitável

Quadro 9– Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), valores obtidos.

KMO e teste Bartlett's

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,870
Bartlett's Test of Approx. Chi-Square		4374,648
Sphericity	Df	595
	Sig.	,000

Para analisar a extração inicial de componentes recorreremos ao critério de scree plot que representa graficamente os fatores e os respectivos eigenvalues. Este gráfico permite observar a importância relativa a cada fator. Deve-se reter os fatores até à inflexão da curva que relaciona o número do fator e o respetivo eigenvalue.

Figura 2 – Gráfico de componentes e respectivos pesos fatoriais

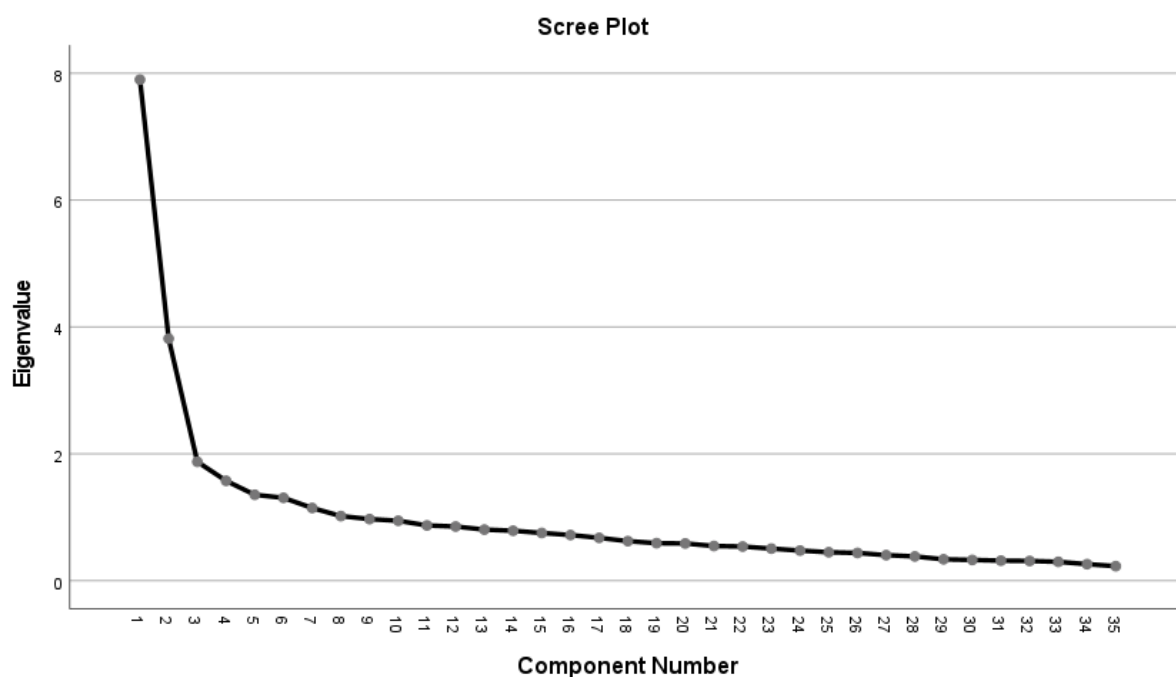


Figura 3 – Variância explicada

Total Variance Explained						
Component	Total	Initial Eigenvalues		Rotation Sums of Squared Loadings		
		% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,900	22,572	22,572	4,237	12,106	12,106
2	3,817	10,905	33,478	3,532	10,092	22,198
3	1,875	5,358	38,836	3,523	10,065	32,263
4	1,575	4,500	43,336	2,310	6,601	38,864
5	1,355	3,870	47,206	1,895	5,413	44,278
6	1,307	3,734	50,940	1,612	4,607	48,884
7	1,147	3,276	54,216	1,598	4,567	53,451
8	1,019	2,911	57,127	1,287	3,676	57,127
9	,971	2,775	59,903			
10	,945	2,700	62,603			

Como se pode observar na figura 3 para um eigenvalues de 1,019 e aplicando o critério de scree plot, presenciou-se que uma matriz de 8 fatores explicava 57,127% da variância total. Após terem sido extraídos os fatores, foi calculado até que ponto as variáveis saturam nesses fatores através da rotação ortogonal varimax. Para tal delimitámos critérios, como por exemplo, o ponto de corte superior a 0,35 para cada fator e tivemos em conta o maior peso fatorial a menos

que estes fossem muito próximos e, se assim fosse, analisaríamos individualmente cada fator e em qual faria mais sentido este ficar.

Numa primeira fase e tendo em conta os critérios referidos, nesta matriz de componente rotativa não caiu nenhum item. Porém, o fator 6 e 7 têm apenas 2 itens e, segundo Waltz et al. (2017), um fator que tem apenas dois itens não é estável. Assim sendo forçou-se a redução de fatores.

Na segunda etapa e forçando aos 7 fatores, a problemática manteve-se, sendo que o fator 7 apenas continha 2 itens e, assim sendo e mantendo os critérios, forçámos novamente a escala à redução de fatores.

Seguidamente e já na terceira etapa obteve-se uma escala de 6 fatores. Nesta não houve a queda de nenhum item e conseguimos em todos os fatores mais de 2 itens por fator. Decidimos então conferir a fiabilidade interna de cada subescala. No primeiro fator conseguimos um alfa de Cronbach de 0,85 correspondendo a uma boa consistência. No fator 2, 3 e 4 obtivemos uma consistência razoável com 0,70, 0,74 e 0,74 respetivamente. Porém, as dimensões 5 e 6 tiveram ambas uma consistência inadmissível sendo ambas classificadas com um alfa inferior a 0,60. Assim sendo, e por serem duas dimensões com uma consistência baixa, optámos por forçar novamente a escala a uma redução de fatores.

Procedemos à quarta etapa, na qual se observou a queda do item 4 – “Acredito que o desvio constante dos padrões de cuidados afetam negativamente a qualidade dos cuidados de saúde”. No entanto, e como anteriormente, todos os fatores apresentavam mais de 2 itens.

Posteriormente foi necessário efetuar o teste para cada uma das dimensões. Observou-se então que a dimensão 1 e a dimensão 2 apresentaram uma consistência boa com um $\alpha = 0,87$ e $\alpha = 0,85$ correspondentemente, a dimensão 3 e dimensão 5 apresentaram uma consistência fraca e a dimensão 4 apresentou uma consistência inadmissível. Face à obtenção destes valores colocou-se em dúvida a permanência destes itens na escala, no entanto, ao observar-se os mesmos, constatou-se que estes como itens individuais tinham α elevados. Analisou-se então o conteúdo dos mesmos e observou-se que estes tinham na sua consistência questões inversas/ negativas, ou seja, os mesmo são utilizados de forma negativa para avaliar a atitude dos enfermeiros ou a falta da mesma para a melhoria da qualidade dos cuidados. Pelos motivos então referidos e após discussão entre peritos optou-se pela permanência dos mesmos no questionário, mantendo assim esta dimensão.

Quadro 10– Dimensões, os seus itens e alfa de Crombrach correspondentes.

Dimensões	Item	Total de Itens	Alfa Crombach da dimensão
1	1,2,6,7,8,9,10,11,14,15,16,17,21,22	14	0,87
2	3,24,25,26,27,28,29,30	8	0,85
3	5,12,13,19	4	0,62
4	23,32,35	3	0,46
5	18,20,31,33,34	5	0,60

Quadro 11 – Análise fatorial exploratória e respetivos alfas

Itens	Fator				
	1	2	3	4	5
1-Valorizo os meus contributos para um resultado positivo da qualidade de cuidados em locais de saúde.	0,460				
2-Gosto de fazer parte da mudança na minha unidade \ no meu serviço para melhorar a qualidade dos cuidados.	0,478				
6-Acredito que a contínua melhoria da qualidade é uma parte essencial do trabalho diário do enfermeiro.	0,608				
7-Valorizo a parceria ativa com os clientes no planeamento, implementação e evolução dos cuidados.	0,612				
8-Respeito e encorajo a expressão individual do cliente sobre valores, preferências e necessidades na prestação de cuidados aos meus clientes.	0,701				
9-Valorizo o contributo da investigação na minha prática ao providenciar-me evidência para a sua melhoria.	0,577				
10-Acredito que deveria participar na estruturação do ambiente de trabalho a fim de facilitar a integração de novas evidências nos padrões da prática.	0,561				
11-Valorizo as tecnologias que apoiam/suportam as tomadas de decisão, prevenção de erros e coordenação de cuidados.	0,520				
14-Acredito que os resultados de qualidade estão dependentes: da minha aceitação pessoal da colaboração do cliente, do uso adequado de registos clínicos eletrónicos, da investigação em enfermagem, e da colaboração com os membros de equipa.	0,604				
15-Acredito que deveria ser capaz de comunicar adequadamente com todos os elementos da equipa multidisciplinar para prestar cuidados de qualidade.	0,544				
16-Respeito as perspetivas e experiências dos outros membros da equipa nas tomadas de decisão relativas aos cuidados do cliente.	0,551				
17-Quando planifico os cuidados para o meu cliente, acredito que uma boa prática, as preferências do cliente e as contribuições interdisciplinares são fundamentais para um cuidado seguro e de qualidade.	0,669				
21-Acredito que os enfermeiros não deveriam desviar-se das boas práticas a fim de poupar tempo ou esforços de trabalho.	0,467				
22-Frequentemente procuro identificar as preferências dos clientes e a evidência científica atual para me guiarem nos meus esforços, a fim de reduzir danos no cliente e melhorar a qualidade nos cuidados.	0,594				
3-Acredito ter valor no esforço institucional para melhorar os cuidados de saúde.		0,375			
24-Acredito que os meus superiores valorizam informação sobre os hábitos de trabalho que afetam a qualidade dos cuidados na minha unidade.		0,768			
25-Acredito que as questões e problemas que envolvem a segurança e a qualidade dos cuidados do cliente são adequadamente tratados em tempo útil pelo meu superior de unidade\ serviço ou por outro líder, em tempo útil.		0,810			
26-Sinto que estou envolvido no processo de melhoria da qualidade de forma relevante.		0,745			

27-Sinto que questões acerca da segurança do cliente são encaradas pelos meus superiores como um problema do sistema organizacional.		0,416			
28-Quando a segurança do cliente é comprometida, sinto que esta é relatada de forma fidedigna.		0,752			
29-Sinto que temos uma “cultura de segurança” na minha unidade/serviço.		0,755			
30-Sinto que sou ouvido quando expresso os meus pontos de vista sobre a qualidade de cuidados na minha unidade \ serviço.		0,776			
5-Acredito que a prestação de bons cuidados ao cliente estão dependentes da utilização de instrumentos que meçam a melhoria da qualidade.			0,636		
12-Acredito que deveria estar envolvido na elaboração, seleção e uso de tecnologias de informação para apoio ao cuidado do cliente.			0,516		
13-Acredito que tenho um papel na análise de práticas inseguras, erros e melhoria dos sistemas organizacionais.			0,540		
19-Acredito que a tecnologia e a utilização de registos médicos clínicos eletrónicos me permitem a oportunidade de colaborar com outros enfermeiros e profissionais de saúde, de forma a alcançar resultados seguros e de qualidade para meus clientes.			0,410		
23-Quando vejo outros enfermeiros desviarem-se dos padrões de qualidade, sinto-me impotente para influenciar a sua prática.				0,576	
32-Quando vejo um risco para a segurança, guardo-o para mim.				0,738	
35-Quando vejo um risco para a segurança, espero que melhore.				0,494	
18-Quando estou a avaliar os riscos de segurança para o meu cliente, considero toda a informação seguinte: a opinião do cliente, dos familiares, de outros profissionais de saúde, a informação documentada no registo clínico eletrónico e a evidência científica atual.					0,445
20-Quando vejo um risco para a segurança do meu cliente, considero imediatamente se este é um problema a nível organizacional/institucional.					0,510
31-Quando vejo um risco para a segurança, reporto logo através de documentação escrita.					0,366
33-Quando vejo um risco para a segurança, relato a um supervisor.					0,700
34-Quando observo risco para a segurança, expresso as minhas preocupações a outro colega.					0,627

Em suma, e recorrendo à evidência analisada e consultada, procedemos à atribuição da identidade a cada um dos fatores. Tendo em conta que para a autora da escala original vários itens poderiam pertencer a várias dimensões, esta identificação acabou por se tornar mais complexa.

Denominámos o 1º fator, constituído por 14 itens que corresponde a 41% dos itens da escala e explica 16,028 da variância total, de **A Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência**. Esta é a dimensão que melhor qualifica e define a temática da escala, sendo também a maior e que avalia com maior exatidão a sua exaustão. Segundo a autora, a escala apresenta 15 itens que medem uma competência autónoma em relação ao domínio da “Atitude”, cinco itens que medem a “Melhoria da Qualidade”, cinco itens que medem a “Prática Baseada na Evidência”. Como a autora ao longo do seu artigo não define os fatores aos quais as dimensões pertencem nem as dimensões às quais os itens se referem, afirmando que um item pode medir mais do que uma competência, optámos por agregar estas 3 dimensões da autora neste fator.

Relativamente ao 2º fator, que integrava 8 itens que coincide com 24% da escala e explica 12,176 da variância total, designámos esta dimensão de **Cultura Organizacional**. Esta dimensão relaciona a perceção dos enfermeiros sobre como a segurança e a melhoria da qualidade são abordadas na sua organização.

No 3º fator, formado por 4 itens, que se refere a 12% e explica 7,551 da variância total, nomeámos esta dimensão de **A Tecnologia na Qualidade de Cuidados**. Esta centra-se na utilização da tecnologia no quotidiano dos cuidados de forma a utilizar esta para a melhoria dos mesmos. Segundo a autora, a informática estava incluída em 3 itens, porém, estes não formavam para a autora uma competência autónoma não dando origem por si só a uma dimensão.

A respeito do 4º fator, elaborado por 3 itens que reflete 9% da escala e explica 5,761 da variância total, a autora nomeou 2 destes itens como “O Meu Envolvimento”, referindo-se ao envolvimento dos enfermeiros numa estrutura organizacional em relação à melhoria da qualidade, ou seja, a forma como estes agem dentro da estrutura organizacional. Porém, como supracitado, após analisarmos o seu conteúdo identificámos que todos eles avaliavam de forma negativa a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade dos cuidados, portanto um envolvimento nos cuidados desadequado para a melhoria. Assim sendo, decidimos denominar esta dimensão de **Atitude Inadequada**.

Por fim, o último fator sendo este o 5º, composto por 5 itens que sustentam assim 14% da escala e explica 5,690 da variância total, titulámos a mesma por **Avaliação do Risco**. Esta questiona as ações dos enfermeiros quando se deparam com uma situação de risco para a segurança do cliente.

