



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

**Tradução e Validação da *Quality of Oncology Nursing
Care Scale* para o contexto cultural português**

Pedro Manuel Loureiro Filipe Branquinho Gomes

**Lisboa
2022**



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

**Tradução e Validação da *Quality of Oncology Nursing
Care Scale* para o contexto cultural português**

Pedro Manuel Loureiro Filipe Branquinho Gomes



Orientador: Prof. Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Pedro Bernardes Lucas, por todo o apoio, incentivo, orientação e oportunidades que me proporcionou ao longo desta etapa que me fez desenvolver a nível pessoal e profissional.

À minha família,

Aos meus pais, que sempre foram o meu modelo de trabalho e método, e que todos os dias me incentivaram a concretizar os meus sonhos. Por estarem presentes na minha vida e me aconselharem em todos os momentos da mesma.

Ao meu irmão, que com o seu sentido de humor, sempre que me ajudou a ver o melhor em cada etapa da vida. Por estar sempre lá quando é preciso.

Aos meus avós, pelas oportunidades que me facultaram e pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos,

Diogo, que me apoiou desde o início até ao fim da redação da dissertação com toda a sua determinação, carinho, paciência e palavras. Obrigado por me ajudares a escrever um dos mais importantes capítulos da minha vida.

Mafalda, uma das minhas maiores confidentes e amiga de longa data, pelo apoio incessante, mentoria de carreira e boa disposição, que me ajudou a lutar e concretizar esta etapa com sucesso.

Beatriz, por todos os momentos de diversão, serenidade e seriedade conjunta que nos fizeram concretizar esta etapa da melhor forma.

À Enfermeira Gestora Elsa Oliveira, por todo o apoio, reconhecimento e sobretudo ajuda na concretização desta etapa.

À equipa da Unidade de Transplante de Medula, por todo o apoio e trocas que me facilitaram a concretização do estudo.

A todos os que direta ou indiretamente caminharam comigo nesta viagem... muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

APA – *American Psychological Association*

APE – Ambiente da Prática de Enfermagem

EQCEO – Escala de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Oncológicos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GTQ – Gestão Total da Qualidade

IOM – *Institute of Medicine*

KMO – *Kaiser-Mayer-Olkin*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPPQNCS – *Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale*

PCC – *Person Centered Care*

PES-NWI – *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

QONCS – *Quality of Oncology Nursing Care Scale*

QONCS_Pt – *Quality of Oncology Nursing Care Scale – Portuguese version*

RESUMO

Os enfermeiros gestores são um agente ativo na promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem nas equipas de lideram. Contudo, necessitam de meios que permitam recolher dados significativos para que possam intervir. Assim sendo, é imperativo que existam instrumentos traduzidos e validados à sua aplicação.

Deste modo, foi definido como objetivo principal traduzir e validar transculturalmente a escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale* (QONCS) para o contexto cultural português, originando a versão portuguesa da mesma. A QONCS ganha particular relevância por incidir sobre o contexto oncológico, uma área em expansão, com cada vez mais pertinência para os enfermeiros e com uma incidência cada vez maior na população nacional.

A pergunta de investigação, que conduziu a elaboração da dissertação foi: “Será que a *Quality of Oncology Nursing Care Scale* apresenta boas características psicométricas para o contexto cultural português?”.

Deste modo, foi realizado um estudo quantitativo, exploratório-descritivo, observacional num Hospital da Região de Lisboa, recorrendo a uma amostra não probabilística de 202 participantes internados em diferentes especialidades médico-cirúrgicas nos quais foram prestados cuidados de enfermagem oncológicos. A fiabilidade do instrumento foi garantida através da avaliação da consistência interna, no qual foi obtido um Alfa Cronbach de 0,93. A validade do constructo foi obtida através da realização de uma Análise Fatorial, onde foi obtido um modelo tetra-fatorial de 34 itens, para o qual explica uma variância total do instrumento de 69,8%.

A escala QONCS_PT tem uma estrutura competente e fiável. A validade da escala está confirmada e pode ser utilizada no contexto cultural português e com uma utilidade para a prestação de cuidados, para a investigação e para a gestão em Enfermagem.

A escala tem significado na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, na segurança dos clientes, no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e nos resultados organizacionais através da avaliação da perceção dos clientes acerca da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados em contextos oncológicos hospitalares em Portugal.

Palavras-Chave (DeCS): Gestão em Saúde; Enfermagem Oncológica; Qualidade da Assistência à Saúde; Psicometria; Tradução.

ABSTRACT

Nurse Managers are active agents on the promotion of nursing care quality in the teams they lead. However, they need the means to collect significant data so that they can intervene. Therefore, it is imperative that translated and validated instruments exist, so they can be applied.

Therefore, the main objective of this scientific dissertation was to translate and cross-culturally validate the Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS) for the Portuguese population, originating the Portuguese version of it. The QONCS is particularly relevant as it focuses in oncological settings, an expanding area in the literature, with increasing relevance for nurses with its increasing incidence.

The research question that led to the elaboration of the dissertation was: “Does the Quality of Oncology Nursing Care Scale have adequate psychometric properties for the Portuguese cultural context?”.

A quantitative, exploratory-descriptive, observational study was conducted in a Hospital in the Lisbon region, with a non-probabilistic sample of 202 participants hospitalized in several medical-surgical specialties in which oncology nursing care was provided. The scales’ reliability was assured with the assessment of the internal consistency, where a 0,93 Alpha Cronbach score was obtained. Construct validity was assured by performing a factor analysis, where a tetra-factorial model of 34 items was obtained, which explained a total variance of the instrument of 69.8%.

QONCS_PT has a competent and reliable structure. The scale’s validity was assured and can be used in the Portuguese population, being useful for direct care providing, but also nursing researchers and managers.

The scale has an impact in the improvement of nursing care quality, patient safety, nursing professional development and organizational outcomes, by assessing patients’ perceptions on the quality of oncology nursing care in Portuguese hospitals.

Keywords (MeSH): Health Management; Oncology Nursing; Quality of Health Care; Psychometrics; Translating.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia	7
2. Gestão em Enfermagem	18
3. Tradução e Validação Psicométrica de Escalas	31
PARTE II: TRABALHO EMPÍRICO	40
1. <i>Quality of Oncology Nursing Care Scale</i> - Instrumento de Recolha de Dados..	42
2. Questões Éticas	45
3. Metodologia	47
3.1. Caracterização do Estudo.....	47
3.2. Entrega e Recolha de Questionários.....	49
3.3. Processo de Tradução e Adaptação da QONCS	51
4. Apresentação e Análise dos Dados	55
4.1. Caracterização da Amostra	55
4.2. Validação Psicométrica da Escala <i>Quality of Oncology Nursing Care Scale</i> para a população portuguesa.....	59
4.2.1 Validade e Fiabilidade	59
4.2.2 Análise Fatorial Exploratória	61
4.2.3 Análise Fatorial Confirmatória	63
4.2.4 Análise dos Dados	65
5. Discussão dos Resultados.....	70
CONCLUSÕES.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado

Apêndice II – Questionário de Recolha de Dados

Apêndice III – Pedido de autorização aos autores da escala QONCS

Apêndice IV – Autorização formal concedida pelos autores

Apêndice V – Escala de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Oncológicos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Exploração do conceito de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia	12
Figura 2. Modelo explicativo sumário das funções e características do Gestor	19
Figura 3. Modelo explicativo do impacto do enfermeiro gestor	22
Figura 4. Adaptação do Modelo de Mitchell et al. (1998).....	26
Figura 5. Processo de Tradução e Validação Transcultural de um instrumento	39
Figura 6. Modelo de 4 fatores da escala <i>Quality of Oncology Nursing Care Scale</i> versão portuguesa.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Comparação do <i>Score</i> médio português internacionalmente na dimensão “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”	73
Gráfico 2. Comparação do <i>Score</i> médio português internacionalmente na dimensão “Cuidados Religiosos / Espirituais”	74
Gráfico 3. Comparação do <i>Score</i> médio português internacionalmente na dimensão “Sentir-se Apoiado”	76
Gráfico 4. Comparação do <i>Score</i> médio português internacionalmente na dimensão “Ser Respeitado”	77

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Características definidoras de qualidade de cuidados de Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde	7
Quadro 2. Valores de referência do KMO	36
Quadro 3. Valores de referência do Coeficiente Alfa Cronbach	38
Quadro 4. Inserção do termo religiosidade e cerimoniais religiosos	53
Quadro 5. Comparação das versões internacionais da <i>Quality of Oncology of Nursing Care Scale</i>	71
Quadro 6. Comparação da escala original <i>Quality of Oncology of Nursing Care Scale</i> com a versão portuguesa	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra relativamente ao sexo	55
Tabela 2. Caracterização da amostra relativamente à idade	55
Tabela 3. Caracterização da amostra pelas habilitações académicas.....	56
Tabela 4. Caracterização da amostra pela área de residência.....	56
Tabela 5. Caracterização da amostra pelo tipo de cancro.....	57
Tabela 6. Caracterização da amostra pelo tempo desde o diagnóstico	58
Tabela 7. Caracterização da amostra pelo tempo de internamento	58
Tabela 8. Caracterização da amostra pelo antecedente de internamento	59
Tabela 9. Caracterização da amostra pelo antecedente de internamento no hospital ..	59
Tabela 10. Componentes da escala <i>Quality of Oncology Nursing Care Scale</i> - versão portuguesa.....	62
Tabela 11. Medidas Descritivas da Escala QONCS_Pt	65
Tabela 12. Caracterização das respostas da Dimensão “Ser Apoiado, validado e Valorizado”	66
Tabela 13. Caracterização das respostas da Dimensão “Cuidados Religiosos/Espirituais”	67
Tabela 14. Caracterização das respostas da Dimensão “Sentir-se Apoiado”	68
Tabela 15. Caracterização das respostas da Dimensão “Ser Respeitado”	68

INTRODUÇÃO

O mercado da prestação de cuidados de saúde é cada vez mais competitivo, sendo essencial uma prestação de cuidados de saúde custo-efetivos. Cabe a todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, prestar cuidados de saúde conscientes da segurança do cliente, bem como a qualidade dos cuidados e os seus custos associados. O conceito de gestão de qualidade é centrado na prevenção de problemas e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Sullivan, 2017).

Neste sentido, surge uma filosofia da gestão denominada de Gestão total da qualidade (GTQ). A GTQ é assente em 4 pilares, nomeadamente: o cliente enquanto foco dos cuidados; envolvimento da totalidade da instituição; identificação de elementos-chave de melhoria; e o uso de instrumentos de medida e estatística para a melhoria da qualidade dos cuidados (Sullivan, 2017).

Assim sendo, e seguindo uma filosofia de gestão centrada na promoção contínua da qualidade dos cuidados, é essencial que existam instrumentos que os enfermeiros gestores e os investigadores possam utilizar no sentido de mensurar e avaliar a qualidade dos cuidados de Enfermagem que prestam nos contextos clínicos.

A *Joint Commission* (2021), estipula sete objetivos para a segurança do cliente que os hospitais devem adotar, nomeadamente: a identificação correta dos clientes; a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso seguro do medicamento; uso seguro de alarmes nos dispositivos; prevenção de infeções; identificação do risco para os clientes; e a prevenção de erros nas cirurgias.

Já num contexto nacional, é inicialmente aprovado o Despacho n.º 5613/2015 (Ministério da Saúde, 2015) a 27 de Maio de 2015 onde é estipulada uma Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde entre os anos de 2015 a 2020. Nesta estratégia são delineadas seis prioridades na qual os profissionais de saúde devem ter uma ação, incluindo os enfermeiros gestores, nomeadamente: a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos doentes, a monitorização permanente da qualidade e segurança, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e a transmissão de informação transparente ao cidadão e o aumento da sua capacitação.

A 24 de Setembro de 2021, é homologado o Despacho n.º 9390/2021 (Ministério da Saúde, 2021), no qual é atualizado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026, previamente estabelecido para os anos de 2015 a 2020, com o intuito de delinear novos objetivos para os anos vigentes no que concerne a temática da segurança do cliente. No referido plano é salientada uma cultura de qualidade que deve ser adotada e promovida em ambientes clínicos, destacando a adoção de práticas seguras, bem como a aplicação de medidas destinadas à gestão e liderança de unidades de saúde.

Em 2018 é ainda publicado o Regulamento n.º 76/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), no qual é homologada a competência acrescida avançada em Gestão, no qual vem salientar e primar a importância do enfermeiro gestor na sua organização de saúde, nomeadamente na monitorização e promoção contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. No mesmo despacho são delineadas competências do enfermeiro gestor no domínio da gestão, bem como no domínio da assessoria e consultadoria. No domínio da gestão é associada a competência da gestão pela qualidade e segurança. Associado ao domínio supracitado estão intervenções de gestão operacional tais como a avaliação regular do grau de satisfação dos clientes e o acompanhamento da prática clínica dos enfermeiros incentivando-os para a sua melhoria.

Para as organizações de saúde, a satisfação do cliente é um dos indicadores de qualidade mais importantes, estando intimamente ligada à gestão total da qualidade. A satisfação do cliente é um ponto de referência para o aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelas equipas, servindo para identificar lacunas nos cuidados prestados que possam ser aprimorados (Karaca & Durna, 2019). A satisfação do cliente é diretamente impactada pela liderança do enfermeiro gestor, assim sendo, é essencial que o mesmo se consciencialize deste fator e adote um estilo de liderança adequado e coloque o cliente no centro dos cuidados prestados pela equipa que lidera (Nurmeksela, Mikkonen, Kinnunen & Kvist, 2021).

Deste modo, é essencial que o enfermeiro gestor tenha a capacidade de monitorizar a qualidade dos cuidados prestada pelos enfermeiros que lidera, bem como a satisfação dos clientes mobilizando os instrumentos necessários para tal. Contudo, nem sempre esses instrumentos existem, ou não se apresentam traduzidos e validados para a população portuguesa. É sobre esta premissa que a presente dissertação científica se

desenvolve; a tradução e validação transcultural de um instrumento para o contexto cultural português que permita auscultar a perceção dos clientes acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem num contexto oncológico hospitalar, nomeadamente a *Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS)*. Este instrumento é particularmente útil uma vez que ausculta a perceção dos clientes acerca da qualidade dos cuidados prestados, capacitando os clientes na prestação de cuidados e dando-lhes uma voz naquilo que concerne à prestação dos cuidados de enfermagem e à qualidade dos mesmos.

Assim sendo, foi estabelecida como pergunta de investigação: “Será que a *Quality of Oncology Nursing Care Scale* apresenta boas características psicométricas para o contexto cultural português?”.

O objetivo geral da dissertação científica é adaptar linguisticamente e culturalmente à população portuguesa a escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale*, originando a versão portuguesa da mesma.

Os objetivos específicos propostos são:

- Traduzir a escala QONCS para português;
- Adaptar a escala QONCS ao contexto cultural português;
- Avaliar as características psicométricas da escala QONCS;
- Analisar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia;

Parte da sustentação teórica do presente estudo surge de uma revisão integrativa da literatura (RIL) previamente elaborada no qual foi explorado o significado conceptual de Qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia. Para a obtenção da informação da RIL foram pesquisadas nas bases de dados CINAHL, Medline e Academic Search Complete por artigos publicados nos últimos 10 anos, recorrendo aos termos “*Patient*”, “*Nursing Care Quality*” e “*Cancer*” com a mobilização do operador booleano “AND”.

A dissertação científica encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte corresponde ao Enquadramento Teórico no qual é explorada conceptualmente conceitos-chave à temática, nomeadamente: a qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia; a gestão em enfermagem; e a tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida. A segunda parte corresponde ao Trabalho Empírico, na qual é

explanada todo o processo de tradução e adaptação transcultural da QONCS, mobilizando a dimensão ética da investigação em saúde, bem como toda a análise estatística associada. A dissertação científica termina com a conclusão, onde são apresentadas as conclusões do estudo. Após a conclusão estão ainda presentes as referências bibliográficas e apêndices.

A dissertação científica foi redigida segundo as normas de elaboração de trabalhos académicos adotadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sendo adotado o estilo de referenciação da 6ª Edição da *American Psychological Association* (APA) (Godinho, 2020).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

O conceito de qualidade é amplamente explorado na literatura científica, associado às mais diversas áreas do saber – Economia, Gestão, Medicina, Enfermagem, entre outras. Toda ou qualquer prestação de serviços pode ser avaliada, permitindo inerentemente que seja avaliada a qualidade associada à mesma.

Etimologicamente, qualidade, deriva do latim de “*qualitas*”, que significa “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza” (Cunha, 2012).

No campo das Ciências da Saúde, qualidade é definida pelo *National Quality Forum* (2020), como o quão bom algo é. Para os cuidados de saúde, é expresso num intervalo. Para uma pessoa receber cuidados de alta qualidade, a mesma foi alvo dos serviços certos, no horário certo e da forma correta a atingir o melhor estado de saúde possível (*National Quality Forum*, 2020).