2.2.2 Análise Fatorial Confirmatória

A validade fatorial da escala foi avaliada por mediação de uma análise fatorial confirmatória através do software AMOS (ANEXO V). A fiabilidade de um fator ou constructo refere-se à propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida. Um instrumento diz-se fiável, numa determinada amostra, se mede de forma consistente e reprodutível a característica ou fator de interesse na amostra sob estudo. Uma medida de fiabilidade de fácil cálculo a partir da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é a Fiabilidade Compósita (FC). De uma forma geral, a maioria dos autores considera que uma FC superior a 0,7 é indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada. A validade de constructo divide-se em 3 subcomponentes: a validade fatorial, que é geralmente avaliada pelos pesos fatoriais estandardizados, sendo que é usual assumir que estes valores devem ser iguais ou superiores a 0,25 para que o fator apresenta validade fatorial. Sendo a nossa ponte de corte 0,35 todos apresentarão validade fatorial. A validade convergente demonstra-se quando os itens que constituem o construto apresentam correlações positivas e elevadas entre si e esta é avaliada por intermédio da média das variâncias dos itens, sendo esta a Variância Extraída Média (VEM) que é indicador de uma validade convergente adequada se os valores forem iguais ou superiores a 0,5. A validade discriminante neste contexto avalia se os itens que refletem um fator não estão correlacionados com outros fatores. A validade de critério avalia se o constructo é capaz de prever ou discriminar diferentes grupos ou critérios, normalmente é determinado pela análise de multigrupos, porém quando não é possível recolher uma segunda amostra ou a dimensão da amostra é reduzida para realizar validação cruzada, propõe-se a utilização do Expected Cross-Validation Index (ECVI). Quanto menor o ECVI mais estável será a escala para se aplicar numa outra amostra da mesma população. A FC e a VEM para cada fator foram avaliadas como descrito em Marôco (2020). Conforme recomendado, foram utilizados diferentes índices de ajustamento global, nomeadamente a razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (X^2/df), o Root Mean square Residual (RMR), o Goodness-of-Fit Index (GFI), o Comparative-of-Fit Index (CFI), Incremental Fit Index (IFI) ou Delta 2, o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), e o Standardized Root Mean square Residual (SRMR). Reconhece-se um bom ajustamento dos modelos quando (Quadro 12)

Quadro 12 – Análise fatorial confirmatória – Valores de referência

Estatística	Valores de referência
χ^2/df	< 5 – Ajustamento Mau $]2:5]$ – Ajustamento Sofrível $]1:2]$ – Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom
GFI CFI IFI ou Delta2	$< 0,8$ – Ajustamento Mau $[0,8:0,9[$ – Ajustamento Sofrível $[0,9:0,95[$ – Ajustamento Bom $\geq 0,95$ – Ajustamento Muito Bom
RMSEA SRMR RMR	$> 0,10$ – Ajustamento inaceitável $]0,05:0,10]$ – Ajustamento aceitável $\leq 0,05$ – Ajustamento muito bom
ECVI	Quando menor, melhor...

O modelo penta-fatorial da escala QINAS-R-PT ajustado a uma amostra de 354 enfermeiros revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/df =$; $RMR = 0,051$; $GFI = 0,814$; $CFI = 0,786$; $IFI = 0,788$; $RMSEA = 0,068$; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$; $SRMR = 0,0758$). Posteriormente foi feita uma modificação dos erros das covariâncias tendo em conta os índices de modificação em seis etapas diferentes tendo como valores obtidos ($\chi^2/df = 2.041$; $RMR = 0,048$; $GFI = 0,858$; $CFI = 0,870$; $IFI = 0,873$; $RMSEA = 0,054$; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$; $SRMR = 0,0732$). O modelo simplificado apresentou uma qualidade de ajustamento significativamente superior ao modelo inicial, mantendo-se, no entanto, com uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/df = 2.615$ vs $\chi^2/df = 2.041$); ($RMR = 0,051$ v.s $RMR = 0,048$). Quanto menor for este valor melhor será o ajustamento, sendo que o mesmo é perfeito se $RMR = 0$, valores $< 0,08$ é geralmente tido como indicador de um bom ajustamento. ($GFI = 0,814$ vs $GFI = 0,858$) mantêm-se dentro de um ajustamento sofrível. ($CFI = 0,786$ vs $CFI = 0,870$) ($IFI = 0,788$ vs $IFI = 0,873$) de denotar que em ambos estes índices de ajustamento verificou-se a passagem de um ajustamento mau para um ajustamento sofrível sendo deste modo positiva a correção dos erros das covariâncias. ($RMSEA = 0,068$; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$ vs $RMSEA = 0,054$; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$) é visível a passagem de um ajustamento aceitável para um ajustamento muito bom. Relativamente ao ($SRMR = 0,0758$ vs $SRMR = 0,0732$) é possível ver que este não se encontra inferior a 0,05 porém observa-se uma tendência decrescente do valor. Por último verifica-se que ($ECVI = 4,272$ vs $ECVI = 3,428$) demonstra-se uma diminuição gradual do valor

sendo que quanto menor ECVI mais estável o mesmo será para ser aplicado futuramente na mesma população.

Quadro 13– Fiabilidade compósita e variância extraída média

Dimensões	FC	VEM
A Atitude do Enfermeiro Face a Melhoria da Qualidade Baseada na Evidencia	0,87	0,33
Cultura Organizacional	0,88	0,48
A tecnologia na Qualidade de Cuidados	0,61	0,28
Atitude Inadequada	0,63	0,37
Avaliação do Risco	0,67	0,30

Pode-se observar, como anteriormente referido, que nem todos os valores de FC são superiores a 0,7 apresentando apenas as duas primeiras dimensões FC superiores. No entanto, existem autores que referem que valores a baixo de 0,7 possam ser também estes aceitáveis, podendo assim comprovar-se que apresenta uma fiabilidade de construto adequada.(Marôco, 2014, p. 183) .Os valores VEM são inferiores a 0,5 demonstrando assim uma baixa validade convergente para os itens A Atitude do Enfermeiro Face a Melhoria da Qualidade Baseada na Evidencia, A tecnologia na Qualidade de Cuidados, Atitude Inadequada e Avaliação do Risco. A dimensão Cultura Organizacional está próxima do aceitável.

3. A Atitude dos Enfermeiros do Centro Hospitalar Face à Melhoria da Qualidade

Com as respostas aos questionários realizados aos enfermeiros do centro hospitalar, foi possível avaliar a atitude destes enfermeiros face à melhoria da qualidade dos cuidados neste contexto. Na escala QINAS-R-PT existem 5 dimensões, sendo elas A Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência, a Cultura Organizacional, a Tecnologia na Qualidade de Cuidados, a Avaliação do Risco e a Atitude Inadequada.

Nas primeiras 4 dimensões, quanto maior for a média, melhor é a Atitude dos Enfermeiros em Relação à Atitude dos Enfermeiros Face à Melhoria da Qualidade. No entanto, na dimensão “Atitude Inadequada”, acontece o oposto.

A partir do Quadro 14, pode-se observar as médias de resposta de cada dimensão, sendo elas: A Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência (média de 4,431), a Cultura Organizacional (média de 3,433), a Tecnologia na Qualidade de Cuidados (média de 4,025), a Avaliação do Risco (média de 3,947) e a Atitude Inadequada (média de 2,637). Através destes dados, pode-se aferir que a resposta dos enfermeiros à melhoria da qualidade em contexto hospitalar é positiva, com dois dos itens com média superior a 4, dois itens acima de 3 e por outro lado a dimensão que avalia as atitudes inadequadas encontra-se negativa com um valor inferior a 3.

Quadro 14 – Média e desvio padrão das respetivas dimensões.

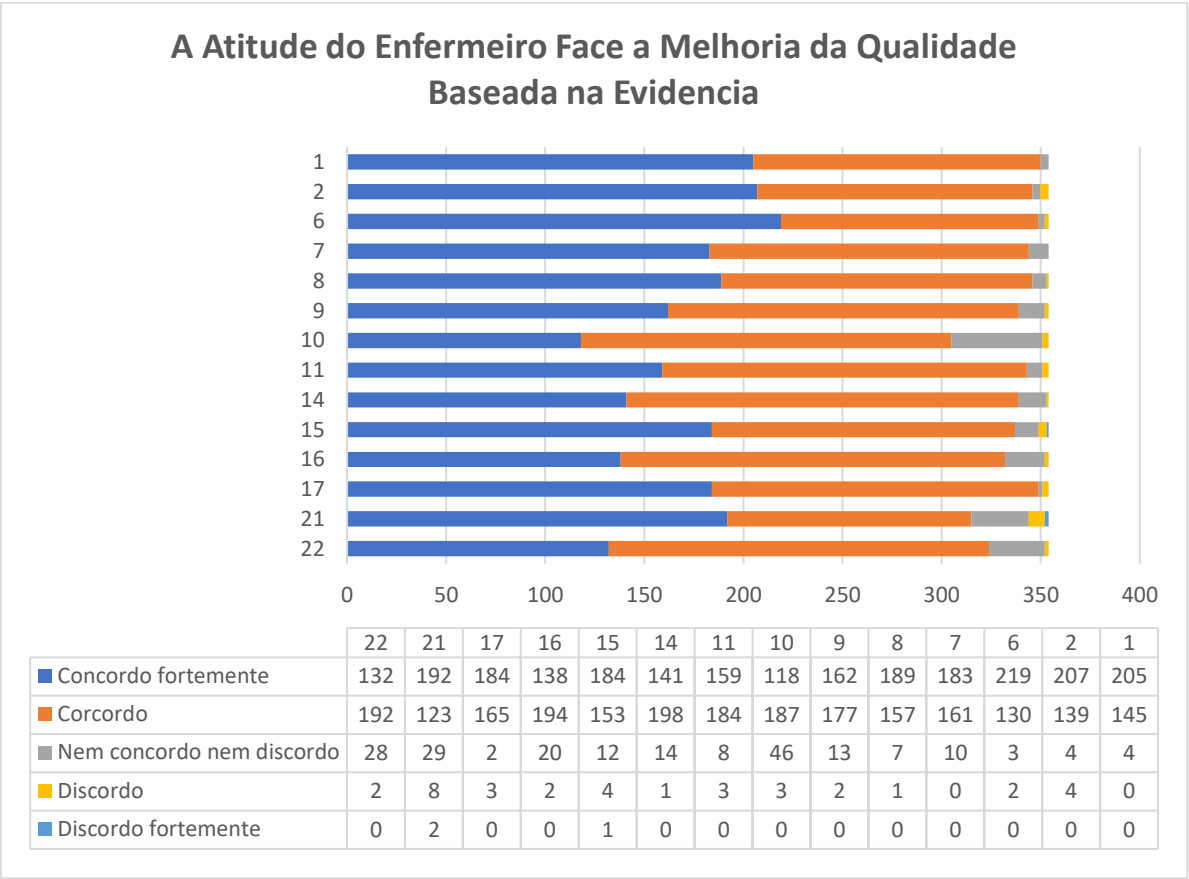
Dimensões	Nº itens	Média	Desvio Padrão
A Atitude do Enfermeiro Face a Melhoria da Qualidade Baseada na Evidencia	14	4,43	0,37
Cultura Organizacional	8	3,43	0,71
A tecnologia na Qualidade de Cuidados	4	4,03	0,56
Atitude Inadequada	3	2,64	0,78
Avaliação do Risco	4	3,95	0,49

Relativamente aos 14 itens que compõem a dimensão Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência, esta teve uma concordância por parte dos enfermeiros por item que variou de 98,9% a 86,1% sendo o item com maior concordância o item 1- “Valorizo os meus contributos para um resultado positivo da qualidade de cuidados em locais de saúde” e o item com menor concordância o item 10- “Acredito que deveria participar na estruturação do ambiente de trabalho a fim de facilitar a integração de novas evidências nos padrões da prática”.

Relativamente à discordância entre os itens, esta variou entre 2,9% e 0,3% sendo o item que teve uma maior percentagem de discordância o 21- “Acredito que os enfermeiros não deveriam desviar-se das boas práticas a fim de poupar tempo ou esforços de trabalho”, e o item com menor discordância foram os itens 8- “Respeito e encorajo a expressão individual do cliente sobre valores, preferências e necessidades na prestação de cuidados aos meus clientes” e 14- “Acredito que os resultados de qualidade estão dependentes: da minha aceitação pessoal da colaboração do cliente, do uso adequado de registos clínicos eletrónicos, da investigação em enfermagem, e da colaboração com os membros de equipa”.

Tendo em conta a opção que nem concordo nem discordo mostrando uma posição imparcial para o item que teve maior percentagem foi o item 10 com 13%.

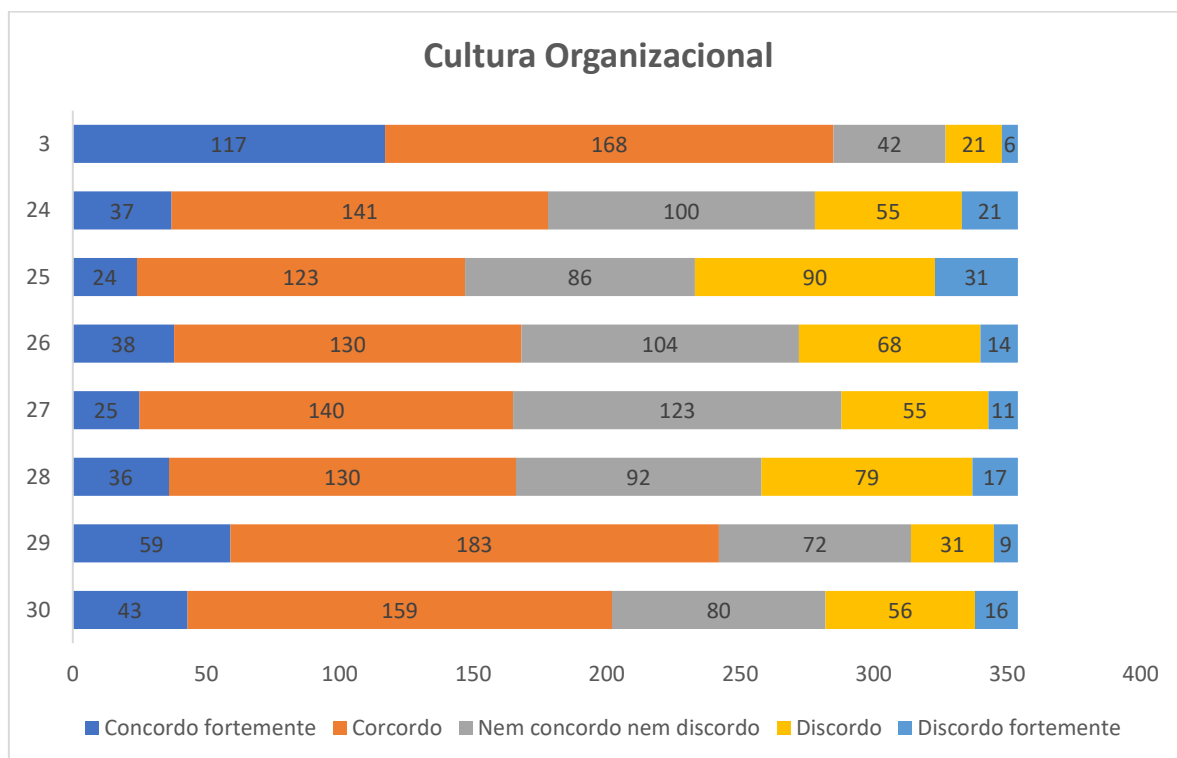
Gráfico 1 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão A Atitude dos Enfermeiros Face a Melhoria da Qualidade Baseada na Evidencia



No que respeita à dimensão Cultura Organizacional composta por 8 itens pode-se observar uma variância de concordância por item de 80,6% a 41,5% sendo o item que apresenta maior concordância o item 3- “Acredito ter valor no esforço institucional para melhorar os cuidados de saúde” e com menor concordância o item 25- “Acredito que as questões e problemas que envolvem a segurança e a qualidade dos cuidados do cliente são adequadamente tratados em tempo útil pelo meu superior de unidade\serviço ou por outro líder, em tempo útil”. Tendo em conta a discordância de cada item esta varia de 34,2% e 7,6% correspondendo respetivamente ao item 25 e 3.

Quanto à posição neutra, o item que apresentou mais resposta foi o 27- ”Sinto que questões acerca da segurança do cliente são encaradas pelos meus superiores como um problema do sistema organizacional” que teve uma percentagem de 34,7%.

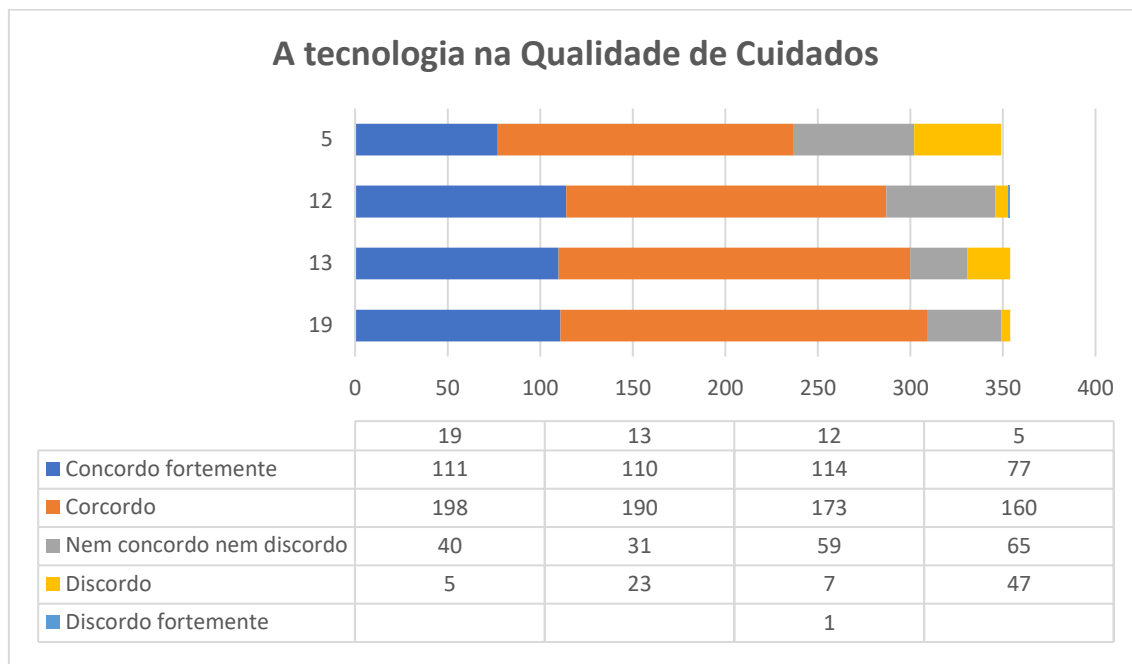
Gráfico 2 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão Cultura Organizacional.



No que diz respeito à dimensão A Tecnologia na Qualidade de Cuidados que assenta em 4 itens, houve uma discrepância na concordância destes entre 67% e 87,3% correspondendo ao item 19- “Acredito que a tecnologia e a utilização de registos médicos clínicos eletrónicos me permitem a oportunidade de colaborar com outros enfermeiros e profissionais de saúde, de forma a alcançar resultados seguros e de qualidade para meus clientes” e ao item 5- “Acredito que a prestação de bons cuidados ao cliente estão dependentes da utilização de instrumentos que meçam a melhoria da qualidade respetivamente”. No que toca à discordância com os itens esta variou entre 14,7% e 1,4% mantendo-se os itens. Assim sendo o item 5 com maior discordância e o item 19 com menor discordância.

Tendo em conta a resposta neutra que não coloca o enfermeiro em nenhuma posição nem positiva nem negativa face ao item, observou-se maior número de enfermeiros a ter esta posição no item 5 correspondendo a 18,4% destes.

Gráfico 3 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão A Tecnologia na Qualidade de Cuidados.

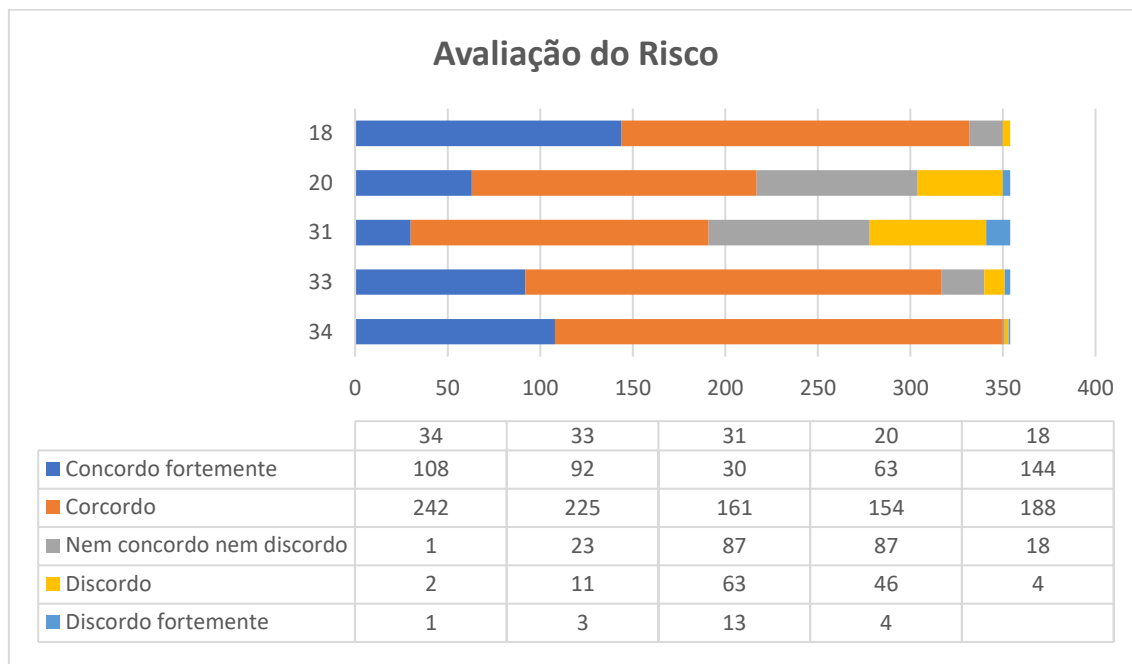


A dimensão Avaliação do Risco, que tem na sua composição 5 itens, teve uma concordância por item que variou entre 98,9% e 54% sendo o item com maior concordância o 34- “Quando observo risco para a segurança, expresso as minhas preocupações a outro colega” e com menor concordância o 31- “Quando vejo um risco para a segurança, reporto logo através de documentação escrita”.

A variância de discordância foi de 21,5% e 0,9% correspondendo ao item 31 e 34 correspondentemente.

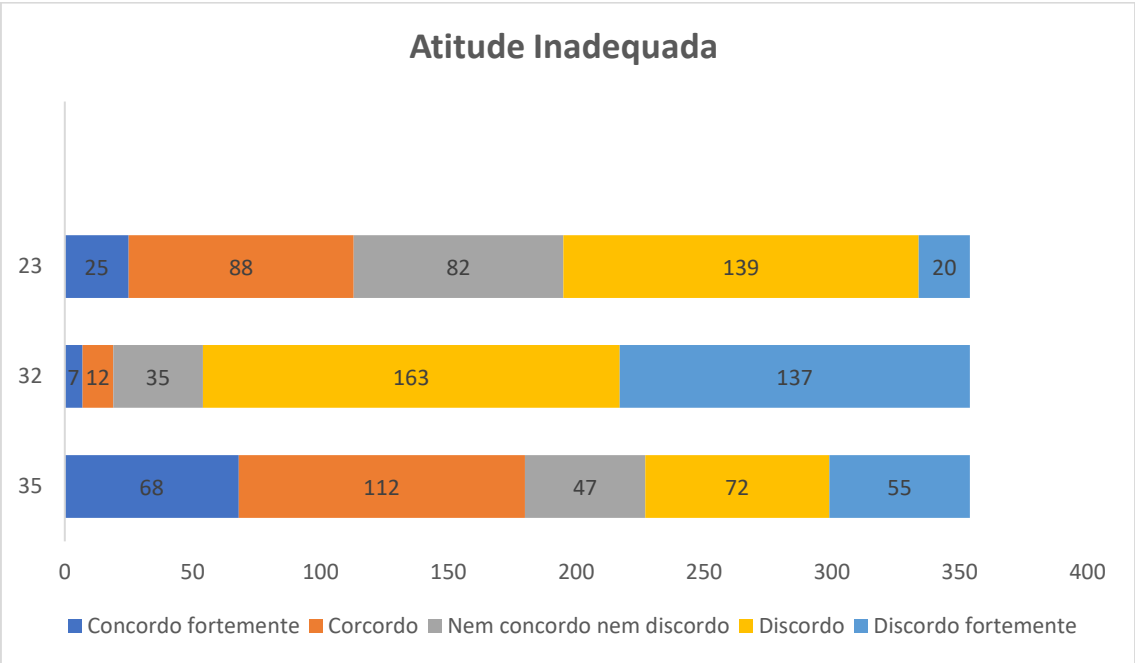
No que diz respeito à posição neutra que correspondem ao “nem concordo nem discordo” o item 31 e o item 20- “Quando vejo um risco para a segurança do meu cliente, considero imediatamente se este é um problema a nível organizacional/institucional” tiveram a mesma percentagem de 24,6%.

Gráfico 4 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão Avaliação do Risco.



A dimensão da Atitude Inadequada é composta por 3 itens. O Item 23 – “Quando vejo outros enfermeiros desviarem-se dos padrões de qualidade, sinto-me impotente para influenciar a sua prática” teve uma percentagem de 31% de concordância por parte dos enfermeiros, 44,9% de discordância e 23,2% de resposta neutra. O item 32- “Quando vejo um risco para a segurança, guardo-o para mim” teve 5,4% de concordância, 84,7% de discordância e 9,9% de opinião nula. O último item 35- “Quando vejo um risco para a segurança, espero que melhore” tem 50,8% de concordância, 35,8% de discordância e 13,3% de resposta isenta.

Gráfico 5 – Distribuição das respostas dos enfermeiros relativamente à dimensão Atitude Inadequada.



4. Discussão

A discussão do trabalho metodológico tem especial ênfase na fase da tradução e adaptação cultural e linguística da escala QINAS-R.

No que se refere a fase qualitativa a tradução e validação ocorreram como preconizado por Beaton, et al (2007) não tendo havido alterações substanciais ao instrumento original.

Relativamente ao estudo quantitativo, os resultados do estudo indicaram que a QINAS-R-PT relativamente à fiabilidade da escala, demonstrou uma “boa” consistência tendo tido um alfa Cronbach, $\alpha = 0,87$.

Relativamente à fiabilidade interna de cada subescala, observou-se então que a dimensão 1 e a dimensão 2 apresentaram uma consistência boa, a dimensão 3 e dimensão 5 apresentaram uma consistência fraca e a dimensão 4 apresentou uma consistência inadmissível. Ao obter-se estes valores colocou-se em dúvida a permanência destes itens na escala. No entanto, ao observar-se os mesmos, constatou-se que estes como itens individuais tinham α elevados. Analisou-se então o conteúdo dos mesmos e testemunhou-se que estes tinham na sua consistência questões inversas/negativas, ou seja, os mesmos são utilizados de forma negativa para avaliar a atitude dos enfermeiros ou a falta dela, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Pelos motivos então referidos e, após discussão entre peritos, optou-se pela permanência dos mesmos no questionário, mantendo assim esta dimensão.

Foi utilizado um ponto de corte superior a 0,35 para cada fator com o objetivo de se reter o maior número de itens da escala original na escala traduzida. No final, e utilizando este critério, o único item que caiu foi o item 4. Segundo Vilelas (2017), os valores de saturação do item no fator deverão ser superiores de 0,40 quando se fala de análise fatorial exploratória. Posto isto apresentamos apenas dois itens na escala final com alfa internos inferiores a este, sendo estes o item 3-“Acredito ter valor no esforço institucional para melhorar os cuidados de saúde” $\alpha = 0,375$ e 31- “Quando vejo um risco para a segurança, reporto logo através de documentação escrita” $\alpha = 0,366$. Gerou-se a hipótese de que estes itens iriam fazer a diferença nos resultados obtidos após a aplicação e análise de resultados da escala e por este motivo foram mantidos.

Relativamente à validade de conteúdo, a mesma consiste numa análise subjetiva realizada por um grupo de especialistas na área sobre a qual o estudo se debruça, tal como se verificou durante todo o processo de desenvolvimento da tradução e adaptação cultural da escala para a população portuguesa.

Tendo em conta a validade de critério, esta avalia a capacidade de um teste prever um determinado comportamento e para esta verificação ser feita é necessário comparar os resultados obtidos com outra escala já validade e considerada confiável. Porém, este processo não foi possível tendo em conta que ainda não existe uma escala que apresente e avalie os mesmos domínios para a população portuguesa.

Para avaliar a validade de construto utilizámos o teste de esfericidade de Bartlett e obtivemos um resultado de 0,000 podendo assim rejeitar a hipótese nula concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente. Recorremos também ao método Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que nos indica uma medida da homogeneidade das variáveis, sendo o KMO desta escala de 0,87 demonstrando desta forma uma boa correlação.

Para avaliar a fiabilidade a partir da AFC é explorada a FC. De uma forma geral, a maioria dos autores considera que uma FC superior a 0,7 é indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada. No que toca à validade convergente esta é confirmada pelos valores da VEM e estes valores foram inferiores a 0,5 demonstrando assim uma validade convergente baixa. Segundo Marôco (2014) a validade convergente ocorre quando os itens que são reflexos de um fator saturam fortemente nesse fator, sendo assim o comportamento deste item é explicado essencialmente por aquele fator. Assim sendo, concluiu-se que os itens da escala após divididos pelos seus fatores não se saturam com valores elevados, o que suporta a ideia da autora original da escala quando refere que um item pode pertencer a mais que um fator.