Já para o *Institute of Medicine* (IOM) (Lohr & Harris-Wehling, 1991), qualidade dos cuidados de saúde é definida como o grau até que os serviços de saúde em indivíduos e populações aumentam a probabilidade de um resultado de saúde se concretizar e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

Para a Organização Mundial Saúde (WHO, 2006), a qualidade de cuidados de saúde pode ser mapeada e dividida em seis distintas dimensões. Para que os cuidados sejam considerados de qualidade, os mesmos devem possuir as características descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Características definidoras de qualidade de cuidados de Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Seguros	Evitando causar danos aos clientes resultantes dos cuidados prestados;
Efetivos	Prestando cuidados baseados em conhecimento científico a todos os que podem beneficiar e rejeitar serviços àqueles que não beneficiem dos mesmos;
Centrados no Cliente	Prestando cuidados que respeitem as preferências e individualidade do cliente, necessidades e valores e garantindo que os valores do cliente guiam as decisões clínicas;
Oportunos	Reduzindo o tempo de espera àquele que espera pelo tratamento, bem como ao profissional que o proporciona;
Eficientes	Evitando o desperdício de recursos;

Equitativos	Providenciando cuidados que não variam na qualidade por características pessoais como o género, etnicidade, região geográfica ou condições socioeconómicas;
-------------	---

Fonte: WHO (2006)

Num contexto nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2002) (OE) preconiza seis enunciados descritivos que devem guiar prática dos enfermeiros no objetivo da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade; sendo os mesmos:

- Satisfação do cliente – consiste na procura de um exercício profissional de excelência, indo ao encontro do maior grau de satisfação dos clientes; respeitando as crenças e valores dos mesmos; o estabelecimento de uma relação empática; o estabelecimento de parcerias aquando da prestação dos cuidados; o envolvimento das pessoas significativas no processo de cuidados; e a demonstração de empenho por parte do enfermeiro de modo a reduzir um impacto negativo nas mudanças causadas pelo ambiente de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).
- Promoção da saúde – compreende a procura da excelência na prática clínica com o intuito de ajudar o cliente a alcançar o seu máximo potencial de saúde; através da identificação da situação de saúde do cliente e dos seus recursos (individuais, familiares e comunitários); da criação de oportunidades que visem a educação para a saúde, promovendo estilos de vida mais saudáveis; e através da promoção do potencial de saúde do cliente, otimizando a sua capacidade de adaptação aos processo de vida, crescimento e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2002).
- Prevenção de complicações – consiste na procura de um exercício profissional de excelência, no qual o enfermeiro previne complicações de saúde dos clientes; através da identificação rápida de problemas potenciais para o cliente, implementando as intervenções necessárias para os evitar; adotando um rigor técnico-científico na prática clínica; referenciando os potenciais problemas a outros profissionais quando os mesmos se encontram na esfera de cuidados dos mesmos; supervisionando as atividades delegadas pelo próprio enfermeiro; e a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma de intervenções praticadas ou delegadas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

- Bem-estar e o autocuidado – compreende a procura de um cuidado de excelência que vise maximizar o bem estar dos clientes, suplementando ou complementando as atividades de vida às quais o cliente é dependente; identificando as situações de forma rápida e adotando intervenções que minimizem o impacto das situações; adotando rigor técnico-científico na praxis clínica; articulando os cuidados com profissionais de outros grupos profissionais; supervisionando as atividades delegadas pelo próprio enfermeiro; e a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma de intervenções praticadas ou delegadas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).
- Readaptação funcional – consiste na efetivação de um cuidado de excelência, no qual o enfermeiro em parceria com o cliente, desenvolvem processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde do cliente; através da garantia da continuidade de prestação dos cuidados de enfermagem; planeamento da alta de enfermagem em clientes internados em instituições de saúde; aproveitando os recursos disponíveis da comunidade para o cliente; otimizando a capacidade do cliente e pessoas significativas na adoção correta ao regime terapêutico prescrito; e através da educação para a saúde do cliente otimizando a sua readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2002).
- Organização dos cuidados de enfermagem – compreende a adoção de cuidados de excelência que contribuam para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem; adotando um quadro de referências para o exercício profissional; adotando um sistema de melhoria contínua da qualidade do praxis clínica; empregando um sistema de registos de enfermagem nos quais sejam visíveis a intervenção do enfermeiro (necessidades de cuidados de enfermagem, intervenções delineadas e resultados sensíveis às intervenções planeadas); promovendo a satisfação dos enfermeiros relativos à qualidade do exercício prestados; capacitar os locais de trabalho dotações adequadas; adotando uma política interna de formação contínua, promovendo o desenvolvimento profissional e da qualidade; e a utilização de metodologias organizadoras dos cuidados de enfermagem que promovam a qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Na mesma ótica, Donabedian (1990), mapeia na sua literatura sete pilares que este considera definirem cuidados de saúde de qualidade; nomeadamente:

- *“Efficacy”* / Eficácia – A eficácia centra-se na capacidade que os cuidados de saúde têm para trazer ao cliente uma melhoria real no estado de saúde e bem-estar. A eficácia representa os melhores cuidados que podem ser prestados, sobre as condições mais favoráveis, dada a situação clínica e circunstâncias inalteráveis do cliente.
- *“Effectiveness”* / Efetividade – A efetividade surge contraposta à eficácia, representando a melhoria do estado de saúde cliente que foi alcançada ou é expectável que seja alcançada sobre as circunstâncias de cuidados atuais do dia a dia que são praticadas.
- *“Effictiveness”* / Eficiência – A eficiência é centrada na obtenção dos melhores resultados/cuidados de saúde, ao custo mais baixo. Por exemplo, entre dois tratamentos hipoteticamente com a mesma eficácia, seria beneficiado o que tem o custo menor.
- *“Optimality”* / Otimização – A otimização é focada numa relação de custo-benefício, obtendo o melhor balanço entre as duas variáveis.
- *“Acceptability”* / Aceitabilidade – A aceitabilidade centra-se na adequação dos cuidados de saúde aos desejos expetativas e valores dos clientes e suas respetivas famílias. Para que haja uma aceitabilidade dos cuidados por parte dos clientes, Donabedian realça a necessidade de os cuidados terem em conta a acessibilidade, a relação cliente-profissional, os serviços prestados, as preferências dos efeitos dos cuidados e os custos dos cuidados.
- *“Equity”* / Equidade – A equidade foca-se na distribuição dos cuidados de saúde seguindo o princípio ético da justiça, atribuindo o tratamento necessário a quem mais beneficia justapondo os seus efeitos na saúde do respetivo cliente. Ou seja, na forma como é justa a distribuição dos cuidados de saúde pela população.

Já no contexto de Enfermagem, o conceito é igualmente complexo e composto por diversas variáveis que o definem. Juanamasta, Aungsuroch & Gunawan (2021) apresentam na sua revisão da literatura, três atributos determinantes da qualidade dos cuidados de Enfermagem: O Cuidado; A relação enfermeiro-cliente; e as necessidades do cliente. Assente nesta premissa, os mesmos apresentam e defendem um modelo

bipartido que explana os três atributos da qualidade dos cuidados de Enfermagem e como os mesmos são influenciados, denominando-os como antecedentes, e o que podem influenciar, denominando como consequências. Como antecedentes, os mesmos identificam: fatores internos/características do enfermeiro (idade, formação, conhecimento, competência e experiência clínica); fatores do cliente (características do cliente, severidade da doença); e fatores externos (características do trabalho e ambiente para a prática de Enfermagem). Como consequências, são definidas: Resultados para os Enfermeiros (Satisfação Profissional, *Burnout*, intenção de *turnover* e efeitos adversos) e Resultados para os clientes (Satisfação do cliente e ganhos em saúde).

Atualmente, existem diversos instrumentos que permitem determinar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a um cliente, tais como: a *Patient Perception of Hospital Experience with Nursing Care* (Coban & Kazikci, 2010); a *Hospital Consumer Assessment of Healthcare providers* (Aiken et al., 2012); a *Newcastle Satisfaction Nursing Care Scale* (Findik, Unsar & Sut, 2010); a *Quality from Patient's Perspective* (Grøndahl, Karlsson, Hall-Lord, Appelgren & Wilde-Larson, 2011); a *Good Nursing Care Scale for Nurses* (Istomina et al., 2011); o *Revised Humane Caring Scale* (Kvist, Voutilainen, Mäntynen & Vehviläinen-Julkunen, 2014); entre outros. Contudo, apesar do número de instrumentos dedicados a mensurar a qualidade dos cuidados de enfermagem, o conceito permanece ambíguo, sendo composto por diferentes variáveis de autor para autor. Koy, Yunibhand, Angsuroch e Fisher (2015) exploram o conceito, encontrando quatro variáveis que impactam a qualidade dos cuidados, sendo as mesmas:

- Dotações enfermeiro-cliente;
- Satisfação dos enfermeiros;
- Ambiente para a prática de Enfermagem;
- *Burnout*.

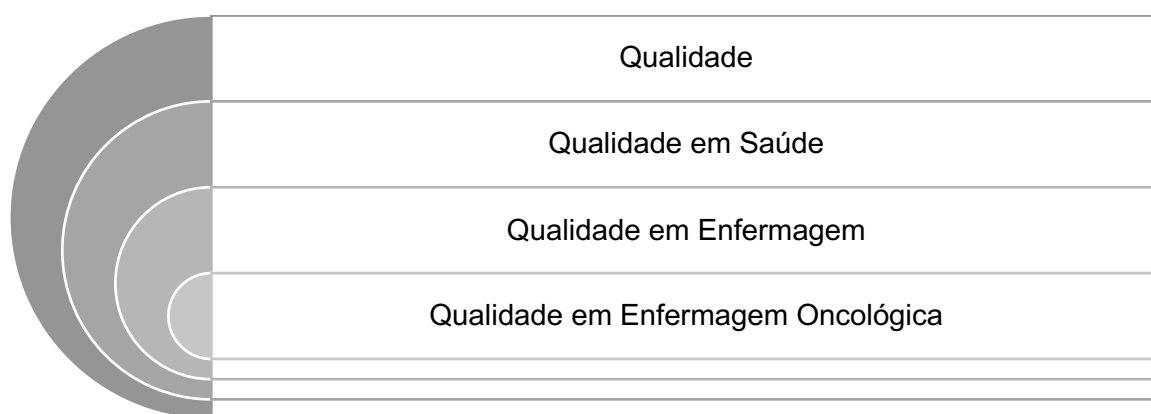
Charalambous, Papadopoulos & Beadsmoore (2009) reafirmam a ideia de que o conceito de qualidade detém uma perspectiva complexa e multidimensional, e que a mesma tem um significado diferente para enfermeiros e clientes; contudo, concluem que a qualidade dos cuidados de Enfermagem é uma propriedade específica de contexto para

contexto, sendo que as variáveis de um contexto serão diferentes de outro, o que poderá influenciar a perspectiva dos enfermeiros e clientes na qualidade percebida.

Deste modo, é essencial adequar a forma como avaliamos a qualidade dos cuidados de Enfermagem a cada contexto clínico, uma vez que os mesmos possuem características organizacionais diferentes, exercem em especialidades diferentes (médicas e cirúrgicas), em contextos diferentes (Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados, Entidades Residenciais para Idosos) e de perspectivas diferentes (Cliente ou Enfermeiro).

Para abordarmos a Qualidade de Cuidados de Enfermagem em Oncologia é essencial compreendermos que o mesmo se trata de um termo subjacente a outros conceitos; isto é, tal como conceito Qualidade de Cuidados de Enfermagem se encontra subjacente ao conceito de Qualidade em Saúde; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia é subjacente ao conceito de Qualidade de cuidados de Enfermagem. Tomemos a Figura 1 como exemplo do fenómeno.

Figura 1 – Exploração empírica do conceito de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia.



Enfermagem Oncológica é definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) como a especialização da Enfermagem que se centra nos cuidados dos clientes com patologia oncológica de qualquer idade, tipo de cancro diagnosticado, e até qualquer estadiamento da doença.

O enfermeiro oncologista tem um papel proeminente na literatura. Zumstein-Shaha (2019), realça a importância do mesmo nas diferentes etapas do processo de cuidados em oncologia, salientando a sua relevância na prevenção; diagnóstico; tratamento; na sobrevivência; progressão da doença; nos cuidados de fim de vida e luto.

Já Rieger & Yarbrow (2003) destacam a função fulcral do enfermeiro oncologista na avaliação do cliente; na educação para a saúde realizada; na gestão e coordenação dos cuidados prestados; na prestação de cuidados diretos ao cliente bem como da respetiva família; na gestão de sintomas; e na prestação de cuidados paliativos.

Num contexto mundial, estima-se que tenham sido diagnosticados em 2020 aproximadamente 19 milhões (19.292.789) novos casos de cancro (IARC, 2021a). A OMS (WHO, 2021) estima que o cancro tenha sido responsável pela morte de aproximadamente 10 milhões de pessoas em 2020.

Segundo a IARC (2021b), em Portugal, estima-se que apenas em 2020 tenham sido diagnosticados 60.467 novos casos de cancro. Os cinco tipos de cancros mais comuns são, por ordem decrescente, o cancro colorretal, o cancro da mama, o cancro da próstata, o cancro do pulmão e o cancro do estômago. No entanto, o mais mortal continua a ser o cancro do pulmão, sendo responsável por 15,9% mortes causadas pelo cancro. Estatisticamente, a população masculina é mais afetada e possui ainda uma maior probabilidade de desenvolver uma patologia do foro oncológico antes dos 75 anos de idade do que a feminina.

Dado o contínuo conhecimento que é investigado acerca da patologia e inerente complexidade acrescida que é exigida aos enfermeiros inseridos neste contexto; a procura pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados é essencial e de salientar.

Num contexto Oncológico, Charalambous, Papadopoulos e Beadsmoore (2009), mapeiam no seu estudo, seis dimensões que consideram essenciais e inerentes à qualidade numa prática de Enfermagem Oncológica, nomeadamente:

- *"Being Valued"* / Ser Valorizado – que o cliente seja valorizado durante a prestação de cuidados de Enfermagem;
- *"Being Respected"* / Ser Respeitado – ser respeitado sendo informado acerca do tratamento e das suas escolhas;

- *"Being Cared"* / Ser Cuidado – ser cuidado por enfermeiros solidários, com competências comunicacionais adequadas, que ajudem o cliente a lidar com o *stress* e as suas emoções;
- *"Being Supported"* / Ser Apoiado – Que o cliente seja apoiado no seu tratamento pela família, havendo uma articulação de cuidados do enfermeiro com os familiares;
- *"Being Confirmed"* / Ser Validado – Ser cuidado por enfermeiros clinicamente competentes que promovam a segurança nas suas intervenções;
- *"Spiritual Care"* / Cuidados Espirituais – Que o cliente seja cuidado de uma forma holística, envolvendo a prestação de cuidados de enfermagem na dimensão espiritual;

Neste sentido, e com um focus cada vez superior na qualidade dos cuidados de Enfermagem num contexto oncológico por parte dos hospitais e prestadores de cuidados de saúde, foi necessária a criação de instrumentos que permitissem avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia.

Com este propósito, destacam-se dois instrumentos que auscultam a qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia percecionada pelos clientes - a *Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale* (OPPQNCS) (Radwin, Alster & Rubin, 2003) e a *Quality of Oncology Nursing Care Scale* (Charalambous & Adamakidou, 2014) – ambas amplamente usadas na literatura.

Num contexto oncológico pediátrico, He et al. (2022) mapeiam 29 indicadores que visam objetivamente definir e avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem oncológicos prestados em unidades pediátricas, sendo compostos por: oito indicadores de estrutura – como as dotações enfermeiro-cliente, a existência de enfermeiros especialistas, horas de prestação de cuidados por dia, entre outros; doze indicadores de processo – como a adesão a protocolos (gestão da dor, gestão da nutrição, administração de hemoderivados), entre outros; e nove indicadores de resultado – como a incidência de infeções associadas aos cuidados de enfermagem, incidência de quedas, o ambiente da prática de enfermagem, entre outros.

Primeiramente é importante clarificar que dada a ambiguidade do conceito, existem diferentes perspetivas na avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem em oncologia, podendo sumariamente ser avaliada na perspetiva dos clientes ou dos

profissionais de saúde. Empiricamente um enfermeiro pode considerar que está a prestar cuidados de Enfermagem de excelência, mas o cliente pode não o considerar e até estar insatisfeito com os cuidados de enfermagem prestados; e o inverso pode também acontecer, um cliente pode considerar que os cuidados de enfermagem foram exímios, e a equipa de enfermagem não os perspetivar dessa forma, identificando lacunas nos cuidados prestados.

Objetivamente, os cuidados de Enfermagem em Oncologia são passíveis de ser avaliados através de resultados sensíveis à prática de enfermeiros, que se traduzem em resultados mais objetivos e concretos. Exemplos dos mesmos são: o controlo emético, mucosite, administração segura de terapêutica (Griffiths, Richardson & Blackwell, 2012), controlo de sinais e sintomas, o estado funcional, o autocuidado, o controlo de efeitos adversos e a utilização de serviços de saúde e a mortalidade (Ramos, Fonseca, Coelho, Guia & Santos, 2015).

Destacamos cinco fatores que visam potenciar a qualidade dos cuidados de Enfermagem em Oncologia: Cuidados individualizados de Enfermagem (Kousoulou, Suhonen & Charalambous, 2019; Charalambous et al, 2017; Charalambous et al., 2016, Charalambous & Adamakidou, 2014), Cuidados Holísticos (Kousoulou et al., 2019; Charalambous et al., 2017, Groot et al., 2017; Charalambous & Adamakidou, 2014), Cuidados centrados na pessoa (Fessele, 2011), Prática baseada na Evidência (Fessele, 2011) e a Investigação em Enfermagem (Lal, 2021; Halpern et al., 2013).

Além dos cinco fatores chave identificados na literatura, foram ainda identificados outros conceitos e associações relevantes de explorar em infra.

A qualidade dos cuidados de enfermagem em Oncologia está intimamente relacionada com a satisfação dos clientes (Alencar, Sardinha, Nogueira, Pascoal & Rolim, 2019). Sendo que para muitos hospitais e prestadores de cuidados, a satisfação do cliente com os cuidados de Enfermagem tornou-se um dos maiores indicadores de satisfação global com os cuidados hospitalares (Goh, Ang, Chan, Hong-Gu & Vehviläinen-Julkunen, 2016), sendo cada vez mais relevante a auscultação da opinião dos clientes.

Para que haja um aumento da satisfação dos clientes, Alencar et al., (2019) destacam fatores que a aprimoram, tais como: quando um enfermeiro estabelece uma relação de confiança com o cliente; quando os enfermeiros demonstram mais disponibilidade quando chamados; quando respeitam a privacidade do cliente; quando

demonstram preocupação para com o cliente; quando gerem a dor; quando detêm da capacidade técnica adequada; e em situações em que o internamento é mais prolongado.

Juntando-se aos fatores previamente identificados, é realçada a função do enfermeiro gestor, que mais do que um fator potenciador da qualidade dos cuidados de enfermagem, é visto como um agente/motor de mudança (Ayaad et al., 2019; Coleman, 2013).

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (2017), há falhas na prestação de cuidados de enfermagem mais comuns que outras, situações de *"missed care"* ou seja, a não execução de uma intervenção são mais comuns em intervenções que almejam as necessidades emocionais e psicológicas de um cliente do que as fisiológicas.

Cho, Lee, You, Song & Hong (2020) revelam que situações de *"missed care"* em enfermagem estão intimamente relacionadas com a diminuição da qualidade dos cuidados, segurança do cliente, aumento de eventos adversos, aumento da mortalidade e diminuição da satisfação do cliente.

As situações de *"missed care"*, comprometem gravemente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Sendo que a maioria dessas falhas se relacionam com a prestação de cuidados de enfermagem direcionadas à dimensão psicológica e emocional; o mesmo só revela a necessidade de investir na necessidade da adoção de uma prática holística, individualizada e centrada na pessoa.

O Holismo/prestação de cuidados holísticos, é algo inerente à prática de um enfermeiro, estando presente em inúmeras teorias de Enfermagem, mais ou menos explicitamente – Teoria das transições de Afaf Meleis (Martins & Caldeira, 2021), Teoria de Jean Watson, Teoria de Margaret Newman, Teoria de Rosemarie Parse, Teoria de Martha Rogers (Clark, 2012). Deste modo, é essencial que o enfermeiro gestor proponha a integração de teorias de Enfermagem na prática dos enfermeiros que lidera.

Contudo, as grandes teorias de Enfermagem são conhecidas pela sua difícil aplicabilidade prática, devendo ser vistas como filosofias de cuidados e priorizar teorias de médio alcance, considerando que as mesmas operam entre o nível abstrato das grandes teorias e o empírico das teorias práticas (Brandão, Barros, Primo, Bispo & Lopes, 2019).

Em suma, e refletindo sobre a bibliografia supracitada, conseguimos compreender o quão ambíguo é o conceito central da dissertação – qualidade dos cuidados de

enfermagem em oncologia. Diferentes autores apresentam, articulam e mobilizam o conceito de forma diferente, contudo há termos e ideias chaves que podemos retirar da literatura. Cuidados de Enfermagem Oncológicos de qualidade são prestados por equipas com os recursos adequados, quando são centrados no cliente e o encaram como um ser holístico, dando resposta às suas necessidades, respeitando e valorizando a sua perspetiva, mobilizando a melhor evidência nos cuidados; sendo adotadas medidas para continuamente majorar a qualidade, indo ao encontro dos objetivos do cliente, dos enfermeiros e da organização.

2. Gestão em Enfermagem

A gestão enquanto ciência, é definida por Griffin (2013), como um conjunto de atividades (que inclui planejar, processo de tomada de decisão, organizar, liderar, controlar) direcionadas aos recursos de uma organização (recursos financeiros, humanos, físicos, informação), com o objetivo de alcançar os objetivos de uma organização de uma forma eficiente e efetiva.

Etimologicamente, Gestão, deriva do latim de “*gestionis*”, que faz referência à ação e consequência de administrar ou gerir algo (Díaz, 2018).

Bateman, Snell & Konopaske (2017), definem sumariamente gestão como o processo de trabalhar com pessoas e recursos para alcançar os objetivos de uma organização.

Jones & George (2018), similarmente definem gestão como planejar, organizar, liderar e “controlar” recursos humanos para atingir os objetivos da organização de uma forma eficiente e eficaz.

Deste modo conseguimos compreender a multidimensionalidade e representatividade que um gestor tem numa organização, sendo responsável pelo planeamento e organização de atividades, mobilizando os recursos necessários (humanos, materiais, informação e financeiros) para alcançar os objetivos da organização de uma forma eficiente e efetiva. De forma sumária, as três definições revelam a complexidade e relevância que o gestor tem no alcançar dos objetivos da organização em que se insere.

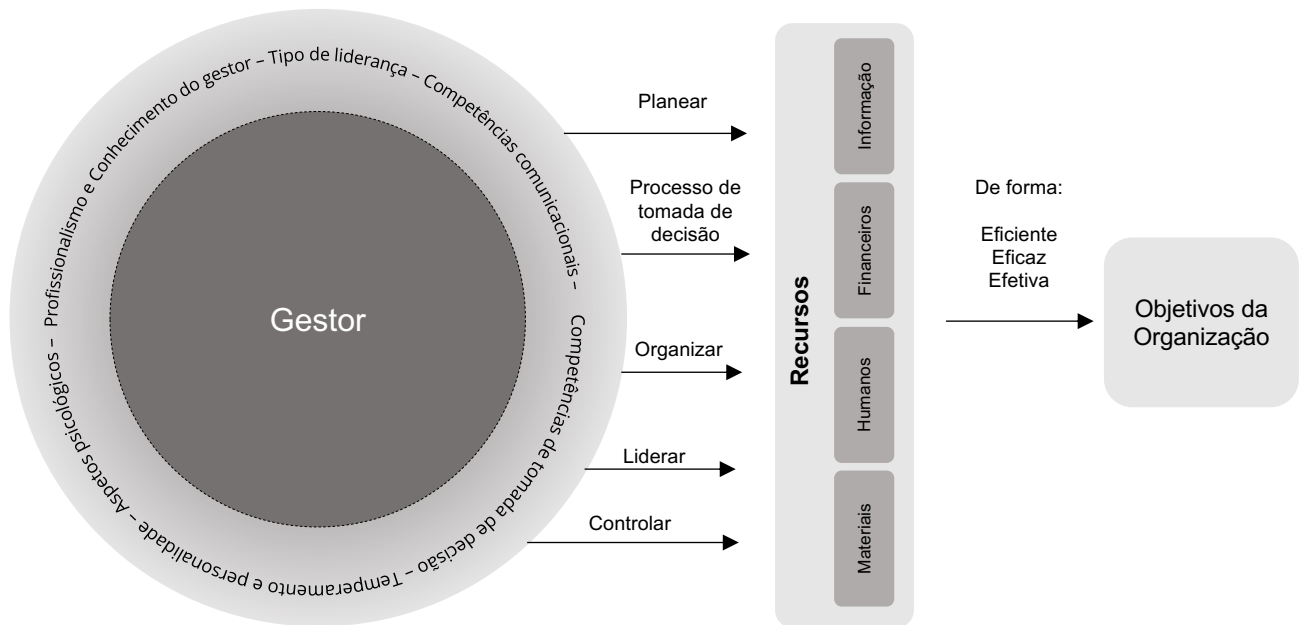
Tovmasyan (2017) descreve a atividade do gestor em cinco funções chave, com base na sua revisão da literatura, nomeadamente: no delineamento de objetivos, planos, políticas e programas da organização; assegurar recursos humanos, materiais e maquinaria a um baixo custo; mobilizar todos os recursos em operações através de uma boa organização; dirigir e motivar os recursos humanos no trabalho; e supervisionar e controlar o desempenho (*performance*).

A mesma autora, conclui que gerir é o resultado da atividade mental de uma pessoa com diversos fatores que influenciam a eficiência da atividade, tais como: a função/cargo do gestor, o profissionalismo e conhecimento do gestor, a sua liderança, a

sua competência de tomada de decisão e comunicação, o seu temperamento e personalidade, bem como outros aspetos psicológicos (Tovmasyan, 2017).

No sentido de esquematizar a evidência encontrada, foi elaborada a figura 2 onde são explanadas as funções e características do gestor.

Figura 2 – Modelo explicativo sumário das funções e características do Gestor.



Fonte: Adaptado de Jones & George (2018); Bateman et al. (2017); Tovmasyan (2017); Griffin (2013)

Os enfermeiros gestores, enquanto profissionais com formação na área da Enfermagem e igualmente na área da Gestão, são considerados figuras essenciais para o sucesso dos objetivos de uma instituição (Cox, 2019).

Numa perspetiva da Enfermagem, Yoder-Wise (2019) realça a importância da gestão e o papel fulcral do enfermeiro gestor, tendo como responsabilidade a criação de estruturas que apoiem a obtenção de resultados (*outcomes*) organizacionais e clínicos.

Alinhada com as definições apresentadas é também a da OE, que define enfermeiro gestor como:

(...) o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em

enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (...) sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Nesta definição vemos explanadas as diferentes vertentes sobre as quais um enfermeiro gestor se deve alinhar na sua prática diária, focando-se não só em atingir os objetivos da organização a um nível financeiro, mas também da qualidade.

Desta forma, o enfermeiro gestor deve promover uma prática de enfermagem de qualidade, através da adoção de uma prática de cuidados segura, baseada na evidência, fomentando a formação e proporcionando um ambiente da prática de enfermagem seguro.

A Ordem dos Enfermeiros (2018), acrescenta ainda que existem diferentes níveis de gestão associados ao exercício profissional do enfermeiro gestor: o nível operacional, o nível tático e ainda o nível estratégico. Para a mesma, o “Nível estratégico ou institucional é referente à gestão de topo da Organização; Nível tático ou intermédio é referente à gestão de um conjunto de unidades e/ou serviços ou departamentos; e o Nível operacional é referente à gestão de serviço e/ou unidade assistencial.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A melhoria continua da qualidade em cuidados de saúde é definida por McLaughlin & Kaluzny (2012), como uma abordagem filosófica para identificar problemas num sistema e encontrar soluções para os mesmos, de forma a dar resposta às expectativas dos clientes e alcançar melhores resultados na prestação de cuidados.

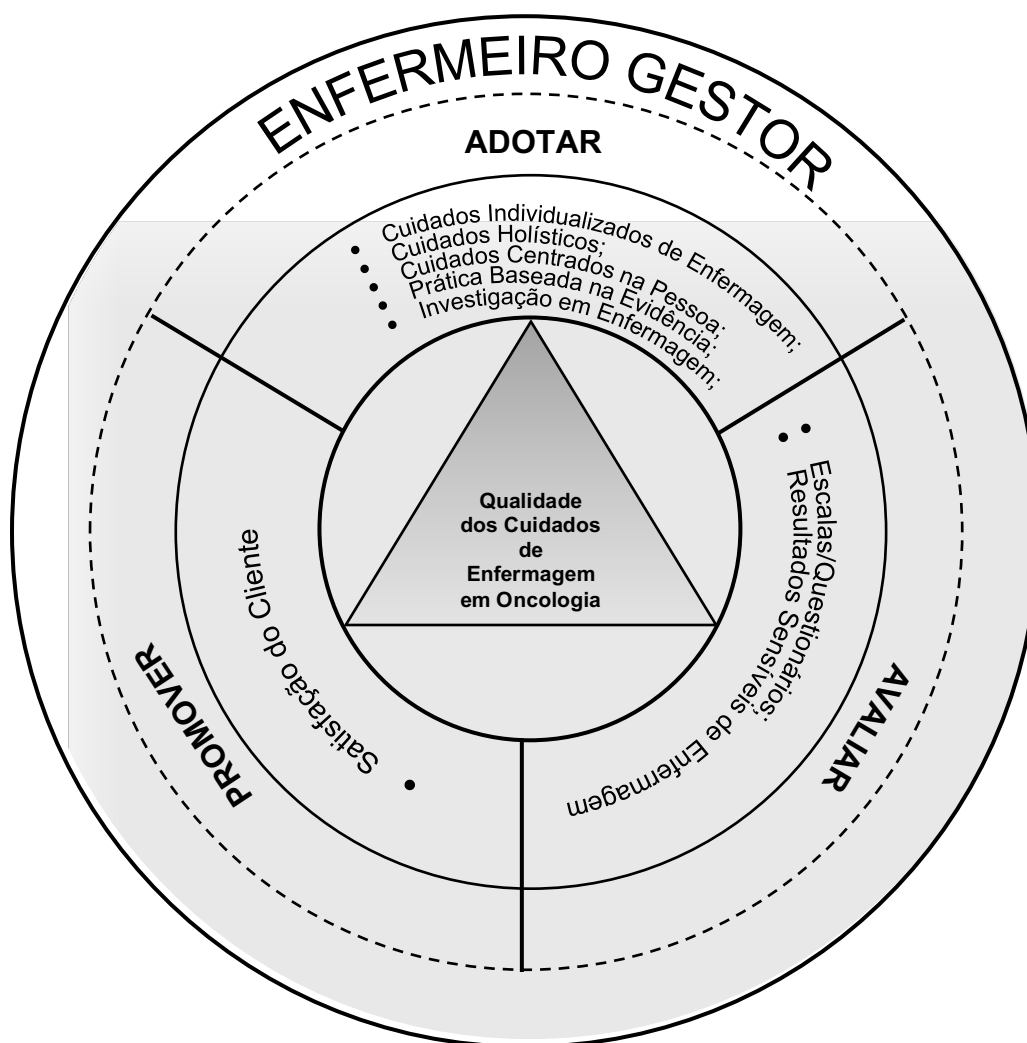
Esta abordagem, é identificada e adotada pelos enfermeiros gestores, sobretudo em países desenvolvidos, com o intuito de obter os melhores resultados da prestação de cuidados de Enfermagem; sendo os enfermeiros gestores responsáveis pela função de assegurar uma prestação de cuidados de enfermagem segura e de qualidade (Lucas & Nunes, 2020; Kakyo & Xiao, 2017).

Neste sentido, um dos objetivos das organizações que prestam cuidados de saúde é a procura contínua pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim sendo, pode ser observado, na figura 3, um modelo elaborado no sentido de explicar o impacto do enfermeiro gestor na promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem na equipa que lidera.

No mesmo modelo, conseguimos observar o principal agente de mudança na qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia, o enfermeiro gestor; encontrando-se no anel exterior com limites permeáveis para o interior, influenciando os diferentes anéis do sistema que integra.

O gestor tem como responsabilidade a promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem no seio da sua equipa. Para que isso aconteça é necessário que o mesmo adote na unidade que lidera uma cultura de cuidados holísticos, centrados na pessoa, uma prática baseada na evidência e na investigação; que avalie a qualidade dos cuidados de enfermagem, com maior ou menor objetividade, através da avaliação de resultados sensíveis de enfermagem, ou pelo preenchimento de instrumentos/escalas; e promovendo a satisfação do cliente.

Figura 3 – Modelo explicativo do impacto do enfermeiro gestor



Fonte: Adaptado de Lal, 2021; Kousoulou et al. (2019); Charalambous et al. (2017); Groot et al. (2017); Charalambous et al. (2016); Charalambous & Adamakidou (2014); Halpern et al. (2013); Fessele (2011).

Inalienável à prática do enfermeiro gestor, é a promoção de um ambiente da prática de Enfermagem (APE) favorável. O APE é definido por Lake (2002) como as características organizacionais de um ambiente de trabalho que promovem ou constroem a prática profissional dos enfermeiros. De acordo com a literatura, é considerado uma pontuação média superior a 2,5 como um APE favorável e inferior a 2,5 como desfavorável (Zangaro & Jones, 2019).