O modelo simplificado apresentou uma qualidade de ajustamento significativamente superior ao modelo inicial, mantendo-se, no entanto, com uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/df = 2.615$ vs $\chi^2/df = 2.041$); ($RMR = 0,051$ v.s $RMR = 0,048$). Quanto menor for este valor melhor será o ajustamento, sendo que o mesmo é perfeito se $RMR = 0$, valores $< 0,08$ é geralmente tido como indicador de um bom ajustamento. ($GFI = 0,814$ vs $GFI = 0,858$) mantêm-se dentro de um ajustamento sofrível. ($CFI = 0,786$ vs $CFI = 0,870$) ($IFI = 0,788$ vs $IFI = 0,873$) de denotar que em ambos estes índices de ajustamento verificou-se a passagem de um ajustamento mau para um ajustamento sofrível sendo deste modo positiva a correção dos erros das covariâncias. ($RMSEA = 0,068$; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$ vs $RMSEA = 0,054$; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$) é visível a passagem de um ajustamento aceitável para um ajustamento muito bom. Relativamente ao ($SRMR = 0,0758$ vs $SRMR = 0,0732$) é possível ver que este não se encontra inferior a 0,05 porém observa-se uma tendência decrescente do valor. Por último verifica-se que ($ECVI = 4,272$ vs $ECVI = 3,428$) demonstra-se uma diminuição gradual do valor sendo que quanto menor ECVI mais estável o mesmo será para ser aplicado futuramente na mesma população.

No que se refere a operacionalidade da escala e dando resposta ao último objetivo da dissertação, os dados a partir desta obtidos, da amostra conclui-se que 84,7% dos participantes que responderam ao questionário são do género feminino, facto expectável, tendo em conta a tendência histórica da profissão. Segundo a ordem dos enfermeiros em 2018 existiam inscritos na ordem 73.912 enfermeiros dos quais 60.737 eram do sexo feminino e os restantes do sexo Masculino. (Balcão Único da Ordem dos Enfermeiros, 31/12/2018) A tendência, “embora seja predominantemente feminina, tem-se registado uma crescente presença de homens nas equipas” (Machado et al, 2016).

Relativamente à faixa etária dos participantes no estudo, verifica-se um equilíbrio na amostra relativamente a percentagens, sendo a maioria destas divididas entre os 20 e os 49 anos. Existe depois, uma ligeira queda no número de enfermeiros entre os 50 a 60 anos e, ao chegar à faixa etária dos mais de 60 anos, uma queda abrupta, encontrando-se estes na sua minoria.

Na questão seguinte referente às habilitações académicas, destaca-se a licenciatura com 73,1% correspondendo assim a 259 participantes. Isto acontece, pois, a motivação e os incentivos que os enfermeiros recebem para se especializarem são escassos nos dias de hoje. *“Apenas 20% dos enfermeiros portugueses são especialistas e destes a maioria emigra, porque as instituições de saúde em Portugal não valorizam a formação e contratam-nos com categoria e rendimento igual aos não especializados.”* (Jornal de Notícias, 18/09/2014).

A relação entre os graus enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor, na qual a maioria se reflete novamente no grau de enfermeiro, com 66,4%.

Relativamente ao tempo de atividade profissional dos enfermeiros, observa-se que 54,9%, ou seja, mais de metade apresentam 15 ou mais anos de profissão, enquanto os restantes se distribuem de forma relativamente equitativa pelas outras faixas. Um estudo revelou que cerca de metade dos inquiridos pensou em abandonar a enfermagem e quase um quarto se considera insatisfeito com a profissão. Cerca de 10% procurou emprego fora desta profissão e 30% na própria enfermagem. (Griep et al, 2013).

Acerca do tempo de atividade profissional na instituição, consegue-se observar uma semelhança ao anterior, havendo apenas uma ligeira descida de enfermeiros com mais de 15 anos e uma ligeira subida de enfermeiros com 1 a 4 anos de exercício na instituição.

Por fim, apresentam-se os resultados que espelham o tempo de atividade profissional no serviço atual, do qual, comparandoos dois temas analisados anteriores, pode-se concluir que existe uma rotatividade acentuada, com apenas 27,4% dos enfermeiros a terem 15 ou mais anos de serviço. Estudos sobre este fenómeno, o “Turnover”, revelaram que *“33% dos enfermeiros*

européus considera abandonar o seu emprego e 9% pensa mesmo abandonar a profissão” (Heinen et al, 2013).

Os resultados recebidos através da implementação deste questionário referem que os enfermeiros do centro hospitalar apresentam atitude positiva face à melhoria da qualidade dos cuidados. Relativamente ao nosso desvio padrão por dimensão, estes foram baixos nos itens A Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência e Avaliação do Risco demonstrando por parte dos enfermeiros questionados uma maior concordância dos indivíduos face às respostas dadas. Já a dimensão Cultura Organizacional e Atitude inadequada tiveram os maiores valores de desvio padrão demonstrando assim maior divergência nas opiniões dos enfermeiros.

A dimensão Atitude do Enfermeiro Face à Melhoria da Qualidade Baseada na Evidência teve maior concordância, dando ênfase ao item 1- “Valorizo os meus contributos para um resultado positivo da qualidade de cuidados em locais de saúde”. O item 10 - “Acredito que deveria participar na estruturação do ambiente de trabalho a fim de facilitar a integração de novas evidências nos padrões da prática” foi o item com menor concordância e o item com maior resposta imparcial por parte dos enfermeiros, porém não foi o item com maior discordância, tendo este assentado no item 21- “Acredito que os enfermeiros não deveriam desviar-se das boas práticas a fim de poupar tempo ou esforços de trabalho”, concluindo que 2,9% dos enfermeiros, mesmo apresentando uma atitude positiva face à melhoria da qualidade dos cuidados, por vezes desviam-se das boas práticas para poupar tempo e esforços de trabalho.

Relativamente à Cultura Organizacional, os enfermeiros demonstraram ter uma concordância em média de 54,8% nos itens correspondentes a esta dimensão. Apresentando 4 itens com valores de concordância superiores a 50%, sendo estes os itens 3- “Acredito ter valor no esforço institucional para melhorar os cuidados de saúde” (80,6%); 29- “Sinto que temos uma “cultura de segurança” na minha unidade/serviço” (68,4%); 30- “Sinto que sou ouvido quando expresso os meus pontos de vista sobre a qualidade de cuidados na minha unidade \ serviço” (57%) e 24- “Acredito que os meus superiores valorizam informação sobre os hábitos de trabalho que afetam a qualidade dos cuidados na minha unidade” (50,3%). O item que apresentou, por sua vez, uma maior incidência de respostas imparciais foi o item 26- “Sinto que estou envolvido no processo de melhoria da qualidade de forma relevante”. O item com maior discordância por parte dos enfermeiros foi o item 25- “Acredito que as questões e problemas que envolvem a segurança e a qualidade dos cuidados do cliente são adequadamente tratados em tempo útil pelo meu superior de unidade\ serviço ou por outro líder, em tempo útil” (34,2%), demonstrando pelos enfermeiros uma insatisfação para com a organização cultural no que toca ao tratamento adequado do espaço

de tempo útil merecido para questões que envolvem a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados.

A dimensão relativa à Tecnologia na Qualidade dos Cuidados apresenta percentagens de concordância altas em todos os itens. O item com menor percentagem de concordância, maior percentagem de discordância e maior percentagem de respostas imparciais foi o item 5- “Acredito que a prestação de bons cuidados ao cliente estão dependentes da utilização de instrumentos que meçam a melhoria da qualidade respetivamente”, demonstrando que os enfermeiros acreditam na tecnologia na melhoria da qualidade dos cuidados, porém, demonstram estar em menos concordância no que toca à dependência da utilização de instrumentos que meçam a melhoria da qualidade para se efetuar bons cuidados.

No que concerne à Avaliação do Risco, os enfermeiros continuaram a apresentar percentagens de concordância altas com uma média de concordância por item de 79,52%. O item com maior percentil de concordância foi o item 34- “Quando observo risco para a segurança, expresso as minhas preocupações a outro colega”. Em oposição, o item com menor percentagem de concordância e, por sua vez, maior percentagem de discordância foi o item 31- “Quando vejo um risco para a segurança, reporto logo através de documentação escrita”, demonstrando por parte dos enfermeiros uma baixa taxa de reportação de eventos críticos. Segundo Hardy & Jaynes (2011), uma cultura sustentável depende de uma boa comunicação e da partilha de histórias por todos numa cultura. Se o intuito for criar uma cultura de confiança e abertura no setor de saúde, uma cultura de segurança e qualidade, é fulcral que os superiores hierárquicos oiçam os restantes e vice-versa, de maneira a criar um clima de confiança. Tão importantes quanto os documentos políticos, os relatórios, os planos governamentais e os livros inspiradores são as histórias das pessoas comuns que cuidam e recebem cuidados todos os dias.

O item 31, a par do item 20 que associa o risco da segurança a um problema a nível organizacional, foram os que tiveram maior percentagem de resposta imparciais, não demonstrando um lado apartidário por parte dos enfermeiros. Hardy & Jaynes (2011) referem também que até que a cultura da saúde se possa proclamar realmente como uma cultura "aberta", uma cultura de "sem culpa", é improvável que todas as iniciativas de gerenciamento e qualidade, todos os relatórios, estatísticas e inovações tenham impacto sobre as coisas que realmente importam, a qualidade dos cuidados.

Por fim, a dimensão Atitude Inadequada que, ao contrário das restantes avalia o inverso desta escala, teve percentagens de concordância baixas. No entanto, um dos itens apresentou uma percentagem de concordância superior a 50% sendo este o item 35- “Quando vejo um risco para a segurança, espero que melhore”, demonstrando uma passividade face à resolução de um

problema esperando que este naturalmente seja resolvido. O item que apresentou uma maior percentagem de discordância foi o item 32- “Quando vejo um risco para a segurança, guardo-o para mim” manifestando uma posição ou a atuação perante um problema. A média de discordância por item desta dimensão é de 55,13% demonstrando que os enfermeiros deste centro hospitalar discordam de atitudes inadequadas.

Dunagan (2017) refere no seu artigo que estudos sobre as atitudes dos enfermeiros relativamente a crenças, valores e papéis no processo de melhoria da qualidade exigem maior atenção pois são estes que se encontram sempre no cuidado direto ao cliente e estes precisam de cuidados seguros e de qualidade.

5. Conclusão

É cada vez mais importante trabalhar a melhoria da qualidade nos serviços, apresentando-se esta como uma das maiores ferramentas no avanço da profissão que é a enfermagem.

O enfermeiro é o principal responsável por avaliar os fatores que podem colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados, pois é ele quem contacta diretamente com o cliente, equipa multidisciplinar e com o ambiente do mesmo.

A QINAS-R foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a atitude dos enfermeiros face à qualidade dos cuidados. Trata-se de um instrumento que contribui para a observação da atitude dos enfermeiros em cada organização, auxiliando a organização na melhoria de condições de trabalho, consequentemente na melhoria da atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade dos cuidados, e dessa forma na melhoria dos cuidados prestados.

Neste estudo, como em qualquer outro, existem métodos de avaliação e para a realização do mesmo foi necessário avaliarmos a fiabilidade e validade da escala QINAS-R-PT numa amostra de 354 enfermeiros que exercem funções em hospitais pertencentes a um centro hospitalar na região de Lisboa. A escala final ficou com 5 dimensões (A Atitude Face a Melhoria da Qualidade Baseada na Evidencia, Cultura Organizacional, A Tecnologia na Qualidade de Cuidados, Atitude Inadequada e Avaliação do Risco) após a AFE e confirmada através da AFC, estando em conformidade com os seus fundamentos teóricos, trinta e quatro dos trinta e cinco itens da escala original mantiveram-se na escala traduzida.

De uma forma unânime, os enfermeiros questionados neste estudo apresentaram uma atitude positiva face a melhoria da qualidade dos cuidados.

No que diz respeito às limitações do estudo, considera-se a falta de experiência com trabalhos de natureza estatística, mais concretamente em estudos de tradução, validação e adaptação de instrumentos de medida em saúde. No âmbito da investigação, seria interessante a realização de estudos com uma amostra maior para a obtenção de uma melhoria dos resultados e um aprofundamento dos estudos relativamente à temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken L. H, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*. 1994;32(8):771-787.
- Aires, K. F., Barlem, J. G. T., Souza, C. S. D., Rocha, L. P., Carvalho, D. P. D., & Hirsch, C. D. (2016). Contribuição da carga de trabalho para a ocorrência de erros de medicação na enfermagem. *Rev. enferm. UFPE online*, 4572-4580.
- Alexandre NMC. & Coluci MZO (2011) “Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumentos de Medidas”. *Cienc Saude Coletiva*.; 16(7): p. [3061-3068]
- Alferes et al (2022), Gestão em enfermagem em contexto de psiquiatria: gestão do tempo no exercício das competências dos gestores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* no.27
- Almeida, S. (2017) *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Médica Mundial, (2013). Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Consultado a 14/12/2022 : https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf
- Akbiyik, A., Akin, E., Korhan Kiray, S. & Kirsan, M. (2020). “The Effect of Nurses’ Leadership Behavior on the Quality of Nursing Care and Patient Outcomes” *Creative Nursing, Creative Health Care Management*, Vol. 26, N. 1. DOI: 10.1891/1078-4535.26.1.e8
- Baernholdt, M., & Cottingham, S. (2011). “*The Clinical Nurse Leader - New nursing role with global implications*”. *International Nursing Review*. 58 (1), p. [74-78].
- Beaton, D.; Bombardier, C.; Guillemin, F. & Ferraz, M. (2007), “*Recomendações para a Adaptação Transcultural do DASH & Rápido TRAÇO, Medidas de Resultado*”. Institute for Work & Health.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–

3191. Disponível em: <https://lab.research.sickkids.ca/pscoreprogram/wp-content/uploads/sites/72/2017/12/Beaton2000-GuidelinesCrossCulturalAdaptation.pdf>.
- Bitencourt, J. V. O. V., Meschial, W. C., Frizon, G., Biffi, P., Souza, J. B., & Maestri, E. (2020). “*Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19*”. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29:e20200213
 - Carrara, G. L. R., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H. H., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2017). “*A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem*”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3):e2016-0060
 - Cavalcanti, R. (2017). A liderança carismática de Steve Jobs, *Revista dos Mestrados Profissionais RMP*, 6(2), pp. 64-80.
 - Caxaria D. et al (2020) “*Motivação e desempenho dos Enfermeiros*”. Livro I do Congresso: Gestão em Enfermagem, Percursos e Desafios.
 - Chen, J; Ramalhal, T & Lucas, P (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar – uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, Vol. 23, N.º 2.
 - Couto, P. (2017). Estilos de Liderança: Aplicação a 360º do Estilo de Bass e Avolio a uma Empresa do Setor Industrial. [Em linha]. Disponível em . [Consultado em 27/04/2021]
 - Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55, 122–31.10/1016/j.outlook.2007.02.006
 - Cummings, G. et al (2010). “*Estilos de liderança e padrões de resultados para a força de trabalho de enfermagem e ambiente de trabalho: uma revisão sistemática*”. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, 47 (3), 363-385
 - Despacho n.º 9456-C/2014, (2014). Códigos de Conduta Ética nos serviços e organismos do Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 138, 21 de julho de 2014).
 - Dias MAA (2003) “*Liderança e Mudanças na Educação*”. *Cadernos. Centro Univ. S. Camilo, São Paulo*, v.9, n.3, p. [112-116].
 - Donabedian A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Rashid Bashshur. Oxford University Press.
 - Dubois, C. et al (2012). “*A taxonomy of nursing care organization models in hospitals*”. *BMC Health Services Research*. 12 (286), p. [1-15].
 - Dunagan P. (2017) “The quality improvement attitude survey: Development and preliminary psychometric characteristics”. *J Clin Nurs*.