A melhoria do APE está intimamente ligada a uma promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Lucas & Nunes, 2020; Mahram, 2017; Koy, Yunibhand, Angsuroch & Fisher, 2015; Anzai, Douglas & Bonner, 2014); traduzindo-se em melhores resultados para os clientes, enfermeiros e instituições (Gasparino, Ferreira, Oliveira, Alves & Balsanelli, 2021).

Neste sentido, o enfermeiro gestor tem um papel fulcral na promoção de um APE favorável (Siqueira et al., 2019; Alves & Guirardello, 2016), resultando numa prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Carvalho & Lucas, 2020; Chen, Ramalhal & Lucas, 2019).

A liderança em enfermagem desempenha igualmente um papel essencial na promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem, estando estreitamente ligada ao APE e influenciando-o (Weber, Ward & Walsh, 2015; Alharbi, Dahinten & Macphee, 2020). Enfermeiros gestores treinados em liderança têm um impacto na promoção de uma prática segura por parte dos enfermeiros, resultando num menor número de efeitos adversos vivenciados pelos clientes (Boamah, Laschinger, Wong & Clarke, 2018). O mesmo verifica-se quando um APE é favorável (Granados-Plaza, Gea-Caballero, Martí-Ejarque & Ferré-Grau, 2021).

A liderança em enfermagem tem 4 funções chave na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: como facilitadora de uma comunicação efetiva, no fortalecimento de relações intra e interprofissionais, na criação e manutenção de equipas e no envolvimento dos pares (Carvalho & Lucas, 2020).

Alzahrani & Hasan (2019) defendem ainda que a adoção de uma liderança transformacional resulta numa maior satisfação com o trabalho por parte dos enfermeiros. O APE tem um fator determinante na satisfação dos enfermeiros, e consequentemente na qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos; deste modo, os enfermeiros gestores são responsáveis por apoiar os enfermeiros no desenvolvimento das suas carreiras, bem como proporcionar oportunidades de trabalho em equipa através da formação (Lin, Lai, Huang, Huang & Hsieh, 2020).

Akerjordet, Furunes & Haver (2018) destacam a adoção de uma liderança centrada na promoção da saúde. A liderança centrada na promoção da saúde tem como princípios chave uma ampla participação, o desenvolvimento de competências e um sentimento de significado (*meaningfulness*). Um enfermeiro gestor deve, seguindo este tipo de liderança,

focar o seu foco na promoção da saúde da sua equipa, agir com coragem, responsabilidade e adotar uma abordagem próxima (*hands-on approach*), bem como uma visão sistemática e holística salientando a importância APE.

Labrague (2020) realça o efeito que uma liderança tóxica pode causar junto de uma equipa de Enfermagem, nomeadamente piores resultados para os enfermeiros, como insatisfação com o trabalho, altos níveis de stress e aumento da intenção de *turnover*; para os clientes, o aumento de efeitos adversos (aumento do número de reclamações, abuso verbal por parte dos clientes e familiares, quedas, infeções associadas aos cuidados de saúde e erros na administração de terapêutica), bem como uma diminuição na qualidade dos cuidados de enfermagem. Silva & Potra (2017) realçam ainda que a insatisfação profissional está intimamente ligada a uma diminuição da qualidade dos cuidados de Enfermagem; deste modo, o enfermeiro gestor tem um papel preponderante no estabelecimento de estratégias que promovam a satisfação dos enfermeiros.

Num contexto ambulatório oncológico, Friese & Himes-Ferris (2013) destacam ainda a importância do APE, nomeadamente a adequação de recursos materiais e humanos, competências de gestão e liderança pelo enfermeiro gestor e carga de trabalho, como variáveis importantes para a satisfação dos enfermeiros e intenção de *turnover*.

É importante realçar que o custo em recursos humanos associado ao fenómeno de *turnover* tem um impacto negativo na qualidade dos cuidados de Enfermagem, estando ligado a uma diminuição da qualidade dos cuidados e piores resultados para as clientes (erros medicamentosos, diminuição da satisfação e aumento da morbilidade) (Fallatah, Laschinger & Read, 2017).

A literatura científica é unânime no que concerne ao impacto dos enfermeiros gestores junto dos clientes, equipas e organizações. As intervenções dos mesmos trazem impactos diretos nas equipas de enfermagem, e assim sendo os enfermeiros gestores devem personalizar as suas intervenções aos elementos das equipas que lideram.

Min, Hong, Son & Lee (2021), destacam a intervenção do enfermeiro gestor da diminuição da fadiga dos enfermeiros que trabalham em horário rotativo, realçando a necessidade de adequar a intervenção dos gestores junto destes enfermeiros no sentido de reduzir a fadiga dos mesmos, aumentar a quantidade e qualidade do sono bem como a vigilância dos mesmos.

No que concerne a fadiga, é relevante mencionar a intervenção do gestor na redução do *burnout* junto das equipas de Enfermagem. Num estudo de Marôco et al. (2016) é revelado que maioritariamente existem níveis moderados a elevados de *burnout* nos enfermeiros portugueses, sendo que dos enfermeiros amostrados, 50% apresentavam *burnout* elevado. Jesus, Marques-Pinto, Fronteira e Mendes (2014), salientam ainda o elevado desgaste emocional dos enfermeiros portugueses, contudo revelam que os mesmos apresentam baixos níveis de despersonalização e perda da realização profissional.

Shah et al. (2021), destacam como principais causas de *burnout*: um ambiente da prática de enfermagem desfavorável, a exigência física da prática clínica, o número de horas de trabalho, as dotações (falta de enfermeiros), a falta de comunicação entre profissionais de saúde e a falta de uma boa gestão/liderança nas equipas. O *burnout* surge como problemática ainda mais relevante, uma vez que o mesmo tem um impacto direto nos resultados sensíveis de Enfermagem, comprometendo a segurança do cliente, a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, o empenho para com a organização por parte dos enfermeiros, a produtividade e a satisfação do cliente (Jun, Ojemeni, Kalamani, Tong & Crecelius, 2021).

Deste modo, cabe aos enfermeiros gestores empoderar e motivar a equipa de Enfermagem, criar APE favoráveis no sentido de reduzir o *burnout* vivenciado pelos Enfermeiros, reduzir a intenção de turnover e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Mudallal, Othman & Hassan, 2017). O enfermeiro gestor tem ainda o papel fulcral de potenciar a resiliência dos enfermeiros que lidera, sendo que os mesmos têm um papel ativo a nível operacional de potenciar a resiliência da equipa. Operacionalmente, o enfermeiro gestor pode adotar sete estratégias para promover a resiliência da equipa, nomeadamente: facilitar as interações sociais dentro da equipa da enfermagem, promover uma atitude positiva, capitalizar nos pontos fortes dos enfermeiros pondo-os na prática, nutrir o desenvolvimento dos enfermeiros, encorajar o autocuidado dos enfermeiros, estimular a prática de *Mindfulness* e demonstrar altruísmo. A mobilização destas intervenções por parte do enfermeiro gestor resultará numa redução do *burnout* vivenciado na equipa e, inerentemente, numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Wei, Roberts, Strickler & Corbett, 2018).

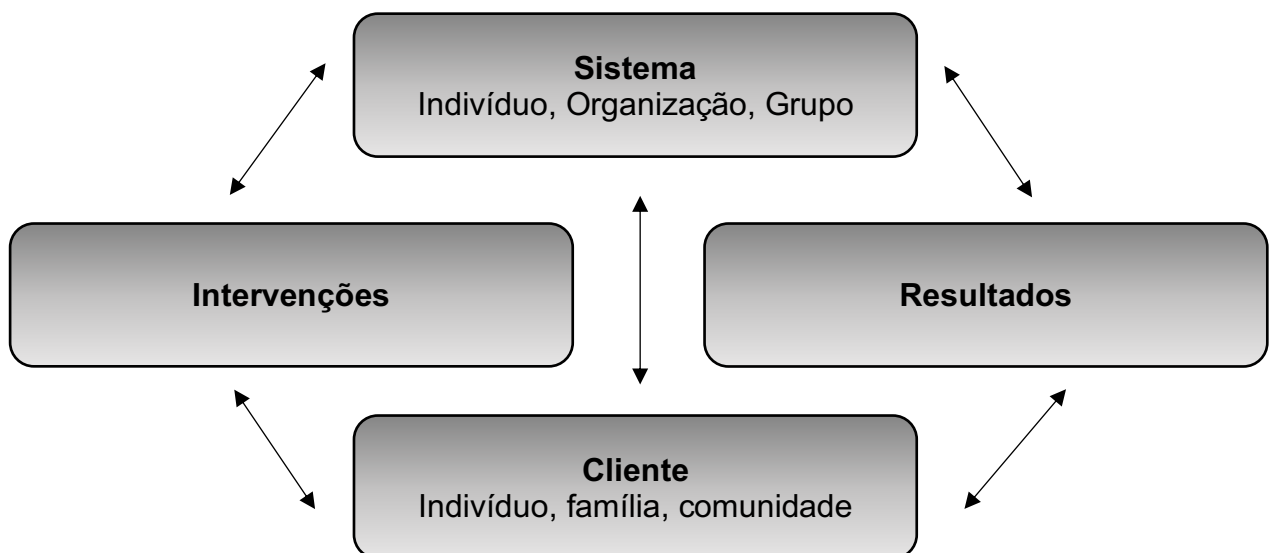
Com o intuito de compreender melhor os conceitos de qualidade de cuidados de enfermagem em oncologia, gestão em enfermagem e ambiente da prática de enfermagem na forma como se relacionam com o enfermeiro gestor, foi elaborado um referencial teórico com apoio a três modelos:

- “*Quality Health Outcomes Model*” (Mitchell, Farketich, Jennings, 1998);
- “*Framework for Person-Centred Nursing*” (McCormack & McCance, 2006);
- “*Taxonomy of Nursing Care Organization Models*” (Dubois et al., 2012);

Mitchell et al. (1998) desenvolvem o *Quality Health Outcomes Model*, baseado e guiado na literatura desenvolvida por Donabedian, nomeadamente no *Framework* de estrutura, processo e resultado desenvolvido pelo mesmo em 1966, com o intuito de promover a qualidade no setor da saúde.

Mitchell et al. (1998) propõem com o seu modelo, basear-se no modelo linear previamente desenvolvido por Donabedian e torná-lo num modelo dinâmico que consagre o feedback entre os clientes, o sistema ou contexto no quais os cuidados são prestados e as intervenções. O mesmo encontra-se representado na figura 4.

Figura 4 – Adaptação do Modelo de Mitchell et al. (1998).



No modelo, os autores consagram que elementos de processo se inserem nas características do sistema. Se o sistema for considerado uma organização estruturada

como um hospital, então o tamanho, a propriedade, a diferença de competências, a demografia dos clientes e a tecnologia mobilizada seriam todos elementos estruturantes que interagem com as intervenções desenvolvidas, afetando os resultados em saúde. Por sua vez os resultados devem ser medidos/avaliados segundo cinco pilares: alcançar o autocuidado apropriado; demonstrar comportamentos promotores da saúde; qualidade de vida relacionada com a saúde; percepção do cuidado prestado e gestão de sintomas. As intervenções são os processos clínicos diretos ou indiretos que incluem intervenções ou atividades direcionadas às pessoas. Por fim, as características das pessoas afetam diretamente os resultados em saúde, desta forma as intervenções devem ser ajustadas à individualidade das pessoas de forma a não comprometer os resultados (Mitchell et al., 1998).

Mitchell et al. (1998) reforçam a conceção anterior afirmando que avaliação dos resultados deve ser fruto do processo e estruturas de cuidados que integrem os aspetos funcionais, sociais, psicológicos, físicos e fisiológicos da experiência de vida de cada indivíduo na saúde e na doença.

McCormack & McCance (2006) adotam a perspetiva holística dos cuidados no seu *framework*, realçando a importância da sua adoção na prestação de cuidados de Enfermagem.

O modelo centra-se no conceito de *Person Centered Care* (PCC) ou Cuidados centrados na pessoa. O conceito de PCC é amplamente discutido na literatura e a evidência indica que a sua implementação na prática clínica culmina numa prestação de cuidados mais holística McCormack & McCance (2006).

O *Framework* de McCormack & McCance (2006), é composto por 4 diferentes estruturas: os pré-requisitos; o ambiente da prática de Enfermagem; processos centrados na pessoa; e os resultados expectáveis.

Os pré-requisitos centram-se no profissional de saúde, nomeadamente no Enfermeiro e nas suas competências ou atributos; se é clinicamente competente, possui competências interpessoais, demonstra comprometimento com o trabalho/organização, se demonstra os seus valores e crenças de forma clara e se se conhece a si próprio. Competência profissional é compreendido pelo autor como o enfermeiro deter o conhecimento teórico e técnico, sendo capaz de tomar decisões e priorizar os cuidados de Enfermagem (McCormack & McCance, 2006).

A estrutura de ambiente da prática de Enfermagem foca-se no contexto no qual os cuidados de enfermagem são desenvolvidos e que inclui sistemas que facilitem o processo de tomada de decisão partilhada, boa relação com a equipa, um sistema organizacional de suporte, uma partilha de poder e que haja um potencial para a inovação e correr riscos (McCormack & McCance, 2006).

Os processos centrados na pessoa é a estrutura que mais se centra na pessoa em todo o modelo, espelhando a forma como os cuidados devem ser prestados – através de atividades que operacionalizem o conceito de PCC. O mesmo é possível quando se inclui a pessoa no processo de cuidados e se trabalha com as crenças e valores da mesma; se possui uma presença empática; se partilha o processo de tomada de decisão; e se as necessidades físicas da pessoa são colmatadas.

Os processos centrados na pessoa são uma estrutura chave do *Framework* no que concerne a prática de cuidados centrados na pessoa e o Holismo, pois mobiliza na ação do enfermeiro a adoção de intervenções que englobem e sejam conscientes das crenças e valores da pessoa alvo dos seus cuidados. Similarmente ao modelo de Mitchell et al. (1998), ambos os modelos promovem a adoção de uma prática individualizada dos cuidados, centrada nas pessoas. No entanto, o modelo de McCormack & McCance (2006) adota uma perspetiva mais holística, mencionando a importância de trabalhar com as crenças e valores do cliente na prática clínica; dimensão que não é abordada por Mitchell et al. (1998) no seu modelo.

Por fim, e como última estrutura do *Framework* de McCormack & McCance (2006), temos os resultados (*Outcomes*), que são os resultados esperados de uma adoção de enfermagem baseada no PCC, que inclui a satisfação do cliente; um sentimento de bem-estar; criação de um ambiente terapêutico; partilha de tomada de decisão; relações colaborativas com os profissionais e práticas inovadoras.

Dubois et al. (2012), apresentam um modelo de organização de cuidados de enfermagem. O mesmo trata-se de um modelo operacional com intuito de maximizar o uso dos recursos de enfermagem existentes assegurando a prestação de cuidados de qualidade e seguros. Os autores defendem a importância de compreender os mecanismos que permitem a um modelo de organização dos cuidados de impactarem os *outcomes*/resultados.

Para os mesmos (Dubois et al., 2012), os resultados obtidos de um modelo de organização dos cuidados são fruto de três variáveis: A equipa de enfermagem, o âmbito da prática e ainda e o ambiente da prática clínica.

A equipa de enfermagem é considerada um parâmetro chave na organização dos cuidados de enfermagem. A evidência científica comprova ainda a equipa de enfermagem tem um forte impacto no alcançar dos resultados esperados pelos cuidados, no entanto só a equipa de enfermagem não é suficiente para que os resultados sejam alcançados (Dubois et al., 2012).

O âmbito da prática é considerado e descrito na literatura em termos de processos de cuidados de enfermagem ou o conteúdo do trabalho dos enfermeiros, referindo-se às atividades/intervenções nas quais a equipa de enfermagem age de forma a proporcionar os cuidados aos clientes e suas famílias (Dubois et al., 2012).

O ambiente da prática clínica é o ambiente na qual os enfermeiros prestam os cuidados de enfermagem, tratando-se assim de uma característica chave na caracterização dos cuidados de Enfermagem de uma organização (Dubois et al., 2012).

É essencial identificar a tríade descrita por Dubois et al. (2012) que caracteriza o sistema de prestação de cuidados de uma organização de forma a compreender as relações que se estabelecem entre si. Ao estudarmos e compreendermos os mecanismos inerentes à mesma, conseguimos promover uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Assim sendo, e em suma, fundamentando pela literatura supracitada, compreendemos a função dos enfermeiros gestores como elementos-chave para uma organização, enfermeiros nela inseridos e clientes. Os mesmos têm um impacto nas três entidades e são preponderantes no alcance dos objetivos das mesmas. Enquanto gestores, independentemente do nível de gestão, terão de planear as suas intervenções, passar por um processo de tomada de decisão, organizar, liderar e controlar os recursos que tem ao seu dispor para atingir os objetivos delineados de uma forma eficiente, eficaz e efetiva. Ademais, são essenciais a garantir uma promoção contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelas equipas que lideram. Esta qualidade pode ser alcançada através da promoção de ambientes da prática de enfermagem favoráveis, adotando um estilo de liderança transformacional, centrado na saúde das equipas que gere; adotando uma cultura de cuidados individualizados, holísticos, centrados no cliente

e seguros; com base na melhor evidência, promovendo a investigação e formação contínua dos enfermeiros; e auscultando os principais interessados deste estudo – os clientes e respetivas famílias. Adotando todos os conceitos supramencionados, acreditamos que um enfermeiro gestor deverá alcançar com sucesso uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no seio das equipas que gere.

3. Tradução e Validação Psicométrica de Escalas

O processo de tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento é longo, trabalhoso e consome muito tempo, requerendo uma grande preparação metodológica por parte do investigador (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Com a tradução de um instrumento os investigadores podem comparar conceitos entre participantes/respondentes de outras culturas. O objetivo da tradução de um instrumento é alcançar a equivalência entre a versão original e a versão traduzida (Gray & Grove, 2021).

A equivalência obtida na tradução de um instrumento deve dar-se a três níveis: equivalência conceptual, equivalência semântica e equivalência de medida (Gray & Grove, 2021).

A equivalência conceptual está centrada em determinar se as pessoas de duas culturas diferentes, da escala original e traduzida, identificam o conceito/variável na mesma perspetiva, de modo a o conceito seja avaliado seja o mesmo (Gray & Grove, 2021).

A equivalência semântica foca-se no significado de cada item, ou seja, se na tradução o significado das palavras/frases se mantém e é inteligível pelos respondentes (Gray & Grove, 2021).

Já a equivalência de medida é obtida quando são testadas as propriedades psicométricas do instrumento traduzido e as mesmas são comparadas com o original (Gray & Grove, 2021).

Apesar de não ser consensual de qual o melhor método na realização de adaptações culturais, é aceite pela comunidade científica que para a aplicação de uma escala numa população diferente da qual foi construída, é necessário passar por um processo de validação e adaptação cultural; não basta traduzir o instrumento (Vilelas, 2020; Kalfoss, 2019; Karthikeyan, Manoor & Supe, 2015).

Sousa & Rojjanasrirat (2010) destacam ainda que o processo de tradução de um instrumento psicométrico deve ser feito por tradutores qualificados de forma a garantir a qualidade da tradução em todas as suas fases.

Na tradução de um instrumento, é essencial que haja uma congruência entre as palavras e o seu verdadeiro significado quando traduzidos para o idioma alvo (Kalfoss, 2019).

Numa revisão por Machado et al. (2018), foram incluídos e analisados 96 artigos revelando uma vasta lista de *guidelines* no processo de tradução e validação de um instrumento psicométrico – um total de 27 *guidelines*. Contudo, as recomendações mais utilizadas nacional e internacional foram propostas por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000), sendo usadas num total de 49% dos estudos.

O processo de tradução e validação proposto por Beaton et al. (2000) é considerado uma referência a nível internacional no que concerne a adaptação cultural e validação de instrumentos psicométricos (Machado et al., 2018)

Beaton et al. (2000) sugerem que para a tradução e adaptação cultural de um instrumento são necessárias cinco distintas fases, sendo as mesmas: a Tradução, a Síntese, a Retroversão, a Revisão por especialistas e a fase de pré-teste.

Na fase de tradução devem ser elaboradas duas traduções (T1 e T2) do idioma original para o idioma alvo, por dois tradutores diferentes. Desta forma é possível comparar traduções e identificar discrepâncias na forma como uma palavra ou frase podem ser compreendidas e traduzidas. As traduções devem ser realizadas por tradutores bilingues nos dois idiomas. Os autores devem possuir perfis e *backgrounds* diferentes de forma a garantir a melhor tradução possível (Beaton et al., 2000).

Na fase de Síntese é elaborada a produção de uma síntese e tradução comum, através de um consenso entre os dois tradutores, que discutem as traduções e confrontam as duas traduções. No final é expectável que seja criada uma tradução comum (T12) a partir das duas traduções iniciais (Beaton et al., 2000).

Na Fase de Retroversão é recorrido a dois tradutores diferentes bilingues que devem traduzir de volta ao idioma original originando as versões BT1 e BT2 (Beaton et al., 2000).

Na Fase de Revisão por especialistas é ambicionado que seja formada uma equipa por peritos, no qual terão de analisar todas as traduções elaboradas (T1, T2, T12, BT1 e BT2) e encontrar uma resolução para as discrepâncias encontradas (Beaton et al., 2000).

Por fim, temos a última fase do processo de tradução, que consiste na fase de pré-teste. A realização de um pré-teste tem como objetivo a avaliação da equivalência entre a versão original da escala (no idioma original) e a que está a ser proposta para versão

final para validação. Contudo, é de salientar que apesar desta fase ser útil na obtenção de *insight* de como os participantes interpretam as questões do instrumento, ela não avalia a validade ou fiabilidade do instrumento traduzido, mas é importante no sentido que obtemos a compreensão dos participantes acerca das questões (Beaton et al., 2000).

Beaton et al. (2000) acreditam que esta fase deva incluir uma amostra ideal entre 30 e 40 pessoas. Vilelas (2020) defende a mesma posição, concordando numa amostra de pré-teste de 30 e 40 pessoas. Contudo, este valor não é consensual na literatura. Num estudo de Perneger, Courvoisier, Hudelson & Gayet-Ageron (2015), os autores defendem que sejam detetados 90% dos problemas de uma escala quando o estudo é aplicado a uma amostra de 22 pessoas, no entanto recomendam que um pré-teste seja aplicado a pelo menos 30 a 50 participantes.

Sousa & Rojjanasrirat (2010) recomendam que idealmente o estudo seja aplicado a uma amostra de 10 a 40 participantes. Outros autores defendem que devem ser integrados o “máximo de participantes possíveis (Converse & Presser, 1986). Já Beatty & Willis (2007) recomendam amostras de 5 a 15 participantes, contudo este valor é refutado por Perneger et al. (2015) dado que uma amostra destas dimensões numa fase de pré-teste pode resultar numa lacuna na identificação de erros.

É importante realçar que após o processo de tradução, se 20% dos participantes tiverem dúvidas na tradução, a mesma poderá ter de ser reavaliada e reformulada (Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

A realização deste processo culmina naquela que é denominada de fase qualitativa por Vilelas (2020). O mesmo defende que um processo de adaptação transcultural é composto por duas fases – a qualitativa e, seguidamente, a quantitativa. A qualitativa compreende o processo de tradução do instrumento em estudo, a retroversão, a comparação de versões traduzidas com a original e culmina com um pré-teste ou fase de compreensão. A quantitativa envolve a testagem final do instrumento numa amostra da população alvo, envolvendo consequentemente a análise estatística dos dados obtidos e confirmando a validação, ou não, do instrumento (Vilelas, 2020).

Atualmente existem diversos instrumentos na área da saúde, no entanto muitos não têm sido validados de forma adequada. Para que isso aconteça, os investigadores devem avaliar profundamente as propriedades de medidas dos questionários (Tsang, Royse & Terkawi, 2017).

Para que a validação transcultural seja adequada, é necessário considerar a amostra final. A amostra deverá possuir uma dimensão baseada numa proporção entre o número de itens presentes no instrumento e número de participantes. Vilelas (2020) apresenta na sua fórmula que por cada item do instrumento devem corresponder a pelo menos 5 participantes na amostra. Já Gray & Grove (2021) mencionam que vários especialistas recomendam uma resposta de 10 participantes por cada item da escala.

Apesar do processo de adaptação cultural de instrumentos não ser consensual na literatura, é notório que a simples tradução de um instrumento não o torna válido a ser aplicado nessa cultura. Para que um instrumento seja válido é necessário avaliar e validar as propriedades psicométricas com o intuito de compreender a precisão de medida de um determinado conceito/variável após a adaptação. Deste modo é necessário avaliar a fiabilidade e validade do instrumento (Vilelas, 2020; Sullivan-Bolyai & Bova, 2018).

O processo de validação das propriedades psicométricas compreende duas etapas essenciais: a validade e a fiabilidade (Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020).

A validade de um instrumento compreende que o mesmo tenha a capacidade de avaliar o constructo que se propõem a medir (Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020; Heavey, 2019; Polit & Beck, 2019; Lobiondo-Wood & Haber, 2018); contudo, é importante realçar que a validade de um instrumento não é um recurso tangível, que possa ser obtido através do uso de técnicas apropriadas. A validade de um instrumento é obtida ao longo do tempo, com a aplicação da escala e a realização de estudos por parte de investigadores (Gray & Grove, 2021; Bandalos, 2018; Kazdin, 2017).

A validade poderá ser avaliada de quatro diferentes abordagens, sendo as mesmas: a validade aparente, validade do conteúdo, validade do critério e validade do constructo (Polit & Beck, 2019).

A validade aparente compreende se o instrumento aparenta ou não medir o constructo de interesse de forma adequada. A validade aparente apesar de não ser considerada uma forma adequada de avaliar a validade de um instrumento dada a fraca sustentação teórica, pode ser relevante (Polit & Beck, 2019).

A validade do conteúdo compreende que o instrumento contenha o conteúdo necessário para que capture o constructo a avaliar, isto é, se o instrumento contém os itens necessários para que consiga avaliar o constructo a que se compromete (Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020; Polit & Beck, 2019; Lobiondo-Wood & Haber, 2018) por

exemplo, se a escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale* tem os itens necessários para que avalie a qualidade dos cuidados de enfermagem percebida pelos clientes.

A validade do critério compreende que os scores obtidos numa variável/item realmente reflitam um padrão-ouro, ou seja que a um critério seja uma medida ideal de um constructo. A validade de critério compreende dois tipos: a validade de critério preditiva e a validade de critério concorrente (Polit & Beck, 2019). A validade de critério preditiva consiste na análise de até que ponto um *score* de uma escala ou instrumento pode ser usado para prever um desempenho futuro ou comportamento. Já a validade de critério concorrente foca-se na comparação dos resultados de um instrumento ou escala com outro que seja já considerado válido e confiável (Polit & Beck, 2019). Comparativamente, o que separa também as duas formas de validação do critério é o tempo, sendo que a validação concorrente é realizada no presente ou num curto espaço de tempo; a validação preditiva é realizada no futuro (Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020; Polit & Beck, 2019; Lobiondo-Wood & Haber, 2018).

A validade do constructo centra-se em determinar a validade do instrumento *per si*, ou seja, se o mesmo tem a capacidade de medir o constructo que se propõem a medir, validando a teoria (conceitos e relações) exibidas no instrumento (Gray & Grove, 2021; Polit & Beck, 2019; Lobiondo-Wood & Haber, 2018).

A validade do constructo pode ser verificada através de diversas técnicas, tais como: validade convergente e divergente; validade por contraste de grupos; validade por análise discriminante; e a análise fatorial (Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020). Contudo, a mais extensamente utilizada na literatura é a análise fatorial (Vilelas, 2020), sendo aplicada na tradução e validação de instrumentos (Kim & Kang, 2021; Vázquez-Sánchez et al., 2021; Prosen, Kvas, Bošković & Ličen, 2021; Bae, Yoon & Park, 2021; Mansour, Hasan & Alafafsheh, 2021; Lundby et al., 2021).

A análise fatorial é essencial na apreciação da validade do constructo de um instrumento, tendo a capacidade de determinar as várias dimensões de um determinado fenómeno de interesse (Gray & Grove, 2021), permitindo ao investigador compreender que grupo de itens do instrumento avaliam o mesmo conceito de um constructo.

A análise fatorial é composta por duas fases – análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória. A análise fatorial exploratória compreende uma análise da relação entre os diferentes itens do instrumento, devendo ser agrupados em fatores distintos de

acordo com a similaridade do conteúdo que tencionam mensurar (Gray & Grove, 2021). Desta forma, é possível analisar a relação entre um grande número de variáveis, diminuir o número das mesmas e identificar grupos de variáveis que sejam próximas a nível conceptual. Desta forma, criam-se fatores, que consistem em constructos hipotéticos criados pelas variáveis originais. Através desta etapa, para além de validar o constructo do instrumento, é se possível reduzir também o número de variáveis para um grupo mais reduzido de componentes (Cipher, 2021). A análise fatorial confirmatória tem como objetivo confirmar o número de fatores de um instrumento, bem como a equivalência de medida entre diferentes grupos. Através da análise fatorial confirmatória poderão ser excluídos itens que não se correlacionam com o fator (Gray & Grove, 2021).

Contudo, para a realização de uma análise fatorial é necessário compreender se este é um método adequado. Para isso, é necessário compreender de que forma a amostra se adequa através do estudo das correlações entre as variáveis, comparando as correlações originais com as parciais – este método pode ser obtido através do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que avalia a medida de adequação da amostragem; ademais deve ser também verificada se as variáveis se relacionam de forma significativa entre si, para isso deve ser realizado o teste de esfericidade de Bartlett (Denis, 2021; Cavalcanti et al., 2020).

Almeida (2017) sugere a seguinte interpretação dos valores do teste de KMO:

Quadro 2 – Valores de referência do KMO

Scores / Valor do KMO	Adequação da Amostragem
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 aceitável
< 0,5	Inaceitável

Fonte: Almeida, 2017.

Desta forma, é considerado o valor mínimo de 0,5, contudo é recomendada a realização de uma análise fatorial apenas com scores superiores a 0,6 (Denis, 2021; Kääriäinen, Mikkonen & Kyngäs, 2020). Já o teste de esfericidade de Bartlett, é ambicionada uma

rejeição da hipótese nula, que significa que não há correlação entre as variáveis, no qual é pretendido um $p\text{-value} < 0,001$ (Almeida, 2017). Uma vez alcançados valores favoráveis em ambos os testes, é possível afirmar a viabilidade da análise fatorial.

De seguida, deverá proceder-se a uma análise da extração inicial dos componentes. De forma a decidir o número de fatores a reter poderá recorrer-se a três diferentes técnicas, que devem ser usadas em conjunto, nomeadamente: o critério de Kaiser ou valores de *eigenvalue*; o critério de *Scree Plot*; e a variância extraída para cada fator e variância extraída total. A Regra de Kaiser tem como principal funcionalidade a determinação do número de fatores principais a ser extraídos. O critério *Scree Plot* é apresentado através de um gráfico onde revela a os fatores e respetivos *eigenvalues*, atribuindo uma importância relativa a cada fator de modo a explicar a variância total das variáveis originais. Deverão ser retidos fatores até aquele em que se observar uma inflexão da curva que relaciona o número do fator e o respetivo *eigenvalue*. De forma a extrair o número mínimo de fatores, devem ser escolhidos o número de fatores que expliquem pelo menos 50% da variância total das variáveis originais (Almeida, 2017).

Uma vez determinados o número de fatores, procede-se à seleção do tipo de rotação de fatores. Uma das mais utilizadas é a rotação ortogonal Varimax no qual será obtida uma estrutura fatorial em que uma e apenas uma das variáveis originais esteja relacionada com um dos fatores e pouco associada com os restantes (Almeida, 2017).

Após a rotação de fatores deverá proceder-se à interpretação da solução final através da análise da variância total explicada dos resultados e da matriz de componentes rotacionada (Almeida, 2017). Deve ser considerado como valor mínimo de saturação 0,5 (Almeida, 2020).

Uma vez confirmada a validade do instrumento, devemos proceder à verificação da fiabilidade do mesmo. Segundo Gray & Grove (2021), a fiabilidade de um instrumento compreende que o mesmo meça/avalie um conceito de forma consistente num estudo ou na prática clínica. Um instrumento com um grande grau de fiabilidade demonstra uma grande consistência nos scores dos participantes, resultando inerentemente na diminuição de erros na medida.

A fiabilidade pode ser testada com diversas técnicas, sendo que todas avaliam o erro de medida do instrumento no estudo na qual está a ser aplicado (Gray & Grove, 2021). O grau de fiabilidade pode ser determinado através de um coeficiente de

correlação, variando em 0 e 1, sendo que 0 não apresenta fiabilidade e o 1 apresenta uma fiabilidade perfeita. Para a avaliação da fiabilidade deverá ser testada a homogeneidade ou consistência interna do instrumento através do coeficiente Alfa Cronbach. O coeficiente Alfa cronbach é a técnica mais comum para a testagem da consistência interna de um instrumento (Gray & Grove, 2021; Kääriäinen, Mikkonen & Kyngäs, 2020; Vilelas, 2020; Lobiondo-Wood & Haber, 2018). Os valores, e interpretação do teste, encontram-se descritos no quadro 3.