- Caxaria D. et al (2020, p. 47) Fitch E, Brooks D, Stratford PW, et al. (2002) “*Physical rehabilitation outcome measures: a guide to enhanced clinical decision making*”. 2nd Ed. Hamilton, Ontario: Lippincott Williams & Wilkins; 7.
- Filho F.; Rodrigues M. & Cimiotti J. (2018) “*Ambiente da Prática de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva*”, Acta Paul Enferm.; 31(2), p [217-23];
- Fraga, T. (2018). O Impacto da Liderança na Performance Organizacional. [Em linha]. Disponível em . [Consultado em 23/03/2021]
- Gandolfi, F. & Stone, S. (2017). The emergence of leadership styles: a clarified categorization. [Em linha]. Disponível em . [Consultado em 27/04/2021].
- GOLDSMITH, M. Indagar, aprender, acompanhar e crescer. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M.; BECKHARD, R. O líder do futuro. Trad. Cynthia Azevedo. 2. ed. São Paulo: Futura, 1996
- Gray, J., Grove, S., & Sutherland, S. (2017). Burns and Grove’s the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (8a ed.). Missouri: Elsevier.
- Griep R., et al (2013), “Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho”. Rev Bras Enferm. 2013;66(ESP): p.[151-157]
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. (1993) “*Adaptação transcultural de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde: Revisão da literatura e diretrizes propostas*”. Journal of Clinical Epidemiology 1993; 46: 1417-1432.
- Hardy, P., & Jaynes, C. (2011). Editorial: Encontrando as vozes para qualidade e segurança em saúde: a história sem fim. Journal of Clinical Nursing, 20, 1069-1071. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03539.x>
- Heale R, Twycross A. Validity and reliability in quantitative studies. Evid Based Nurs. 2015 Jul;18(3):66-7. doi: 10.1136/eb-2015-102129. Epub 2015 May 15. PMID: 25979629.
- HEIL, G.; PARKER, T.; TATE, R. A liderança e a revolução do cliente. Trad. Nivaldo Montingelli Jr. São Paulo: Pioneira, 1995.
- Heinen, M., Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Casbas, T. M., Ball, J., & Schoonhoven; L. (2013). Nurses’ intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. International Journal of Nursing Studies, 50(2), 174-184.
- Hendricson, WD, Russel IJ, Jacobson JM, Rogan H, Bishop GD, Castill R. (1989) “*Desenvolvimento e validação inicial de um formato de idioma duplo inglês-espanhol para as escalas de medição de impacto de artrite*”. Arthritis Rheum; 32; p. [1153-1159]

- Iken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32, 771–787.
- Joanna Briggs Institute (s.d.) “Abordagem JBI para EBHC”. Consultado a 03/08/2021. Retirado de: <https://translate.google.com/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=https://jbi.global/&prev=search&pto=aue>
- Institute of Medicine (IOM) (2011). “*The Future of Nursing Leading Change, Advancing Health*”. Washington. DC: The National Academies Press.
- Kaleem, Y., Asad, S. & Khan, H. (2016) Leadership Styles & Using Appropriate Styles in Different Circumstances. [Em linha]. Disponível em . [Consultado em 05/02/2021].
- Kimberlin CL. & Winterstein AG. (2008) “*Validity and reliability of measurement instruments used in research*”. *Am J Health Syst Pharm.*; 65(23): p.[2276-84].
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care : Nursing ’ s response to meeting patients ’ basic human needs (2a; Ed.). South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide. Acedido em: 26/10/2022. Disponível em: <https://thesis.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl75843.pdf>
- Machado M. et all (2016) “Características Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sociodemográfico”. *Enferm, Foco* 2016;7 (ESP) 09-14.
- Nanyonga R. C., Bosire E., N. Heller, D. J., Bradley, E., & Reynolds, N. R. (2020). “*Predictors of nursing leadership in Uganda: a cross-sectional study*”. *Health Policy Planning*, 35 (suppl 1):51–64
- Novato, D. & Nunes, E. (2019), “*As Relações Interpessoais Na Enfermagem: Influência Da Liderança Na Motivação Da Equipe Técnica*”, *Revista Saúde*, V.13, n.1/2, p. [8-16]
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in Nursing Practice Environments. *Nursing Research*, 55(1), 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00001>
- Leplège A, Verdier A (1994), “*A adaptação das medidas do estado de saúde. Uma discussão de certos aspectos metodológicos do procedimento de tradução*”. In: Shumaker S, Berzon R, Ed. (1994) “*A avaliação internacional da qualidade de vida relacionada com a saúde: teoria, tradução, medição e análise*”. Comunicações rápidas de Oxford, Oxford;
- Lei n.º 21/2014 de 14 de abril - Lei da Investigação Clínica, artigo 16º, nº 1.
- LEPROHON, J. (2001). A qualidade dos cuidados de enfermagem. 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem, Melhor Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). Manual de gestão da qualidade. Lisboa: Editora RH.

- Lucas P. & Nunes E. (2020) Ambiente da Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Revisão Scoping”. Ver Bras Enferm; 73(6);
- Lucas PRMB, Nunes EMGT. Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190479. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- LUNENBURG, F. (2011). Motivating by Enriching Jobs to Make Them More Interesting and Challenging. International Journal of Management, Business, and Administration, 15(1).
- Machado, N. J. (2013). Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>
- Marôco, J., (2016) *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos. software & aplicações*. (2ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2021) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 8ª Ed. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (2a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil: Editora Manole, Lda.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Edição: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Oliveira, S. A., Almeida, M. L., Santos, M. F., Zilly, A. Peres, A. M., & Rocha F. L. R. (2017). Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69)
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *“Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal- Análise estatística”*. Lisboa, Portugal.
- Ozanam, M. et al (2019) *“Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem”*, Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 5, n. 6, p. [6156-6178];

- PARAVIC, T. (1998) “*Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepción, Chile*”. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, São Paulo.
- Pasquali L. (2013) “*Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*”. Rio de Janeiro: Vozes;
- Pires, J. (2017). Liderança autêntica e ética: uma abordagem organizacional nas Forças Armadas. [Em linha]. Disponível em . [Consultado em 27/04/2021].
- Polit DF, Beck CT., (2011) “*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*”. 7 ed. Porto Alegre: Artmed;
- Potra, T. M. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Ribeiro, C. et al. (2016) Liderança, Satisfação e Percepção de Rendimento Desportivo: Estudo com Atletas Seniores, Journal of Sport Pedagogy & Research, nº2-1, pp. 72-86.
- Ribeiro, M (2014). “*Satisfação no trabalho dos enfermeiros de um agrupamento de Centros de Saúde*”. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Ribeiro, O., Carvalho, F, Ferreira, L. & Ferreira,, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Millenium. 35 (13).
- Ribeiro M., Santos S. & Meira T. (2006) “*Refletindo Sobre Liderança m Enfermagem*”. Esc Anna Nery R Enferm.; 10(1), p. [108-115]
- Roach KE. (2006) “*Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness*”. J Prosthet Orthot, Jan;18(1S):8-12.
- Rodrigues, A. (2016). A influência dos estilos de liderança na satisfação profissional : o papel do employee engagement. [Em linha]. Disponível em . [Consultado em 23/03/2021].
- Sammer CE, Lykens K., Singh KP, et al. (2010) “*O que é cultura de segurança do cliente? Uma revisão da literatura*” [Revisão de metaanálise.]. J Nurs Scholarsh 42 (2): 156–165
- Santos, J., Pestana, A., Guerrero, P., Meirelles, B. & Erdmann, A. (2013). Nurses’ practices in the nursing and health care management: integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(2), 257–263. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000200016>

- Souza A, Alexandre N & Guirardello E (2017), “*Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade*”, Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(3), p. [649-659].
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. Doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x.
- Stavrianopoulos T. (2012). “*The clinical nurse leader*”. *Health Science Journal*. 6(3), p. [392- 401].
- Streiner DL. (2003) “*Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency*”. *J Pers Assess.*; 80(1): p. [99-103]
- Terwee CB et al. (2007) “*Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires*”. *J Clin Epidemiol*; 60(1): p. [34-42]
- TREWATHA, R.L.; NEWPORT, M.G. Administração: funções e comportamento. Trad. Auriphebo B. Simões. São Paulo: Saraiva, 1979
- Vilelas, J. (2017). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (2a ed.).83 Lisboa: Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2020) *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. 3ªEd. Lisboa: Edições Sílabo.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in Nursing and Health Research* (5a ed.). New York: Springer Publishing Company.

ANEXOS

ANEXO I – Itens da Escala “The Quality Improvement Nursing Attitude Scale”

1. I value my own contributions to positive quality outcomes of care in local care settings.	Strongly disagree 1	Disagree 2	Neither Agree or Disagree 3	Agree 4	Strongly Agree 5
2. I enjoy being a part of change on my unit to improve quality of care.	Strongly disagree 1	Disagree 2	Neither Agree or Disagree 3	Agree 4	Strongly Agree 5
3. I believe I have value in the institutional efforts to improve care.	Strongly disagree 1	Disagree 2	Neither Agree or Disagree 3	Agree 4	Strongly Agree 5
4. I believe that consistent deviation from standards of care negatively affects the quality of care.	Strongly disagree 1	Disagree 2	Neither Agree or Disagree 3	Agree 4	Strongly Agree 5
5. I believe good patient care is dependent on the use of tools which measure quality improvement.	Strongly disagree 1	Disagree 2	Neither Agree or Disagree 3	Agree 4	Strongly Agree 5
6. I believe that continuous quality improvement is an essential part	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree

7. I value active partnership with patients in planning, implementation, and evaluation of care.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
8. I respect and encourage individual expression of patient values, preferences, and expressed needs in the care of my patients.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
9. I value how research contributes to my practice by providing evidence for best practice.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
10. I believe I should participate in structuring the work environment to facilitate integration of new evidence into standards of practice.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
11. I value technologies that support clinical decision-making, error prevention, and care coordination.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
12. I believe I should be involved in the design, selection, and use of information technologies to support patient care.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5

13. I believe I have a role in analyzing unsafe practices, errors, and designing system improvements.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
14. I believe quality outcomes are dependent on the following: my personal acceptance of patient contributions to care, accurate use of electronic medical records, nursing research, and ongoing collaboration with team members.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
15. I believe I should be able to effectively communicate with all members of the healthcare team in order to provide quality care.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
16. I respect other health care team member's perspectives and expertise in making decisions about patient care.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
17. When I plan care for my patient, I believe best practice, patient preferences, and interdisciplinary contributions are essential to safe quality care.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
18. When evaluating safety risks for my patient, I consider ALL of the following: the input from the patient, family members, other healthcare professionals, documented information in the electronic medical record, and current evidence.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5

19. I believe technology and use of the electronic medical record provides me the opportunity to collaborate with other nurses and healthcare professionals in order to achieve safe quality outcomes for my patients.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
20. When I see a risk for compromised safety of my patient, I immediately consider if this is a system-wide problem.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
21. I believe nurses should not deviate from best practice in order to save time or work effort.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
22. I often seek to examine patient preferences and current research to guide me in my efforts to reduce patient harm or enhance quality outcomes.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
23. When I see other nurses deviating from the standard of care, I feel powerless to influence their practice.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
24. I believe that my managers value information about the work habits that affect the quality of care in my unit.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5

25. I believe that issues and problems involving patient safety and quality care are adequately addressed by my unit manager or other leader in a timely manner.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
26. I feel that I am involved in a process of quality improvement in important ways.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
27. I feel that issues with patient safety are seen as a 'system problem' by my managers.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
28. When patient safety is compromised, I feel that it is reliably reported.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
29. I feel that we have a 'culture of safety' in my unit.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
30. I feel that my voice is heard when I express my views about the quality of care in my unit.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
31. When I see a risk for compromised safety, I report it by documentation.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5

32. When I see a risk for compromised safety, I keep it to myself.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
33. When I see a risk for compromised safety, I tell a supervisor.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
34. When I see a risk for compromised safety, I express concern to another employee.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5
35. When I see a risk for compromised safety, I hope it will get better.	Strongly disagree	Disagree	Neither Agree or Disagree	Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5

ANEXO II – Pedido de Adaptação e Validação da Escala

Quality Improvement Nursing Attitude Scale (QINAS) Request

Externo

Caixa de entrada x



MÁRCIA FILIPA BARBOSA GOMES <marcia.gomes@campus.esel.pt>

para pdunagan, Pedro, Maria ▾

quarta, 21/07, 16:08



Dear Professor Pam B. Dunagan,

I hope you are doing well.

My name is Márcia Gomes and I am getting my master's in Nurse Management at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Dr. Maria Filomena Gaspar¹ and Dr. Pedro Bernardes Lucas², both teachers at the University, are guiding me in my master's thesis. I would like to ask you permission to validate your Quality Improvement Nursing Attitude Scale (QINAS), at "*Quality Improvement Attitude Survey: Development and Preliminary Psychometrics Characteristics*", to the Portuguese population.

We will be available to provide any information deemed relevant.

Yours faithfully,

Márcia Gomes, M^a. Filomena Gaspar & Pedro Lucas.

¹Nurse, PhD. Professor at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR. Lisbon, Portugal;

²PhD, MSc, MScN, RN. Professor at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, CIDNUR. Lisbon, Portugal.



Dunagan, Pamela B <pdunagan@berry.edu>

para mim ▾

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Marcia,

Yes. You may use the scale. My intention was to perform a factor analysis but I was hired as director here and have not had the time.



Pam Dunagan, PhD, RN

Director and Associate Professor

Division of Nursing

706.368.6398 office

706.766.5915 cell

PO Box 5048

Mt. Berry, GA 30149

pdunagan@BERRY.EDU

ANEXO III– Pedido formal de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de
Ética do Centro Hospitalar

Exmo. Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários a enfermeiros.

Eu, Márcia Filipa Barbosa Gomes, enfermeira a exercer funções no serviço de a frequentar o 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um estudo científico, intitulado "*Adaptação e Validação para o Contexto Cultural Português da Escala: The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*", sob orientação da Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, com vista à obtenção do grau de mestre.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: traduzir e adaptar a escala "*Quality Improvement Nursing Attitude Scale*" para o contexto cultural português, dando origem à versão portuguesa da mesma, e determinar as características psicométricas da escala nos enfermeiros portugueses. Avaliar a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade no hospital

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação de questionários a todos os enfermeiros que exerçam funções no Hospital

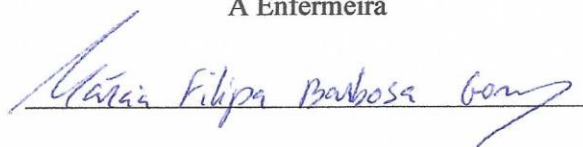
O instrumento de recolha de dados a utilizar neste estudo é um questionário de autopreenchimento denominado por The Quality Improvement Nursing Attitude Scale, autorizado pela autora. O preenchimento está inerente à garantia que serão salvaguardados os princípios éticos da livre participação e do consentimento informado dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar no estudo, sendo assegurada ainda a confidencialidade e anonimato dos intervenientes de acordo com a Lei nº 58/2019, de 8 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais Portuguesa) e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia

Disponível para possíveis esclarecimentos através de email marcia.gomes@campus.esel.pt e contacto telefónico:

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A Enfermeira



Lisboa, 12 de novembro 2021

ANEXO IV– Parecer favorável por parte do comité de ética

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
Parecer

Data: 22.12.2021

Processo n.º: 1163/2021

Título: "Adaptação e validação para o contexto cultural português da escala: The Quality Improvement Nursing Attitude Scale"

Relator: _____

Investigadora Principal: Márcia Filipa Barbosa Gomes, Enf (

Investigador associado: Maria Filomena Gaspar (Prof. ESEL, orientadora)

Local: Profissionais de Enfermagem

Projeto no âmbito do Mestrado na Área de Especialização Gestão em Enfermagem (ESEL), Estudo clínico, observacional e prospetivo.