Quadro 3 – Valores de referência do Coeficiente Alfa Cronbach

Scores / Valor	Nível de Consistência
> 0,90	Consistência muito boa
0,8 – 0,9	Consistência boa
0,7 – 0,8	Consistência razoável
0,6 – 0,7	Consistência fraca
< 0,6	Consistência inadmissível

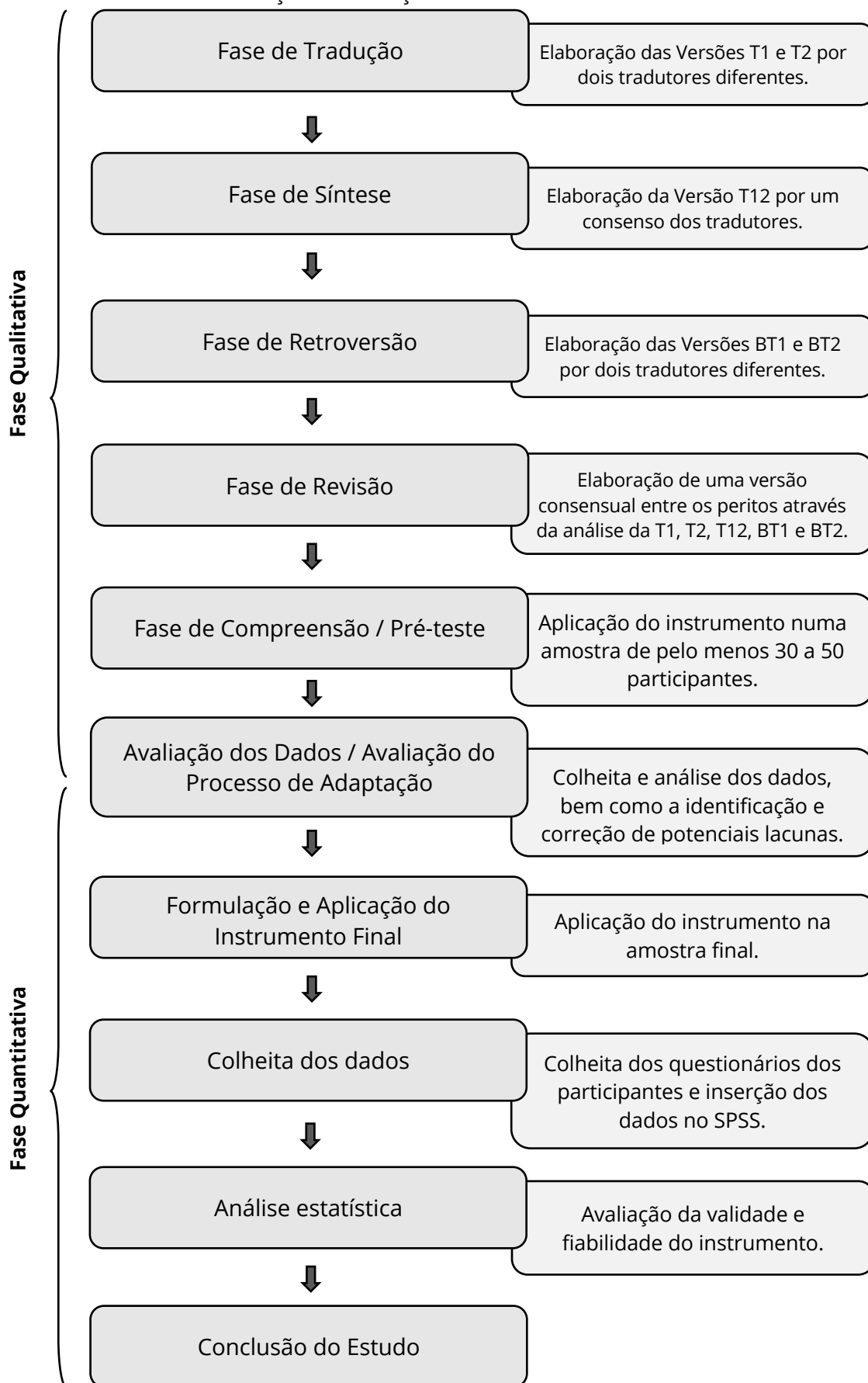
Fonte: Vilelas (2020)

Apesar de não ser consensual na literatura, a evidência aponta para que apenas scores superiores a 0,7 indicam uma consistência interna mínima adequada de um instrumento (Gray & Grove, 2021; Lobiondo-Wood & Haber, 2018), no entanto realçam que deve ser almejada uma consistência interna superior a 0,8 (Gray & Grove, 2021; Polit & Beck, 2019).

Considerando a análise estatística inerente ao processo de validação das propriedades psicométricas de um instrumento, tais como a realização da análise fatorial, é recomendado o uso de programas informáticos adequados que facilitem a investigação e estudo do investigador; tal como o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

De modo a sumariar todo o processo de Tradução e Validação Transcultural de um instrumento, é apresentada na Figura 5 um esquema ilustrativo do referido processo (Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020; Beaton et al., 2000).

Figura 5 – Processo de Tradução e Validação Transcultural de um instrumento.



Fonte: Adaptado de Gray & Grove, 2021; Vilelas, 2020; Beaton et al., 2000.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. *QUALITY OF ONCOLOGY NURSING CARE SCALE* – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A *Quality of Oncology Nursing Care Scale*, é uma escala desenvolvida e publicada por Andreas Charalambous e Theodoula Adamakidou, que avalia a perceção da qualidade dos cuidados de Enfermagem em Oncologia por parte dos clientes. A escala compreende um total de 34 itens e é composta por cinco domínios/subescalas distintas, com os respetivos significados:

- *Being supported and confirmed* - O domínio "*Being Supported and confirmed*" corresponde à avaliação da perceção dos clientes acerca do apoio que os mesmos receberam por parte dos enfermeiros e a qualidade do apoio, traduzindo a segurança e confiança nos enfermeiros e a qualidade da comunicação dos enfermeiros na prestação dos cuidados de Enfermagem (Charalambous & Adamakidou, 2014);
- *Spiritual Caring* - O domínio "*Spiritual Caring*" traduz a forma como os enfermeiros satisfizeram as necessidades espirituais dos clientes, ou se os mesmos as abordaram (Charalambous & Adamakidou, 2014);
- *Sense of Belonging* - O domínio "*Sense of Belonging*" centra-se no campo de atuação dos enfermeiros junto da família do cliente, isto é, na forma como o enfermeiro envolveu a família na prestação dos cuidados de Enfermagem (Charalambous & Adamakidou, 2014);
- *Being Valued* - O domínio "*Being Valued*" compreende como os clientes se sentiram quando os enfermeiros lhes prestaram cuidados, se se sentiram valorizados pelos enfermeiros na prestação de cuidados de Enfermagem (Charalambous & Adamakidou, 2014);
- *Being Respected* - o domínio "*Being Respected*" foca-se no grau de respeito que os clientes receberam aquando da prestação de cuidados de Enfermagem (Charalambous & Adamakidou, 2014).

A escala recorre ao autopreenchimento por parte dos clientes uma escala tipo Likert de 5 pontos, organizando-se da seguinte forma: 1 – *Completely disagree*; 2 – *Disagree*; 3- *Neither agree or disagree*; 4 – *Agree*; 5- *Completely Agree* (Charalambous & Adamakidou,

2014). Em suma, através do preenchimento da escala é auscultada a percepção dos clientes acerca dos cuidados de enfermagem oncológicos.

Desde a sua publicação, a escala tem vindo a ser cada vez mais utilizada, sendo aplicada em diversos países geograficamente dispersos, tais como: a Jordânia (Loai et al., 2021), Omã (Loai et al., 2021), Egipto (Loai et al., 2021), o Chipre (Charalambous et al., 2017), a Grécia (Charalambous et al., 2017) e a República Checa (Charalambous et al., 2017). Atualmente, o instrumento já se encontra traduzido e validado culturalmente para a população brasileira (Soares, 2018), embora ainda não publicado.

A *Quality of Oncology Nursing Care Scale* foi originalmente construída e validada nas populações grega e cipriota. Charalambous & Adamakidou (2014) aplicaram o instrumento a uma amostra total de 418 participantes, maioritariamente do sexo masculino (54,3%), sendo que apenas adultos (idade > 18 anos) poderiam participar no estudo. A fiabilidade do estudo foi confirmada através da obtenção de um alfa cronbach de 0,95. A estabilidade da fiabilidade através do teste-reteste com um coeficiente de Pearson favorável ($r = 0,79$). A validade foi confirmada através de uma análise fatorial exploratória, onde obteve um KMO de 0,913 e um teste de esfericidade de Bartlett $p < = 0,001$ revelando a adequação da amostragem. Apresentou uma variância de 68,53% para o instrumento com cinco fatores.

Antes da elaboração da presente dissertação científica foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Medline Complete e CINAHL, bem como no motor de pesquisa Google de forma a identificar se a mesma já se encontrava traduzida e/ou validada para a população portuguesa – sendo que ainda não se encontrava. Não foram ainda encontradas escalas que avaliassem a percepção dos clientes acerca dos cuidados de enfermagem oncológicos quer num panorama nacional, como internacional, de uma forma holística. A *Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale* não inclui a dimensão espiritual dos cuidados de Enfermagem, não sendo desta forma considerada a perspetiva holística dos cuidados de Enfermagem. Uma vez que não foram encontrados instrumentos que auscultassem a perspetiva dos clientes acerca dos cuidados de enfermagem em oncologia, foi selecionada a *Quality of Oncology Nursing Care Scale* para a tradução e validação transcultural por refletir uma perspetiva de enfermagem holística, da qual

possamos obter *inputs* para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem num contexto nacional, bem como a satisfação do cliente.

2. QUESTÕES ÉTICAS

Independentemente da área científica que se integra, quando uma investigação científica envolve a participação de humanos ou animais, os investigadores são responsáveis por mencionar os conflitos éticos associados ao estudo. As preocupações éticas na investigação em enfermagem, ganham relevo dada a linha ténue que separa aquilo que é expectável da prática clínica dos enfermeiros e a colheita de dados para uma investigação. Esta linha muitas vezes é ultrapassada e o mesmo não deve acontecer (Polit & Beck, 2019).

Koerich, Machado & Costa (2005) definem bioética como: “A Bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de carácter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. Associada à bioética estão presentes quatro princípios éticos da investigação científica de acordo com a Declaração de Helsínquia que devem ser mobilizados na prática clínica do enfermeiro. Sendo os mesmos:

- Princípio da Beneficência – a promoção do bem-estar, dos interesses do cliente; ajudar o cliente. Neste princípio o profissional deve avaliar os riscos da sua intervenção, optando pela traz maiores benefícios, reduzindo os danos e riscos associados;
- Princípio da Não-maleficência – não promover o mal do cliente, prevenindo e antecipando potenciais danos e riscos;
- Princípio da Justiça – distribuição equitativa e justa dos deveres e benefícios sociais (p.e. a oportunidade ao mesmo tratamento);
- Princípio da Autonomia – respeito pela autonomia e poder de decisão sobre si mesmo do cliente;

Enquanto investigador, a ambicionar realizar um estudo com humanos, venho também consagrar o respeito pelos princípios da Declaração de Helsínquia (WMA, 2013); bem como a proteção de dados de todos os envolvidos no projeto de investigação através do cumprimento da Lei n.º 58/2019.

A Declaração de Helsínquia veio sustentar a prática segura de investigação na atualidade, sendo responsável pela formação das comissões de ética como as vemos hoje

em diferentes ambientes clínicos (Gray & Grove, 2021). Na mesma é estipulada que antes de qualquer estudo começar, deve ser requerido um parecer por parte da comissão de Ética (WMA, 2013). Neste sentido, foi requerido ao Hospital no qual o estudo da presente dissertação científica se desenvolveu a autorização e parecer da Comissão de Ética a 25 de fevereiro de 2021. Juntamente com o pedido de parecer à Comissão de Ética, foi também redigido um pedido de realização de estudo ao Conselho de Administração do Hospital. O parecer favorável, de ambas as partes, foi obtido a 14 de junho a 2021 (Parecer UIC/1439).

No sentido de obter o consentimento dos participantes, respeitando e garantindo os seus princípios e direitos, foi elaborado um consentimento informado, presente no apêndice I, entregue juntamente com o formulário de colheita de dados. Antes da aplicação de qualquer questionário, foi obtido o consentimento informado a todos os participantes no presente estudo, sendo-lhes explicada a finalidade e objetivos do estudo, as implicações da participação no estudo e a garantia da confidencialidade e anonimato. A participação no estudo foi voluntária, sem qualquer tipo de recompensação monetária para os participantes, sendo-lhes garantido que a não participação no estudo, não lhes iria de alguma forma afetar o acesso ou alterar o acesso aos cuidados de saúde que procura, encontrando-se livre para não participar ou desistir a qualquer momento. Com a conclusão do estudo, todos os dados serão destruídos.

3. METODOLOGIA

A investigação em Ciências de Enfermagem é considerada de largo espectro na literatura, cobrindo diversas áreas temáticas da vida humana, como as práticas de Enfermagem, o ambiente, a saúde. Dada a amplitude da investigação conduzida em Enfermagem, esta é muitas vezes complexa e não envolve apenas um fenómeno que possa ser objetivamente mensurável, muitas vezes é também investigada a experiências/situações ocorridas nas vidas das pessoas e em que ambientes/condições as mesmas ocorreram (Kyngäs, 2020).

3.1 Caracterização do Estudo

No sentido de orientar o estudo, foi estabelecida como pergunta de investigação: “Será que a *Quality of Oncology Nursing Care Scale* apresenta boas características psicométricas para o contexto cultural português?”.

O objetivo geral da dissertação científica foi adaptar linguisticamente e culturalmente à população portuguesa a escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale*, originando a versão portuguesa da mesma.

Os objetivos específicos propostos são:

- Traduzir a escala QONCS para português;
- Adaptar a escala QONCS ao contexto cultural português;
- Avaliar as características psicométricas da escala QONCS;
- Analisar a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia;

Dado a extensão da investigação conduzida, é necessária a adoção de metodologias diversas que possam ser aplicadas pelos investigadores e enfermeiros na investigação que desenvolvem. De um modo abrangente e sintético, a investigação pode ser dividida em quantitativa, qualitativa e por vezes mista quando são usados métodos quantitativos, bem como qualitativos.

Segundo Gray & Grove (2021) a investigação quantitativa, conta e mede no sentido de dar resposta a uma questão de investigação. Quer os dados sejam numéricos ou linguísticos, numa análise quantitativa o objetivo é sempre a contagem e medição dos dados. Os investigadores neste tipo de investigação ganham um insight *sem* mensurar conceitos ou analisar relações estatísticas.

Numa investigação científica há também o objetivo de descrever, explorar ou prever um conceito; neste sentido os estudos poderão ser: descritivos quando o objetivo é descrever um certo fenómeno, exploratório-descritivos quando para além de descrever um certo fenómeno também se ambiciona estabelecer relações entre fatores, e preditivo quando o objetivo da investigação for identificar fatores que prevejam a ocorrência de um determinado fenómeno ou evento (Kyngäs, 2020).

Polit & Beck (2019) defendem que numa investigação epidemiológica e médica, um estudo experimental é denominado de ensaio clínico ou ensaio experimental, e um estudo não experimental (que não há uma intervenção) é chamado de estudo observacional.

Gray & Grove (2021) explana que numa amostra não probabilística, nem todos os elementos da população têm a oportunidade de serem incluídos na amostra. No entanto, realçam que nas ciências da Enfermagem e restantes ciências da saúde a obtenção de uma amostra probabilística é quase impossível.

Assim sendo, este é um estudo quantitativo, exploratório-descritivo e observacional (Gray & Grove, 2021; Kyngäs, 2020; Polit & Beck, 2019), pois os dados que iremos obter através da escala serão mensuráveis, tendo como objetivo validar as propriedades psicométricas do instrumento para a população portuguesa; será observacional pois não iremos avaliar uma intervenção, vamos observar e auscultar a perceção dos clientes alvo dos cuidados de enfermagem em oncologia.

A amostra pode ser classificada como probabilística ou não probabilística. A amostra probabilística compreende que toda a população tem a oportunidade de participar de igual forma no estudo e dessa forma ser incluído na amostra. A amostra não probabilística compreende que os elementos integrantes da amostra sejam selecionados com base na sua disponibilidade e que sejam considerados representativos na população alvo (Bondmass, 2021).

Desta forma, a amostra do estudo foi não probabilística, na medida em que foi composta por clientes alvo dos cuidados de enfermagem oncológicos, prestados no Hospital, que aceitaram responder ao questionário, oriundos dos serviços autorizados para o estudo. A população alvo do estudo foram os clientes aos quais foram prestados cuidados de enfermagem em contextos oncológicos hospitalares, com idades superiores a 18 anos, após a alta. Sendo que os critérios de inclusão do estudo foram: clientes com

idades superiores a 18 anos, com doença oncológica, com a capacidade de preencher o instrumento de forma autónoma, e que fossem alvo de cuidados de enfermagem oncológicos. Como critério de exclusão foi definido o não domínio do idioma português, uma vez que a inteligibilidade do instrumento não seria compreendida.

Para além do tipo de amostra, é necessário considerar a dimensão da amostra. A dimensão da amostra é especialmente relevante uma vez que a mesma deve ser grande o suficiente para a deteção de erros na validação transcultural do instrumento, bem como para que a mesma seja significativa na aferição das relações entre as variáveis alcançando um poder estatístico (Polit & Beck, 2019). Assim sendo, e como previamente mencionado, a amostra deverá compreender uma dimensão de 170 (Vilelas, 2020) a 340 (Gray & Grove, 2021) participantes, que representa o intervalo de 5 a 10 participantes por cada item da escala.

A investigação deve ser sempre conduzida usando métodos científicos rigorosos de modo a darem respostas a perguntas e a resolver problemas; tendo por objetivo desenvolver, aperfeiçoar e expandir conhecimento que possa ser utilizado na prática clínica do enfermeiro e desta promover uma prática baseada na evidência (Kyngäs, 2020).

3.2 Entrega e Recolha de Questionários

Uma vez estabelecidos os objetivos do estudo, e com o intuito de se iniciar a recolha de dados, procedeu-se à entrega dos questionários nos serviços que aceitaram participar no mesmo. A entrega dos questionários foi iniciada no dia 23 de julho de 2021 após o parecer favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração, terminando a 15 de setembro de 2021. Foram aplicados questionários a 9 serviços de internamento de especialidades médicas e cirúrgicas de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Para a aplicação dos questionários nos referidos serviços, foram obtidas as declarações de autorização, após reuniões com enfermeiros gestores e diretores clínicos destes serviços e após autorização por escrito destes responsáveis.

Assim sendo, antes da entrega oficial aos clientes, foi explicado junto dos enfermeiros gestores de cada serviço e/ou enfermeiros com competências de coordenação o objetivo do estudo e método de aplicação do questionário. A escala foi dada a conhecer a todos os enfermeiros gestores ou enfermeiros com funções de coordenação e foram esclarecidas todas as dúvidas que surgiram.

Após a apresentação da escala aos enfermeiros gestores dos serviços integrantes do estudo, foi discutido com os mesmos a estratégia de aplicação do questionário, isto é, de que forma seriam entregues os questionários, em que momentos, por quem, e onde seriam guardados. Esta discussão tornou-se favoravelmente relevante dada as diversas dinâmicas que existem em cada um dos serviços e método de organização do trabalho de enfermagem, bem como interdisciplinar. Desta forma surgiram 4 diferentes métodos de entrega dos questionários: em três serviços os questionários foram entregues diretamente pelos enfermeiros gestores aos clientes; num serviço os questionários foram entregues diretamente à secretária clínica que se encarregava de colocar o questionário no processo físico do cliente e, que no momento da alta clínica, seria entregue para o cliente preencher; em quatro serviços foram eleitos enfermeiros responsáveis pela entrega dos questionários que o faziam no momento da alta clínica; e num serviço os questionários eram guardados pelo enfermeiro com competências de coordenação e que posteriormente entregava ao enfermeiro responsável pela alta clínica do cliente e que respetivamente entregava ao cliente antes na mesma. Os questionários nos 8 serviços foram guardados pela secretária clínica, selados, de forma a garantir a segurança e anonimato dos clientes.

Todos estes métodos foram igualmente válidos, adaptando a entrega dos questionários à dinâmica/organização de cada serviço. A grande disparidade entre os vários serviços deveu-se principalmente à pluri-responsabilização da entrega dos questionários. Nos serviços em que os questionários foram entregues diretamente pelo enfermeiro gestor, houve uma recolha de maior número de questionários; este método revelou-se bastante eficaz dado o mesmo acabar por ser o elo de ligação entre a equipa de enfermagem e equipa médica (responsável pela alta clínica). Uma vez que este estava habitualmente a par do momento da alta clínica, este conseguiu fazer a entrega do questionário. Contudo, este método teve também uma contrariedade, uma vez que quando o enfermeiro gestor se encontrava de férias ou ocupado com outras questões, o número de questionários entregues e recolhidos foram inevitavelmente menores dada a gestão de prioridades e ocupação do seu tempo.

Assim sendo, e procedendo à entrega dos questionários, os mesmos foram entregues, agraphados, contendo 3 documentos: o consentimento informado, o questionário de recolha de dados e a escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale*. Os questionários foram

entregues agraphados com o intuito do participante poder desistir a qualquer momento do estudo.

O questionário de recolha de dados é composto por um conjunto de perguntas de desenvolvimento e de resposta rápida, de forma a melhor caracterizar a amostra. O questionário encontra-se no apêndice II. Para o tratamento e análise dos dados, foi elaborada uma base de dados no sistema informático SPSS, v. 27, para o MacOS.

3.3 Processo de Tradução e Adaptação da escala QONCS

O processo de tradução e adaptação da QONCS foi iniciado quando foi pedida a autorização aos autores, Andreas Charalambous e Theodoula Adamakidou, para traduzir e adaptar a escala para a população portuguesa a 14 de junho de 2020, presente no apêndice III. A autorização formal foi concedida a 20 de julho de 2020, presente no apêndice IV.

Para o processo de tradução foi formada uma equipa composta por três tradutores bilingues, todos com *backgrounds* diferentes com o intuito de desenvolver a melhor tradução possível. Foi adotada o método de tradução proposto por Beaton et al. (2000), respeitando as diferentes fases que o competem: a fase de tradução, de síntese, de retroversão, de revisão e de compreensão.

O processo de tradução foi iniciado com a fase de tradução, no qual foram contactados dois tradutores que se responsabilizaram pela tradução da escala do idioma original inglês para português, originando duas versões traduzidas (T1 e T2). Nesta fase de tradução surgiram algumas dúvidas relativamente ao processo de tradução por parte dos tradutores, uma vez que foram encontradas algumas incongruências na escala original, nomeadamente a falta de pontuação no final das frases (no caso de alguns itens) e um dos tradutores salientou o uso de diversos tempos verbais que não refletiriam e não se adequariam quando aplicados à cultura portuguesa no momento da aplicação da escala, como a alternância entre o tempo presente e o passado. Deste modo, e após reflexão sobre esta questão, foi adotada a conjugação verbal no pretérito perfeito em todos os itens por tornar mais inteligível a leitura dos itens no momento do preenchimento. Os autores originais foram informados desta questão.

De seguida, foi iniciada a fase de síntese, onde foi realizada uma reunião com os tradutores e se elaborou a versão consensual entre as duas versões traduzidas através de uma discussão entre os dois tradutores.

Uma vez concluída a fase síntese, procedeu-se à fase de retroversão onde foram realizadas duas retroversões da versão síntese (BT1 e BT2), por dois tradutores bilíngues. De seguida, foi realizada uma reunião de peritos, correspondendo à fase de revisão, onde foram confrontadas todas as versões elaboradas e de onde surgiu uma versão consensual de todas as versões. Contudo, uma vez submetida esta versão à Comissão de Ética, os mesmos propuseram uma correção ao item 23, "O enfermeiro clarificou ou não, se desejava a presença dos seus familiares.", do instrumento por considerarem que o mesmo não parecia ajustado ao grau de concordância pelo participante. Foi sugerido ainda trocar o termo "cliente" por "paciente". Deste modo, foi reunida novamente a equipa de peritos, aceitando a sugestão da Comissão de Ética do hospital, onde se reformulou a questão de forma a melhor refletir o interesse do cliente, bem como o seu grau de concordância com a afirmação, ficando da seguinte forma: O Enfermeiro perguntou se desejava a presença dos seus familiares."

Uma vez redigida a versão consensual final, com as correções propostas pela Comissão de Ética do Hospital, foi necessário proceder à aplicação da escala de forma a deter inconsistências no instrumento ou dúvidas relativas à compreensão do mesmo. A fase de compreensão culminou na aplicação do instrumento a uma amostra de 52 clientes (n=52), indo ao encontro da amostra mínima de 30 a 50 participantes definida por Perneger et al. (2015).

A aplicação do instrumento foi feita em todos os serviços aderentes ao estudo, contudo apenas foram obtidos questionários de oito dos nove serviços. Um dos serviços não entregou questionários por não haver nenhuma alta clínica nesse espaço de tempo.

Fomos acompanhando de muito de perto o processo de respostas ao questionário, junto dos serviços e de um modo geral, os questionários foram preenchidos sem dificuldade por parte dos clientes, segundo feedback obtido pelas equipas de enfermagem/enfermeiros gestores. Contudo, é de salientar que na secção destinada a sugestões foi obtida uma informação pertinente para o estudo: dois questionários (n=2) salientaram o impacto da pandemia no preenchimento do questionário, dado que com as limitações às visitas dos serviços, e inerentemente a impossibilidade de uma visita por

parte da família, seria mais difícil o preenchimento dos itens 23 ao 27, relativos ao domínio do “Sentir-se Apoiado”.

Deste modo, concordando com a opinião dos clientes, haverá itens que poderão ser mais difíceis de responder ou menos pertinentes dadas as limitações que os mesmos encontraram face ao contexto de pandemia. Contudo, o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem não é centrado e restrito à visita dos familiares, podendo ser envolvidos de diversas formas sem estar presencialmente no contexto de cuidados.

Um perito na aplicação dos questionários sentiu que o domínio dos “Cuidados Espirituais” seria demasiado complexo de preenchimento pela população mais idosa, dado a abrangência e multidimensionalidade do conceito, sentindo que muitos não compreendiam o que significava “cuidados espirituais”, sugerindo a adoção do termo “religiosos”. Para além desta sugestão, sugeriu ainda a alteração do item 22 onde referiu que o termo “ritos religiosos” não era facilmente compreendido pelos clientes mais idosos. O termo religião e espiritualidade são termos que, conceptualmente similares, têm significados diferentes. “A espiritualidade é uma vivência nata do homem, enquanto a religião é uma instituição humana” (Silva & Silva, 2014). Contudo, considerando o processo de adaptação cultural, foi compreendido que para a população geral os dois termos seriam vistos como sinónimos ou similares para a população e deste modo intimamente inteligíveis, potenciando a compreensão das questões dos questionários quando adicionado. Relativamente à questão dos ritos religiosos, foi discutido com os peritos esta tradução, ao que sugeriram adicionar o termo “cerimonial” no sentido de complementar o sentido/essência da frase. Foi consultada a opinião do autor da escala original, no sentido de saber a opinião do mesmo, contudo o mesmo não respondeu ao e-mail enviado. Assim sendo, tomámos a decisão de acionar o termo religiosidade.

Quadro 4 – Inserção do termo religiosidade e cerimoniais religiosos.

	Versão T12	Versão Final para validação
Domínio	Cuidados Espirituais	Cuidados Religiosos/Espirituais
Item 18	O enfermeiro iniciou conversa sobre questões espirituais.	O enfermeiro iniciou conversa sobre questões religiosas/espirituais.
Item 20	O enfermeiro mostrou-se disponível e incentivou a conversa sobre questões espirituais.	O enfermeiro mostrou-se disponível e incentivou a conversa sobre questões religiosas/espirituais.

Item 22	O enfermeiro facilitou os ritos religiosos quando prestava cuidados.	O enfermeiro facilitou o cerimonial/ritos religiosos quando prestava cuidados.
---------	--	--

Os restantes participantes da fase de compreensão (n=50), $\cong$ 96,15% da amostra do pré-teste, não referiram possuir qualquer dúvida no preenchimento do questionário na secção das sugestões. Sendo que não houve uma percentagem superior a 20% de dúvidas por parte dos participantes com a tradução (Sousa & Rojjanasrirat, 2010), foi concluída a fase qualitativa do estudo e procedeu-se à aplicação final do instrumento.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 202 participantes, (n=202), dos quais foram recolhidos dados e se procedeu ao tratamento e análise dos mesmos, caracterizando-os socio-demograficamente, bem como de acordo com a informação clínica dos mesmos.

Dos 202 participantes, verificou-se uma distribuição similar entre os sexos no estudo, com uma maioria dos participantes do sexo feminino (n=112), com 55,4%, comparativamente com os 44,6% dos participantes do sexo masculino (n=90). Estes dados foram similarmente ao encontro dos dados nacionais, em que a maioria da população é do sexo feminino, com 52,8% (PORDATA, 2021).

Tabela 1 – Caracterização da amostra relativamente ao sexo.

Sexo	N	%
Feminino	112	55,4
Masculino	90	44,6
Total	202	100

Relativamente à idade, a idade média dos participantes foi de 57,1 anos, sendo que o participante mais novo tinha 21 anos e o mais velho 92. A moda das idades foi de 52 anos e a mediana de 57 anos. Recorreu-se à fórmula de Sturges (Mello & Guimarães, 2015) com o intuito de construir as faixas etárias dos participantes. Foram criadas 9 classes, presente na tabela 2. A classe menos representada foi a faixa etária dos 85 aos 92 anos, com 2,48%, e a mais representada foi a dos 53 aos 60 anos, com 2,78%.

Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente à idade.

Faixa Etária	N	%
[21 – 28]	11	5,5
[29 – 36]	11	5,5
[37 – 44]	17	8,4
[45 – 52]	33	16,3
[53 – 60]	44	21,8

[61 – 68]	37	18,3
[69 – 76]	30	14,9
[77 – 84]	14	6,9
[85 - 92]	5	2,5
Total	202	100

No que concerne às habilitações académicas da amostra, apresentadas na tabela 3, podemos observar que o grupo mais representativo são os que concluíram o 12º Ano de Escolaridade (n=48), com 23,76%. O grupo menos representado é o dos detentores do 11º Ano, com 5 participantes (n=5), com 2,48%.

Tabela 3 – Caracterização da amostra pelas habilitações académicas.

Habilitações académicas	N	%
4º Ano	42	20,8
6º Ano	20	9,9
9º Ano	32	15,8
11º Ano	5	2,5
12º Ano	48	23,8
Bacharelato	6	3,0
Licenciatura	35	17,3
Outro	14	6,9
Total	202	100

No que toca à área da residência, foi pedido aos participantes que identificassem a sua área de residência entre um meio rural ou urbano. Deste modo, 75,74% dos participantes afirmavam viver num meio urbano (n=153), comparativamente a 24,26% dos participantes que afirmavam viver num meio rural (n=49).

Tabela 4 – Caracterização da amostra pela área de residência.

Área de residência	N	%
Urbana	153	75,7
Rural	49	24,3
Total	202	100

De seguida, iniciou-se a caracterização da amostra segundo os diagnósticos clínicos dos participantes, bem como por outras informações clínicas relevantes, como: o tempo desde o diagnóstico, dias de internamento no serviço, se se tratava do seu primeiro internamento e se era o primeiro internamento no respetivo hospital X.

Relativamente ao diagnóstico, os mesmos foram agrupados por especialidade médica de forma a serem mais abrangente e mais facilmente preenchidos pelos participantes. Foram incluídos os seguintes tipos de cancro: mama, próstata, bexiga, cabeça e pescoço, pâncreas, pulmão, pele (melanoma), tecidos moles, cérebro e medula espinal e outros que os participantes especificassem que não estivessem incluídos nos supramencionados.

O tipo de cancro mais comum na amostra foi o cabeça e pescoço (n=64), representando 31,68% da amostra. O menos representativo foi o da próstata, correspondendo apenas a 0,99% da amostra (n=2). O segundo grupo mais significativo foi o dos outros, nos quais foram principalmente mencionados cancros do trato gastrointestinal (estômago e colorretal) e hematológicos.

Comparativamente à população portuguesa, os tipos de cancro mais diagnosticados em Portugal são o do pulmão, o da mama e o do colorretal (SNS, 2020).

Tabela 5 – Caracterização da amostra pelo tipo de cancro.

Tipo de Cancro	N	%
Mama	46	22,8
Próstata	2	1,0
Bexiga	3	1,5
Cabeça e Pescoço	64	31,7
Pulmão	8	4,0
Pele (Melanoma)	11	5,4
Tecidos Moles	10	5,0
Outros	58	28,7
Total	202	100

No sentido de melhor conhecer a situação clínica dos clientes no momento da avaliação, foi questionado o tempo desde o diagnóstico no momento de preenchimento

da escala. A esmagadora maioria dos participantes (n=121) foi diagnosticada há mais de 2 meses, correspondendo a 59,9% da amostra.

Tabela 6 – Caracterização da amostra pelo tempo desde o diagnóstico.

Tempo desde o diagnóstico	N	%
Menos de 1 mês	34	16,8
1 - 2 meses	47	23,3
Mais de 2 meses	121	59,9
Total	202	100

Relativamente ao tempo de internamento, houve uma grande variância de valores, dado a inclusão de serviços cirúrgicos em que a rotação de clientes é bastante superior com internamentos mais reduzidos temporalmente, do que em serviços de medicina. O internamento mais curto teve uma duração de 1 dia, comparativamente com o mais longo que teve 151 dias. A média de dias de internamento da amostra foi de aproximadamente 10 dias (9,82). A moda foi de 3 dias de internamento. Se classificarmos e analisarmos a amostra pelo número de semanas de internamento, a maioria (69,8%) dos participantes teve um internamento igual ou inferior a uma semana (7 dias).