Tem como objetivo traduzir e adaptar a escala "Quality Improvement Nursing Attitude Scale" para o contexto cultural português, dando origem à versão portuguesa da mesma, e determinar as características psicométricas da escala para a aplicação nos enfermeiros. Será ainda avaliada a atitude dos enfermeiros do _____ a partir da utilização da escala em validação.

O ponto atual do projeto é a aplicação da escala diretamente aos profissionais de enfermagem do _____, com recurso ao questionário de autopreenchimento. A submissão do questionário implica a autorização do respondente, quanto à utilização dos dados de resposta. O questionário é online. Pelo tipo de projeto e forma como serão recolhidos e analisados os dados, não se prevê obtenção de Consentimento informado.

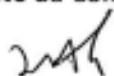
Tem parecer hierárquico da enfermeira gestora da unidade onde exerce funções, mas carece do parecer da Enfermeira Diretora, uma vez que o questionário é aplicado aos enfermeiros do _____

Não estão previstos encargos financeiros para o _____

Conclusão:

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Vice-Presidente da Comissão de Ética



Exma

Presidente do Conselho de Administração

Recebemos, no Centro de Investigação, o pedido de autorização para realização de projeto de investigação no âmbito de Mestrado, com o título **Adaptação e validação para o contexto cultural português da escala: The Quality Improvement Nursing Attitude Scale**, tendo sido atribuída a referência interna INV 291.

Instituição/Unidade I&D: Profissionais de Enfermagem do

Parceria : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Investigador principal: Márcia Filipa Barbosa Gomes

Este projeto decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Investigadores associados: Maria Filomena Gaspar (professora Orientadora de Mestrado na ESEL)

Objetivo do estudo: O objetivo do projeto é traduzir e adaptar a escala “Quality Improvement Nursing Attitude Scale” para o contexto cultural português, dando origem à versão portuguesa da mesma, e determinar as características psicométricas da escala para a aplicação nos enfermeiros. Será ainda avaliada a atitude dos enfermeiros do , a partir da utilização da escala em validação.

O ponto atual do projeto é a aplicação da escala diretamente aos profissionais de enfermagem do com recurso ao questionário de autopreenchimento. A submissão do questionário implica a autorização do respondente, quanto à utilização dos dados de resposta. O questionário é online, de autopreenchimento, voluntário, e as respostas ficarão automaticamente anonimizadas.

Não serão recolhidos dados identificativos. Os dados pessoais têm como função caracterizar a amostra em estudo. O projeto dirige-se apenas aos profissionais de enfermagem, não sendo recolhidos dados clínicos nem dados de doentes.

Foi apresentado o parecer hierárquico. Considerando a natureza do projeto e a intenção de aplicar o questionário de recolha de dados aos profissionais de enfermagem do , será solicitado o apoio da Enfermeira na divulgação do link de resposta.

Avaliação sumária do dossier do projeto, pelo GRAP:

A informação facultada inclui:

Protocolo do estudo contextualiza o problema, descreve a metodologia e os instrumentos de recolha de dados. O anexo 7 complementa a forma como os dados pessoais recolhidos serão protegidos, tendo sido emitido o anexo 7A.

Metodologia de recolha de dados: não serão recolhidos dados identificativos nem dados de doentes. As variáveis a considerar serão recolhidas a partir do questionário adaptado e em validação - escala “Quality Improvement Nursing Attitude Scale” – que permitirá determinar as características psicométricas da escala para a aplicação nos enfermeiros.

Informação e Consentimento informado: o questionário em validação contém a informação sobre o projeto. É de autopreenchimento e a submissão pressupõe a aceitação de utilização dos dados recolhidos

Finalidade da recolha de dados pessoais: Os dados pessoais têm como função caracterizar a amostra em estudo.⁴

Licitude da recolha de dados: para fins de investigação; por consentimento dos respondentes

Proteção de dados: Não serão recolhidos dados identificativos. O projeto dirige-se apenas aos profissionais de enfermagem, não sendo recolhidos dados clínicos nem dados de doentes. Foram facultadas as informações sobre as medidas de proteção de dados e garantia da confidencialidade e privacidade dos titulares dos dados, em todos os momentos, incluindo para efeitos de divulgação e publicação. Este projeto está em conformidade com o RGPD e as práticas de proteção de dados em curso no

Custos: Este projeto não tem custos para o Centro Hospitalar.

Parecer da Área de Gestão financeira e Contabilidade (AGFC 190/2021) – “É de autorizar, na medida em que não se perspetivam encargos adicionais para a Instituição”.

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES 1163/2021) - “Tem o parecer hierárquico da enfermeira gestora da unidade onde exerce funções, mas carece do parecer da Enfermeira Diretora, uma vez que o questionário é aplicado aos enfermeiros do (...)”. O estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que se emite parecer favorável à sua realização.”

Parecer hierárquico do Enfermeiro Diretor Adjunto: “Considerando que o estudo proposto não levanta questões ético/legais e parecendo ser de interesse para o conhecimento do ambiente da prática e gestão de cuidados de enfermagem, entendemos ser de interesse a sua autorização”

Documentos anexados:

Para efeitos de autorização deste projeto, remete-se o dossier contendo os seguintes documentos:

Ficha de Identificação do Projeto

Carta de submissão

Pareceres hierárquicos

Protocolo de investigação

Versão portuguesa em validação

Compromisso de publicação

Declaração de eliminação de dados pessoais

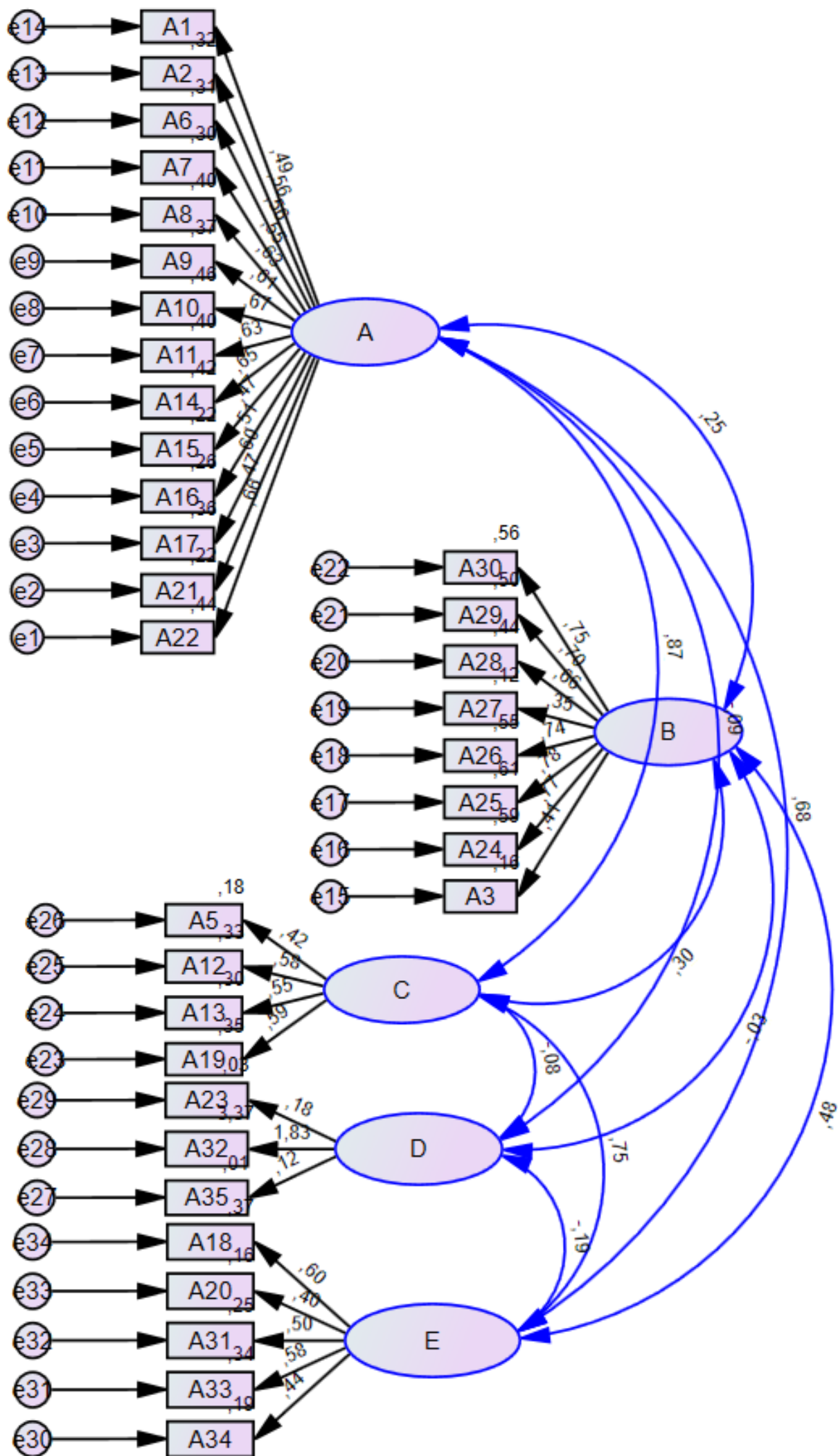
Anexo 7A – de conformidade com o RGPD

Parecer da Área de Gestão Financeira e Contabilidade, AGFC 190/2021

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde, CES 1163/2021

Com os melhores cumprimentos

ANEXO V– Analise Fatorial Confirmatória Modelo das Cargas Fatoriais



APÊNDICES

APÊNDICES I - A Atitude Dos Enfermeiros Face À Melhoria Da Qualidade: Revisão Scoping

A ATITUDE DOS ENFERMEIROS FACE À MELHORIA DA QUALIDADE: REVISÃO SCOPING

Nurses attitude towards quality improvement: A scoping review

Márcia Filipa Barbosa Gomes

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal
marcia.gomes@campus.esel.pt

RESUMO

Objetivo: Identificar a evidência científica acerca da atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade. **Métodos:** Revisão de scoping da literatura, com 3 etapas: 1) uma pesquisa inicial na CINAHL e MEDLINE; 2) uma pesquisa mais ampliada, utilizando as mesmas palavras-chaves e termos de pesquisa no Google Académico e SciELO; 3) Pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Os estudos selecionados foram do período entre 2015-2021. **Resultados:** Foram incluídos 12 artigos. 41,8% debruça-se sobre a aplicação da escala QSEN, literatura sobre a mesma ou o desenvolvimento de atividades de enfermagem com esta. Um artigo traduz a escala QSEN para o idioma português. Direcionado para a melhoria da qualidade a revisão tem 33,3% de artigos com esta temática assente. Apenas 1 artigo correspondendo a 8,3% aborda a escala QINAS e outro artigo aplica a mesma, representando também assim 8,3%. **Conclusão:** Melhorar o ensino de enfermagem relativamente à melhoria da qualidade vai originar mais enfermeiros com uma maior atitude face à melhoria da qualidade. **Descritores:** Atitudes dos Enfermeiros, Melhoria da Qualidade, qualidade dos cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Objective: To identify the scientific evidence regarding Nurses Attitude towards Quality Improvement. **Methods:** Scoping Revision, with 3 stages: 1) an initial research on CINAHL and MEDLINE; 2) a wider research, using the same key-words and search terms on Google Académico and SciELO; 3) Research on bibliographic references of the selected articles. The selected studies were delimited between 2015-2021. **Results:** 12 articles were included. 41,8% focuses on the application of the QSEN scale, literature on it or the development of nursing activities with it. An article translates the QSEN scale into Portuguese. Aimed at quality improvement, the review has 33.3% of articles with this theme based. Only 1 article addresses the QINAS scale and another article applies it, corresponding each to 8.3%. **Conclusion:** Improving nursing education with regard to quality improvement will lead to more nurses with a greater attitude towards quality improvement. **Descriptors:** Nurse attitudes, Quality improvement, quality of nursing care

INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade apresenta-se como uma temática cada vez mais abordada pelos investigadores, sendo uma das ferramentas que fomenta o avanço da profissão de Enfermagem. Lucas P. & Nunes E. (2020) referem-se à qualidade dos cuidados de enfermagem como um elemento essencial na profissão que se refere, entre outros pontos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro.

No entanto, poucos estudos existem sobre a atitude dos enfermeiros face a esta ferramenta. A atitude dos enfermeiros foi definida como a habilidade do enfermeiro em valorizar cada uma das seis competências da casa da qualidade (Cuidado Centrado no Paciente, Prática Baseada na Evidência, Trabalho de Equipa e Colaboração, Melhoria da Qualidade, Segurança e Informática), reconhecer a interdependência entre as competências e ter uma atitude positiva em relação ao papel do enfermeiro na melhoria da qualidade (Dunagan P., 2017).

Caxaria D. et al (2020, p. 47) referem que o enfermeiro gestor é a chave para o sucesso das intervenções, sendo o seu papel determinante no processo de motivação da sua equipa fomentando o desenvolvimento de competências que promovem uma melhoria no desempenho, traduzindo-se em ganhos em saúde e contribuindo para o sucesso da organização. A Ordem dos Enfermeiros (2018) salienta que a motivação e satisfação produzem um impacto direto no desempenho e produtividade dos profissionais e que o enfermeiro gestor assume um papel determinante na motivação das suas equipas.

O Enfermeiro Gestor guia a sua equipa em direção aos objetivos da unidade através da liderança. Estratégias mundiais, em inúmeros cenários e especialmente em países de baixa e média renda, têm defendido a liderança como estratégia principal para garantir serviços de qualidade e eficazes, assim como reformulações em sistemas de saúde (Nanyonga et al., 2020). Carrara et al. (2017) destaca como características de um líder qualificado os seguintes: visão, competência, habilidades comunicativas, tomada de decisão, planeamento, capacidade resolutive relativo a problemas, bom relacionamento e estabilidade emocional.

Dito isto, o Enfermeiro Gestor deve munir-se, além de todas estas características, de conhecimento e bibliografia que o possa ajudar a guiar a sua equipa de enfermagem de maneira que estes atinjam os objetivos da organização de saúde.

De maneira a colmatar esta falta de evidência, Dunagan P. (2017) criou a "*The Quality Improvement Nursing Attitude Scale*", que se apresenta como uma escala para avaliar a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade.

Deste modo, apresenta-se como um dever para a enfermagem colmatar também esta lacuna existente na evidência dos dias de hoje.

OBJETIVO

Identificar, segundo a análise de literatura científica, os conceitos e o conhecimento existente associado à atitude de enfermagem face à melhoria da qualidade;

MÉTODOS

A metodologia utilizada segue as guidelines elaboradas por Joanna Briggs Institute (JBI) relativamente a revisões de scoping. Este método permite a síntese de evidência, utilizando a avaliação, análise ou comparação dos estudos existentes, tendo em conta os diferentes objetivos e questões de revisão. Incide sobre um determinado assunto realizando um mapeamento destes artigos de forma a promover a saúde e, neste caso, os cuidados de enfermagem baseados na evidência. O objetivo desta revisão é, então, identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade. Apresenta como pergunta orientadora: "Como se identifica a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade?". Formulou-se a questão de revisão, tendo em conta o PCC, em que se considerou: População (P), os enfermeiros; Conceito (C), a atitude; Contexto (C), a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

De seguida, foram definidos os descritores, indo estes de encontro com a temática delineada, nomeadamente: "Nurse attitudes", "Quality improvement" e "quality of nursing care". Foram realizadas três

etapas de pesquisa. A primeira pesquisa realizou-se através da plataforma EBSCOhost, onde foi consultada a base de dados CINAHL e MEDLINE, utilizando as palavras-chave anteriormente descritas. Na segunda etapa, utilizando uma pesquisa mais ampla, mas com os mesmos descritores, recorreu-se a outros motores de busca. Na terceira etapa, utilizando as referências de artigos incluídos na revisão, conseguiu-se identificar novos estudos que se incluíram também na revisão. Como critério de inclusão, procurou-se delimitar a pesquisa através da linha temporal 2015-2021 e ter acesso ao texto na sua totalidade.

Como critério de exclusão, foram retirados os artigos que não se encontravam nos idiomas português, espanhol e inglês. Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão, recorrendo-se a uma tabela (Tabela1) de extração dos resultados, de acordo com o objetivo e a pergunta da revisão e segundo a metodologia de revisões scoping do JBI. A tabela de extração encontra-se organizada pelos seguintes dados: Autor(es), Ano de publicação, Título; País; População em estudo/Tamanho da amostra/Participantes Contexto; Objetivos e Principais resultados.

Tabela 1 -> Resumo de estudos incluídos.

Autores/ Ano de publicação/ Título/ País	População/ contexto/ objetivo	Principais resultados
Dunagan, P.B. (2017) The quality improvement attitude survey: Development and preliminary psychometric characteristics EUA	57 Enfermeiros clínicos à beira do leito Objetivo: Examinar as características psicométricas preliminares da Escala de Atitude de Enfermagem de Melhoria da Qualidade	Os resultados deste estudo psicométrico preliminar do QINAS revelaram uma nova visão sobre o domínio afetivo para as competências QSEN e a necessidade de gerar itens adicionais para o QINAS voltado para a percepção e importância pelos enfermeiros na qualidade e segurança e seu poder de promulgar princípios de qualidade e segurança.
Peterson-Grazioplene, V. & Bryer, J. (2017) Assessing Student Perceptions of Quality and Safety Education for Nurses Competencies in a Baccalaureate Curriculum EUA	73 estudantes de enfermagem, foi-lhes aplicada a escala QSEN Student Evaluation Survey. Objetivo: Avaliar as percepções dos alunos sobre a educação de qualidade e segurança para as competências dos enfermeiros no seu currículo de Bacharelado	Os alunos perceberam que estão menos informados e menos preparados para se envolver em atividades de melhoria da qualidade (QI). Essa competência foi percebida como a menos importante. Os alunos relataram que estavam de alguma forma preparados para desempenhar todas as outras habilidades relacionadas às competências QSEN
Giesbers, A., Schouteten, R., Poutsma, E., Van Der Heijden, B., & Achterberg, T. (2015) Feedback provision, nurses' well-being and quality improvement: towards a conceptual framework Holanda	Literatura acadêmica para equipas de enfermagem sobre o fornecimento de feedback e gestão estratégica de recursos humanos. Objetivo: Interpretar a relação entre o fornecimento de feedback, o bem-estar dos enfermeiros e a melhoria da qualidade	Em termos de resultados os mesmos indicam que deve ser dada mais atenção ao bem-estar dos enfermeiros, pois o bem-estar do enfermeiro pode mediar a relação entre o fornecimento de feedback e a melhoria da qualidade.

Gaffney, M., & Chargualaf, K. (2020) Using Simulation to Improve Nursing Students' Attitudes Toward Quality Improvement EUA	25 alunos juniores da BSN responderam ao questionário Quality Improvement Nurse Attitudes Survey Objetivo: Determinar se a simulação de alta fidelidade melhora as atitudes dos alunos sobre seu futuro papel na melhoria contínua da qualidade.	As respostas QINAS pré e pós-teste foram analisadas e ambos os grupos demonstraram melhora nos escores cumulativos do QINAS. A educação deliberada, com ou sem simulação, melhora as atitudes dos estudantes de enfermagem sobre seu papel nos processos de melhoria da qualidade.
Lee, N., Jang, H., & Park, S. (2016) Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study Coreia do Sul	206 alunos do último ano de bacharelado em enfermagem localizados em Seul, Coreia do Sul, Objetivo: Examinar os programas de enfermagem na Coreia do Sul em termos de conteúdo e métodos de ensino da educação para a segurança do paciente a partir das experiências educacionais percebidas pelos alunos de enfermagem e avaliar a competência de segurança do paciente relatada pelos próprios alunos.	A educação sobre a segurança do paciente foi ministrada principalmente por meio de palestras, e não durante sessões de laboratório ou simulação. O grau de cobertura da competência QSEN e a competência referida pelos alunos nos scores totais e de atitude mostraram diferenças estatísticas entre as escolas de enfermagem. A pontuação da atitude dos alunos foi significativamente maior do que habilidade e conhecimento
Maxwell, K. & Wright, V. (2016) Evaluating the Effectiveness of Two Teaching Strategies to Improve Nursing Students' Knowledge, Skills, and Attitudes About Quality Improvement and Patient Safety EUA	64 alunos participaram em aprendizagem online ou aprendizagem online em conjunto com uma sala de aula invertida. Objetivo: Avaliar duas estratégias de ensino no que se refere à educação em qualidade e segurança para enfermeiros, conteúdos sobre melhoria da qualidade e segurança.	O uso de módulos online em conjunto com a sala de aula invertida teve um efeito maior no aumento de alunos de enfermagem com conhecimento da melhoria da qualidade do que o uso de módulos online apenas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para segurança
Freitas, J., Silvia, A. & Dolansky, M. (s.d.) Versão em português do Quality and Safety Education for Nurses Competencies (QSEN Competencies) Brasil	Enfermeiros e o ensino sobre qualidade e segurança Objetivo: Traduzir uma escala de competências para o ensino sobre qualidade e segurança em enfermagem	A tradução das competências QSEN para o português

Jeffer, L., Banker, G., Taggar, R., Hubley, P., Richards, J., Merkley, J., Shearer, J., Webster, H., Dizon, M., Fong, J. (2018) Attributes and Actions Required to Advance Quality and Safety in Hospitals: Insights from Nurse Executives EUA	20 executivos de enfermagem que trabalham em hospitais em Ontário. Objetivo: Explorar a compreensão dos executivos de enfermagem sobre os principais conceitos e estratégias associados à segurança do paciente e melhoria da qualidade, e seu envolvimento com a segurança do paciente e melhoria da qualidade em seus hospitais e sistemas de saúde	Três temas principais emergiram do conjunto de dados narrativos, incluindo: (1) ser um pensador estratégico e sistêmico, ao mesmo tempo que possui inteligência emocional para influenciar a equipe; (2) construir credibilidade e relacionamentos com a equipe do ponto de atendimento, diretoria e equipe de liderança e (3) criar uma cultura de segurança e alta confiabilidade
Tsogbadrakh, B., Akkadechanunt, T., Wichaikhum, O., (2020) Nurse and Patient Perceptions of Quality Nursing Care in Mongolian Public Hospitals Mongólia	21 enfermeiras licenciadas e 18 pacientes realizado em seis hospitais secundários e três terciários na Mongólia. Objetivo: Explorar as percepções dos enfermeiros e pacientes sobre cuidados de enfermagem de qualidade em hospitais públicos secundários e terciários na Mongólia.	Sete categorias emergiram e os componentes essenciais da assistência de enfermagem de qualidade foram determinados como: Gerenciamento de sintomas, Atividades da vida diária, Incentivo, Suporte emocional, Relacionamento que nutre, Respeito pelas crenças religiosas e Preocupação com as diferenças culturais.
Akbiyik, A., Akin, E., Korhan Kiray, S. & Kirsan, M. (2020) The Effect of Nurses' Leadership Behavior on the Quality of Nursing Care and Patient Outcomes Turquia	13 estudos sobre enfermeiros líderes Objetivo: Examinar o efeito dos estilos de gerenciamento de enfermagem nos resultados do paciente e na qualidade da assistência de enfermagem (QNC)	Os comportamentos de liderança focados no relacionamento melhoraram direta ou indiretamente os resultados dos pacientes e aumentaram o QNC em comparação com os comportamentos de liderança focados na tarefa.
Cengiz, A. & Yoder, L. (2020) Assessing Nursing Students' Perceptions of the QSEN Competencies: A Systematic Review of the Literature With Implications for Academic Programs	Literatura que incluía as percepções dos alunos de graduação em enfermagem de seus KSAs dentro das seis competências do QSEN. Objetivo: Avaliar a pesquisa sobre as percepções dos alunos de enfermagem sobre suas habilidades para realizar as seis competências QSEN e determinar o efeito da integração do conteúdo	Em geral, os estudantes de enfermagem pré-licenciatura perceberam o cuidado centrado no paciente como o mais discutido e a melhoria da qualidade como a competência menos integrada em seus currículos. Os alunos relataram estar mais preparados para realizar habilidades de cuidado centrado no paciente e menos preparados para realizar habilidades de melhoria de qualidade.

EUA	QSEN em seus cursos, estágios clínicos ou experiências de simulação.	As simulações foram consideradas eficazes para aumentar as percepções dos alunos sobre sua capacidade de realizar as competências QSEN
Bristol, T. (2016) Educate, Excite, Engage EUA	Abordar áreas-chave de prática que se aplicam a todos os profissionais de enfermagem, pré-licenciamento e pós-graduação, Objetivo: Desenvolver atividades de aprendizagem para experiências de aprendizagem clínica, usando as competências encontradas na Educação de Qualidade e Segurança para Enfermeiros.	Usar as competências QSEN como uma estrutura para atividades de aprendizagem clínica é uma estratégia ideal para promover o pensamento de ordem superior e a aprendizagem subsequente nos alunos.

RESULTADOS

Após a remoção dos artigos duplicados, identificaram-se 51 estudos para seleção da revisão. Desses artigos procedemos à leitura prudente dos títulos, 27 foram selecionados por preencherem os critérios de inclusão estabelecidos. Posteriormente examinou-se meteticulosamente os resumos dos artigos, e 6 artigos foram excluídos por não preencherem todos os requisitos. Ficando então com um total de 21 artigos. Nestes foram examinadas as referências bibliográficas e incluímos no estudo mais 4 artigos que nos pareceram pertinentes e adequados ao tema, alcançando assim 25 artigos. Subsequentemente obtivemos os textos na sua íntegra e analisamo-los de forma exaustiva, de modo que 12 cumpriram os critérios. O processo de busca e seleção dos estudos desta revisão está apresentado no fluxograma (Figura 1), conforme recomendações do JBI, segundo checklist adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

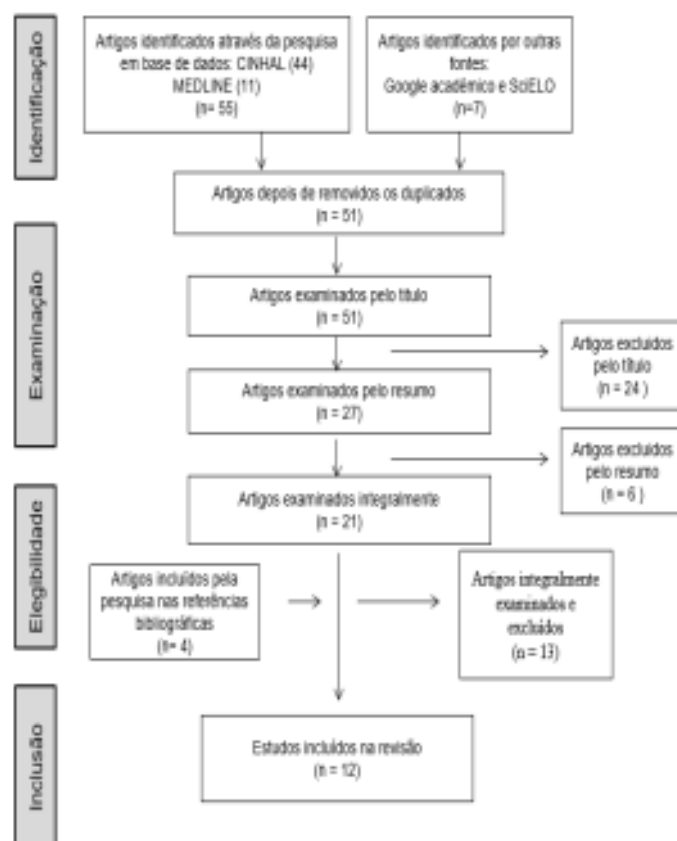


Figura 1 -> Diagrama PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

DISCUSSÃO

O objetivo desta revisão de scoping é explorar a evidência científica acerca das atitudes dos enfermeiros face à melhoria da qualidade. Para responder a essa questão, foram incluídos 12 artigos. 50% dos artigos incluídos são estudos descritivos, 16,8% são estudos experimentais, e os restantes quatro representando cada um deles 8,3% são: transversal, qualitativo exploratório, qualitativo descritivo e revisão sistemática. Os EUA apresentaram a maior percentagem de artigos com 58,5%, sendo que a restante percentagem incluía todos os artigos de países diferentes sendo estes, Holanda, Turquia, Coreia do Sul, Brasil e Mongólia.

Relativamente à temática por estes abordada 41,8% debruça-se sobre a aplicação da escala QSEN, literatura sobre a mesma ou o desenvolvimento de atividades de enfermagem com esta. Um artigo traduz a escala QSEN para o idioma português. Direcionado para a melhoria da qualidade a revisão tem 33,3% de artigos com esta temática assente. Apenas 1 artigo correspondendo a 8,3% aborda a escala QINAS e outro artigo aplica a mesma, representando também assim 8,3%.

A melhoria da qualidade é uma temática cada vez mais abordada pelos investigadores, sendo uma das ferramentas que fomenta o avanço da profissão.

Um dos papéis fundamentais dos enfermeiros gestores passa pelo alinhamento e disseminação de valores essenciais de qualidade e segurança e a promoção da segurança como uma verdadeira métrica norte. (Jeffs L. et al, 2018, p.25) O processo de liderança pode incluir condições de trabalho que estimulem relações positivas com a equipa para garantir um ambiente de abertura, comunicação e maior produtividade para alcançar uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem. (Akbiyik A., Akin, E., Korhan Kiray, S. & Kirsan, M., 2020, p.15) O fornecimento de feedback sobre medidas de qualidade às equipas de enfermagem é visto como uma demanda de trabalho onerosa ou como um recurso de trabalho que os ajuda a melhorar a qualidade da assistência de enfermagem (Giesbers, A. et al, 2015).

O modelo "Quality House" ilustra as competências necessárias para conseguir atingir a melhoria da qualidade e segurança, sendo este representado pelo "teto" da casa,

apoiado nos vários pilares: cuidado centrado no paciente, trabalho em equipe e colaboração, prática baseada em evidências, e Informática, mostrado a individualidade e interdependência de cada pilar. Por fim o enfermeiro atua no modelo como "base" e "empreiteiro geral" da casa, apresenta-se como ser individual e força fundamental da casa, pois sem este é impossível a chegada ao topo, ou seja, à segurança e melhoria da qualidade. Uma visão holística e interdependente das competências é promovida usando a aplicação contínua e precoce do modelo para a resolução de problemas clínicos.

Alguns estudos que foram integrados na revisão abordam a educação em enfermagem e se a mesma se encontra a ser eficiente sobre a melhoria da qualidade. Peterson-Graziose V. & Bryer J. (2017) avaliou a percepção de 73 alunos que estavam a concluir o curso de enfermagem sobre a percepção dos mesmos sobre a educação que lhes era fornecida ao longo do curso sobre a segurança e melhoria da qualidade. Para o efeito foi aplicada a escala "*Educação para a Qualidade e Segurança de Enfermeiros*" (QSEN). A mesma tem como objetivo suprimir as lacunas existente no ensino de enfermagem disponibilizando informação precisa sobre como ensinar e avaliar a aprendizagem dos alunos de enfermagem relativamente a qualidade e segurança do utente. A mesma aborda as seis competências de qualidade e segurança do paciente para o curso de enfermagem, culminando num conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para cada competência. Estas seis competências passam pelo cuidado centrado no paciente, trabalho em equipa e colaboração, prática baseada na evidência, melhoria da qualidade, segurança e informática, tal como o modelo "Quality House" anteriormente descrito. (Freitas J., Silva A. & Dolansky M., s.d.)

A definição da competência melhoria da qualidade tem como objetivo a utilização de dados para monitorar os resultados dos processos de cuidado e usar métodos de melhoria para desenhar e testar mudanças para melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde (Freitas J., Silva A. & Dolansky M., s.d.).

Quando avaliados os 73 alunos (Peterson-Graziose V. & Bryer J., 2017), relativamente à sua percepção sobre o

conteúdo do currículo de qualidade e segurança, os investigadores concluíram que, para os estudantes, o tópico menos presente no seu currículo, portanto com menor abordagem e transmissão de conhecimento durante a licenciatura foi o da melhoria da qualidade. Relativamente à percepção dos alunos quanto a realizar ações ou habilidades específicas com base em todas as competências, a que teve uma percentagem média mais baixa foi a melhoria da qualidade, mais especificamente no item "avaliar o efeito das mudanças da prática usando métodos e medidas de melhoria da qualidade".

Por fim, relativamente à importância percebida das competências de qualidade e segurança, os alunos classificaram a atitude dos mesmos face à melhoria da qualidade, como uma das menos importantes. Desta forma os autores concluíram que as percepções dos alunos sobre a competência incluída com menos frequência em seus currículos universitários foi a melhoria da qualidade e os alunos se sentiram menos preparados para realizar as habilidades relacionadas à melhoria da qualidade, especialmente usando ferramentas de melhoria da qualidade e avaliando os efeitos das modificações na prática.

Cengiz A. & Yoder L. (2020) faz uma revisão de sete artigos e conclui também que os estudantes de enfermagem pré-licenciatura têm a percepção que o cuidado centrado no paciente é a temática mais discutida e a melhoria da qualidade como a competência menos incluída no seu currículo. Os alunos relataram estar mais preparados para realizar habilidades de cuidado centrado no paciente e menos preparados para realizar habilidades de melhoria de qualidade.

Lee N., Jang H. & Park S. (2016) questionou aos 206 alunos que participaram no estudo qual das 5 competências da escala QSEN era mais abordada durante o curso e, novamente como observado em estudos anteriores, a segurança e melhoria da qualidade são as competências que têm uma percentagem menor de abrangerem as unidades curriculares dos alunos de licenciatura em enfermagem. Um dos itens da escala que 41,7% dos alunos refere não ter sido abordado durante a licenciatura é referente à competência da melhoria da qualidade e refere-se a "métodos para determinar como a qualidade do cuidado em

um ambiente local se compara aos padrões de referência nacionais"

A atitude dos enfermeiros face a melhoria da qualidade

Para apoiar as competências de segurança e melhoria da qualidade, os enfermeiros devem avaliar continuamente os fatores que aumentam o risco do paciente e estar dispostos e capazes de assumir uma identidade de enfermagem que demonstre esforços para promover resultados de qualidade (Lee N., Jang H. & Park S., 2016; Freitas J., Silva A. & Dolansky M., s.d; Dunagan P., 2017). Uma cultura de segurança e qualidade depende da capacidade do enfermeiro de aplicar conhecimentos, habilidades e atitudes associados a cada competência, tanto separada quanto interdependente, para a redução de erros clínicos.

Escala da atitude de enfermagem face à melhoria da qualidade

Esta escala foi desenvolvida para perceber se o ensino de enfermagem está a ir de encontro com os seus objetivos de conseguir transmitir todo o seu conhecimento, habilidades e atitudes necessárias sobre cuidados seguros e eficazes de forma a melhorar os resultados de qualidade. Ensinar um aluno a interiorizar valores e crenças para mudar ou progredir em direção a uma atitude mais positiva tem sido um desafio para as escolas de enfermagem. Esta ferramenta foi desenvolvida com o objetivo de medir as atitudes dos enfermeiros em relação às competências pilares, anteriormente descritas do modelo "Quality House".

Lee N., Jang H. & Park S. (2016) identificou que a educação dos alunos de enfermagem foi ministrada principalmente por meio de palestras, e não durante sessões de laboratório ou simulação. O mesmo autor refere que a maioria das atividades para melhor aprendizagem da melhoria da qualidade é realizada em campos clínicos, porém, os estudantes de enfermagem raramente têm a oportunidade de participar do estudo de métodos e resultados específicos dos processos de melhoria da qualidade, devido às limitações de tempo para a prática e falta de acesso à prática clínica. Portanto, a fim de permitir

que os alunos de enfermagem vivenciem o processo de planejamento estratégico, implementação e avaliação, é importante que eles sejam capazes de trabalhar com especialistas da educação em enfermagem e da área clínica por meio de parceria na prática acadêmica.

Gaffney M. & Chargualaf K. (2020) quis perceber se seria a eventual estratégia de aprendizagem abordada pelas universidades para ensinar a melhoria da qualidade que estaria a ser menos efetiva. Deste modo, tentou usar duas abordagens: a convencional baseada em palestras e a de simulação de alta-fidelidade. Para perceber as diferenças na atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade aplicaram a escala QINAS a todos os alunos e posteriormente submeteram 12 (sendo este o grupo de controlo) a uma aula convencional que aborda a temática melhoria da qualidade e posteriormente ao grupo de intervenção (constituídos por 13 alunos) foi exposto a uma simulação de alta-fidelidade. Posteriormente aplicou-se novamente a escala QINAS para observar as diferenças. Os autores concluíram então que ambos os grupos demonstraram melhora nos scores de QINAS. Desta forma a educação deliberada, com ou sem simulação, melhora as atitudes dos estudantes de enfermagem sobre o papel nos processos de melhoria da qualidade. Maxuell K. & Wright V. (2016) conclui também que não existem diferenças significativas entre a aprendizagem dentro da sala ou online, porém a sua amostra é pequena, no entanto como Gaffney M. & Chargualaf K. (2020), este concluiu que ambos os grupos com uma ou outra técnica de ensino melhoraram os seus conhecimentos dos scores de segurança entre o pré-teste e o pós-teste, e ambos os grupos aumentaram o seu conforto com os scores de habilidades de QI entre o pré-teste e o pós-teste. Esta descoberta sugere que ambas as estratégias de ensino influenciaram positivamente os alunos no conhecimento, habilidades e atitude de melhoria de qualidade e segurança.

Limitações do estudo

A maior limitação deste estudo é o número escasso de artigos direcionados para a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem. Tendo em conta a evidência científica ser

escassa, a realização deste trabalho acabou por ser muito mais dificultada e limitada.

Contribuições para a área da enfermagem

Mesmo tendo em conta as limitações anteriormente delimitadas, um dos objetivos deste artigo foi combater esta lacuna existente, abordando a melhoria da qualidade e principalmente a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade. Passou como objetivo também contribuir para o aumento do ensino por parte das universidades sobre a melhoria da qualidade e, consequentemente para o aumento da atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade, ou seja, para a melhoria dos cuidados de saúde, promovendo cada vez mais a segurança do utente.

CONCLUSÃO

Esta revisão fornece evidência sobre a atitude dos enfermeiros face à melhoria da qualidade, mesmo que esta seja de certa forma reduzida e por este motivo insatisfatória e limitada.

Muito da literatura existente debruça-se sobre a escala QSEN que aborda de forma indireta a atitude dos enfermeiros face a melhoria da qualidade.

Com estes estudos foi possível observar a lacuna que existe no ensino sobre a aprendizagem dos alunos face principalmente à área da melhoria da qualidade. É visível que a melhoria da qualidade é pouco abordada durante os quatro anos de licenciatura, em todos os estudos incluídos na revisão e que abordam a temática, culminando deste modo num défice de conhecimentos, habilidades e atitudes face a esta competência. Porém, é também notório que mesmo existindo determinadas maneiras de ensino, umas mais eficazes que outras, todos os estudos demonstraram que só o facto de a temática ser abordada durante o percurso académico dos alunos aumenta na sua generalidade a atitude dos mesmo face à melhoria da qualidade e segurança.

No sentido de colmatar esta falência no currículo de enfermagem foi criada a escala QSEN que tenta criar linhas orientadores de ensino, de forma a delimitar

conteúdos e a expor formas de pensar e agir para que a melhoria da qualidade e segurança esteja de certa forma assente no ensino de enfermagem.

Mais tarde e com o objetivo de perceber se as escolas estavam a ser eficazes no seu ensino de implementar uma educação que se debruce sobre a segurança e melhoria da qualidade e consequentemente consiga proporcionar cuidados seguros, foi criada a escala QINAS, que tem como metas definidas avaliar a atitude dos enfermeiros face a melhoria da qualidade.

A própria autora da escala e outros autores que abordam a temática afirmam

que a atitude de alguém face a algo é sempre difícil de mudar. Pois esta depende da motivação do mesmo, da cultura organizacional, do contexto, do feedback fornecido, do ambiente de prática de trabalho, da receção por parte dos elementos da chefia face à mudança e visão sobre o processo de melhoria, entre múltiplos fatores. Porém, se o ensino sobre o mesmo for implementado e conseguirmos criar uma cultura de ensino direcionada para a segurança e melhoria da qualidade, mais enfermeiros vão ter em mente uma atitude positiva para a melhoria da qualidade. E muito provavelmente suportes teóricos e práticos de como é possível executar ações e colocar em prática atividades para melhorar a qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Akbiyik, A., Akin, E., Korhan Kiray, S. & Kirsan, M. (2020). "The Effect of Nurses' Leadership Behavior on the Quality of Nursing Care and Patient Outcomes" *Creative Nursing*, Creative Health Care Management, Vol. 26, N. 1. DOI: 10.1891/1078-4535.26.1.e8
2. Bristol, T. (2016). "Educate, Excite, Engage". *Teaching and Learning in Nursing*, Vol, 11, N. 1, p. [23-26]. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2015.09.005>
3. Caxaria D. et al (2020, p. 47) Fitch E, Brooks D, Stratford PW, et al. (2002) "Physical rehabilitation outcome measures: a guide to enhanced clinical decision making". 2nd Ed. Hamilton, Ontario: Lippincott Williams & Wilkins; 7.
4. Cengiz, A. & Yoder, L. (2020) "Assessing Nursing Students' Perceptions of the QSEN Competencies: A Systematic Review of the Literature With Implications for Academic Programs". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, Vol. 17, N 4, p. [275-282].
5. Dunagan P. (2017) "The quality improvement attitude survey: Development and preliminary psychometric characteristics". *J Clin Nurs*.
6. Freitas, J., Silvia, A. & Dolansky, M. (s.d.) "Versão em português do Quality and Safety Education for Nurses Competencies (QSEN Competencies)" Consultado a 8/08/2021. Retirado de <https://qsen.org/integrating-qsen-competencies-into-curricula-using-an-interdependent-qsen-competency-model/>.
7. Gaffney, M., & Chargualaf, K. (2020). "Using Simulation to Improve Nursing Students' Attitudes Toward Quality Improvement". Consultado a 8/08/2021. Retirado de <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/20211>.
8. Giesbers, A., Schouteten, R., Poutsma, E., Van Der Heijden, B., & Achterberg, T. (2015). "Feedback provision, nurses' well-being and quality improvement: towards a conceptual framework" *Journal of Nursing Management*, N.23, p. [682-691]. DOI: 10.1111/jonm.12196
9. Jeffs, L., et al. (2018) "Attributes and Actions Required to Advance Quality and Safety in Hospitals: Insights from Nurse Executives". *Nursing Leadership*. Vol. 31, N 2.
10. Lee, N., Jang, H., & Park, S. (2016). "Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: A cross-sectional study". *Nursing and Health Sciences*, N 18, p.[163-171]. DOI: 10.1111/nhs.12237
11. Lucas P. & Nunes E. (2020) Ambiente da Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Revisão Scoping". *Ver Bras Enferm*; 73(6);
12. Maxwell, K. & Wright, V. (2016). "Evaluating the Effectiveness of Two Teaching Strategies to Improve Nursing Students' Knowledge, Skills, and Attitudes About Quality Improvement and Patient Safety". *Nursing Education Perspectives* VOL. 37, N 5, p. [291-292].

13. Nanyonga R. C., Bosire E., N. Heller, D. J., Bradley, E., & Reynolds, N. R. (2020). *"Predictors of nursing leadership in Uganda: a cross-sectional study"*. Health Policy Planning, 35 (suppl 1):51–64
 14. Ordem dos Enfermeiros (2018). *"Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal- Análise estatística"*. Lisboa, Portugal.
 15. Peterson-Graziose, V. & Bryer, J. (2017) *"Assessing Student Perceptions of Quality and Safety Education for Nurses Competencies in a Baccalaureate Curriculum"*. Journal of Nursing Education • Vol. 56, No. 7, p. [435–438]. doi:10.3928/01484834-20170619-09
 16. Tsogbadrakh, B., Akkadechanunt, T., Wichaikhum, O., (2020) *"Nurse and Patient Perceptions of Quality Nursing Care in Mongolian Public Hospitals"* Pacific Rim Int J Nurs Res. Vol. 24, No. 4, p. [514-526].
-