Tabela 7 – Caracterização da amostra pelo tempo de internamento.

Dias de internamento	N	%	$\bar{x}$
0 - 7	141	69,8	9,8
8 - 14	26	12,9	
15 - 21	19	9,4	
22 - 29	3	1,5	
> 29	13	6,4	
Total	202	100	

Outra questão foi a de se aquele era o primeiro internamento dos participantes na amostra, bem como se seria o primeiro internamento no hospital em estudo. A maioria dos participantes afirmou não ser o primeiro internamento, sendo que 71,3% dos participantes já tinham antecedentes de internamentos (n=144). Desses 144 participantes, 130 participantes, 64,4% da amostra, já tinham sido internados no hospital.

Tabela 8 – Caracterização da amostra pelo antecedente de internamento.

Primeiro internamento	N	%
Sim	58	28,7
Não	144	71,3
Total	202	100

Tabela 9 – Caracterização da amostra pelo antecedente de internamento no hospital

Primeiro internamento no hospital x	N	%
Sim	72	35,6
Não	130	64,4
Total	202	100

4.2 Validação Psicométrica da Escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale* para a população portuguesa

Como previamente mencionado, a QONCS_Pt é um instrumento de autopreenchimento com recurso a uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando em 1 e 5, sendo que quanto maior o score, maior será o nível de concordância com a afirmação/pergunta e consequentemente melhor o desempenho da dimensão que ausculta. O Ponto 3 é considerado um ponto neutro, não sendo positivo ou negativo.

4.2.1 Validade e Fiabilidade

Com o intuito de traduzir e validar transculturalmente a QONCS para população portuguesa, foi seguido o próximo passo no concerne a fase quantitativa do processo de tradução e adaptação de um instrumento, nomeadamente a análise estatística e avaliação das propriedades psicométricas do nosso instrumento de recolha de dados, como previamente mencionado na figura 5.

Deste modo, considerando os 34 itens da escala original QONCS, procedeu-se ao estudo da fiabilidade do instrumento. A fiabilidade total da escala foi calculada através do cálculo da consistência interna mobilizando o quociente Alfa Cronbach onde foi obtido um score de 0,93 com 5 fatores, apresentando uma consistência muito boa (Vilelas, 2020).

De seguida, procedeu-se à avaliação da validade. Para um instrumento ser válido o mesmo deve apresentar uma validade do conteúdo, uma validade do critério e uma validade do constructo (Vilelas, 2020; Polit & Beck, 2019).

A validade do conteúdo foi obtida ao longo do processo de tradução e adaptação proposto por Beaton et al. (2000), em que se recorreu aos tradutores e peritos na elaboração da escala e através do teste de compreensão aos clientes (Gray & Grove, 2021).

A validade de critério não foi avaliada uma vez que não existe, ou não foi encontrada, outra escala traduzida e adaptada ao contexto cultural português que ausculte a perceção dos clientes acerca da qualidade dos cuidados de Enfermagem em Oncologia, de uma forma holística (Gray & Grove, 2021). Não existindo outro instrumento é impossível haver uma comparação dos *scores* obtidos por ambas.

A validade do constructo foi determinada através da análise fatorial. No sentido de determinar a adequação da amostragem foi determinado o KMO e o teste de esfericidade de Bartlett do instrumento. Foi obtido um KMO de 0,928 e um teste de esfericidade de Bartlett de 0,000 o que determina uma adequação excelente da amostra, sendo recomendada para AF. Com um Eigenvalue de 1 e o critério do *scree plot*, foi observada uma variância total de 73,154% para uma matrix com 5 fatores. Uma vez extraídos o número de fatores, procedeu-se a uma rotação ortogonal varimax com o intuito de determinar até que ponto as variáveis saturavam nesses fatores.

Uma vez que nenhum item se inseriu no quinto fator, foi forçada uma redução a 4 fatores. No sentido de testar a adequação da amostragem foi novamente obtido um KMO de 0,928 e um teste de esfericidade de Bartlett de 0,000, uma vez que não foram excluídos itens da escala. Com um Eigenvalue de 1 e o critério do *scree plot*, foi observada uma variância total de 69,841% para uma matrix com 4 fatores.

Uma vez extraídos o número de fatores, procedeu-se a uma rotação ortogonal varimax, na qual todos os itens apresentaram valores de saturação mínimos recomendados superiores a 0,4 (Vilelas, 2020). Desta vez, todos os fatores apresentaram itens associados. Assim sendo, a escala final não perdeu nenhum dos 34 itens da escala original, contudo os mesmos foram reorganizados, passando a ocupar fatores diferentes, nomeadamente os fatores 28, 29, 30, 31 e 32 que passaram a integrar o primeiro fator.

Procedeu-se novamente a uma avaliação da fiabilidade do instrumento, onde foi obtido um alfa cronbach total da escala de 0,93, revelando uma fiabilidade Muito Boa. Relativamente aos fatores, tal como a totalidade da escala, apresentaram uma consistência muito boa, com valores de 0,96 (Fator 1 – “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”), 0,96 (Fator 2 – “Cuidados Espirituais/Religiosos”), 0,93 (Fator 3 – “Sentir-se Apoiado”) e 0,94 (Fator 4 – “Ser Respeitado”), apresentado na tabela 10.

4.2.2 Análise Fatorial Exploratória

Pode ser visualizada na tabela 10 a AFE para os 34 itens da escala original com *eigenvalue* de 1 com 4 componentes, com os respetivos alfas cronbach de cada fator.

Dada a alteração da organização dos itens derivada da AFC, foi necessário identificar novamente os componentes, nomeadamente o novo fator 1.

O primeiro fator/dimensão da QONCS_Pt compreende essencialmente a perceção dos clientes acerca da segurança dos cuidados de Enfermagem prestados, a qualidade da comunicação estabelecida no binómio Enfermeiro-Cliente e a valorização que o cliente sentiu quando lhe foram prestados os cuidados de Enfermagem. Esta dimensão compreende os itens 1 ao 16 e do 28 ao 32 da escala original QONCS, incluindo assim 16 itens da dimensão “Ser Apoiado e Validado”, 4 da dimensão “Ser Valorizado” e 1 item da dimensão “Ser Respeitado”. Assim sendo, no sentido de ser o mais fiel possível à conceptualização e nomenclatura estabelecida pelos autores originais da escala, foi adotado o nome para a primeira dimensão de “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”.

O segundo fator/dimensão irá destinar-se à integração da espiritualidade nos cuidados de Enfermagem, adotando uma vertente holística dos cuidados prestados. A segunda dimensão ausculta a perceção dos clientes acerca da intervenção do enfermeiro nas suas crenças espirituais, ou seja, se o enfermeiro promoveu e facultou os recursos necessários ao cliente para que o mesmo pudesse praticar a sua espiritualidade. Deste modo, foi adotado o nome original da escala, adotando a nomenclatura de “Cuidados Espirituais/Religiosos”, possuindo os itens 17 ao 22 da escala original.

O terceiro fator/dimensão compreende a integração da família na prestação dos cuidados de Enfermagem. A dimensão irá adotar os itens, da escala original, 23 ao 27, bem como a sua nomenclatura: “Sentir-se Apoiado”. Nesta dimensão ambicionasse

auscultar a perceção dos clientes acerca da intervenção do enfermeiro no envolvimento da família na prestação de cuidados.

Por fim, o quarto fator/dimensão, destina-se a auscultar o nível de respeito percecionado na relação Enfermeiro-cliente, isto é, o grau de respeito que o cliente sentiu por parte do Enfermeiro aquando da prestação de cuidados. A dimensão inclui os itens 33 e 34 da escala original, bem como a sua nomenclatura: “Ser Respeitado”.

Tabela 10 – Componentes da escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale* - versão portuguesa

	Componentes			
	Ser Apoiado, Validado e valorizado	Cuidados Espirituais / Religiosos	Sentir-se. Apoiado	Ser Respeitado
Item 1	0,763			
Item 2	0,798			
Item 3	0,763			
Item 4	0,695			
Item 5	0,747			
Item 6	0,810			
Item 7	0,678			
Item 8	0,764			
Item 9	0,732			
Item 10	0,796			
Item 11	0,808			
Item 12	0,805			
Item 13	0,774			
Item 14	0,795			
Item 15	0,789			
Item 16	0,748			
Item 28	0,796			
Item 29	0,836			
Item 30	0,604			
Item 31	0,853			
Item 32	0,844			
Item 17		0,857		
Item 18		0,934		
Item 19		0,942		
Item 20		0,936		
Item 21		0,771		
Item 22		0,785		
Item 23			0,780	
Item 24			0,846	
Item 25			0,861	
Item 26			0,824	
Item 27			0,805	
Item 33				0,866
Item 34				0,882
Alfa Cronbach	0,964	0,956	0,929	0,941

4.2.3 Análise Fatorial Confirmatória

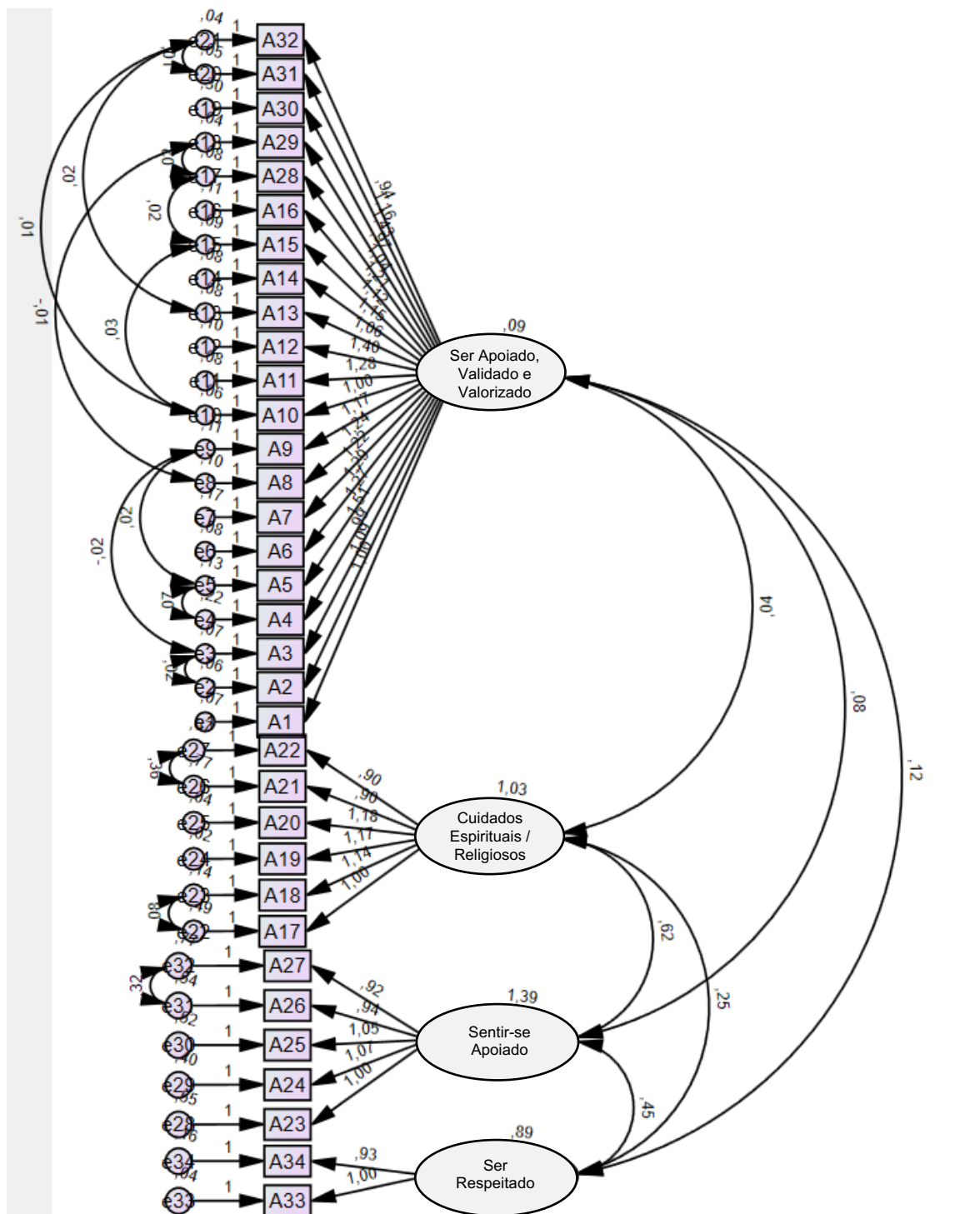
Seguidamente foi realizada uma AFC, para a solução tetra-fatorial com 34 variáveis através do método de máxima verisimilhança. O modelo original foi ajustado a uma amostra de 202 clientes, no qual foi obtido bons valores de ajustamento ($\chi^2=7182,9$; $\chi^2/gf=2,273$; RMR = 0,048; AGFI=0,692; GFI=0,730; CFI=0,900; IFI=0,900; RMSEA=0,080; MECVI= 6,782; SRMR=0,0519).

Com o intuito de potenciar o ajustamento do modelo obtido na AFC preliminar, foram eliminadas 14 observações (e26 – 27; e31 – 32; e17 – e18; e10 – e15; e4 – e5; e15 – e17; e22 – e23; e13 – e21; e20 – e21; e10 – e21; e2 – e3; e3 – e9; e5 – e9; e e8 – e18) cujos valores de D^2 revelavam trata-se de *outliers*, culminando na exclusão dos mesmos da AFC.

Assim sendo, e após a eliminação dos referidos *outliers*, foi potenciado o modelo de ajustamento global, no qual foram obtidos muito bons valores de ajustamento ($\chi^2=7182,9$; $\chi^2/gf=1,625$; RMR = 0,047; AGFI=0,780; GFI=0,812; CFI=0,952; IFI=0,953; RMSEA=0,056; MECVI= 5,159; SRMR=0,0487).

Uma vez validada a qualidade do ajustamento do modelo global, procedeu-se à avaliação da validade convergente da escala, através do cálculo da variância extraída média (VEM) e da Fiabilidade Compósita (FC); e da validade fatorial, através da consideração das cargas fatoriais padronizadas (λ) e da fiabilidade individual (λ^2). Através da análise do modelo fatorial, figura 6, é possível verificar os pesos fatoriais estandardizados, bem como a fiabilidade individual de cada item da escala. Os pesos fatoriais estandardizados eram todos favoráveis, no qual todos os itens apresentavam valores superiores a 0,5 ($\lambda \geq 0,50$); bem como a fiabilidade individual, em que todos os itens apresentavam com valores superiores a 0,25 ($\lambda^2 \geq 0,25$) (Cunha, 2017; Marôco, 2014).

Figura 6 – Modelo de 4 fatores da escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale* versão portuguesa



Toda a análise estatística associada à AFC, bem como elaboração do modelo fatorial, foi realizada com apoio ao *Software* informático IBM®SPSS® Amos v.21.0.0.

A versão portuguesa da QONCS (QONCS_Pt), com as dimensões explanadas na estrutura fatorial, demonstra propriedades psicométricas muito boas, com muito bons valores de ajustamento do modelo, sendo um instrumento único, no contexto cultural português, na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem percebida pelos clientes num contexto oncológico.

Neste sentido, é proposta a versão portuguesa da *Quality of Oncology Nursing Care Scale*, no apêndice V, adotando o nome original da escala, e numa ótica internacional de renomeação de instrumentos, é sugerida QONCS_Pt (*Quality of Oncology Nursing Care Scale – Portuguese version*) no idioma inglês e EQCEO (Escala de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Oncológicos) no idioma português.

4.2.4 Análise dos Dados

Na tabela 11 poderá ser observada uma análise sumária dos resultados obtidos de cada dimensão, com as médias aritméticas e Alfa Cronbach. Os resultados obtidos nas diferentes dimensões foram: a dimensão “Ser Apoiado, Validado e Valorizado” (média $\approx$ 4,76); a dimensão “Cuidados Religiosos/Espirituais” (média $\approx$ 2,21); a dimensão “Sentir-se Apoiado” (média $\approx$ 2,97); e a dimensão “Ser Respeitado” (média $\approx$ 4,22).

Tabela 11 – Medidas Descritivas da Escala QONCS_Pt

Dimensão	Amostra (N)	Nº de Itens	$\bar{x}$	Alfa Cronbach
“Ser Apoiado, validado e Valorizado”	202	21	4,8	0,96
“Cuidados Religiosos/Espirituais”	202	6	2,2	0,96
“Sentir-se Apoiado”	202	5	2,3	0,93
“Ser Respeitado”	202	2	4,2	0,94

Na tabela 12 são apresentadas as respostas dos participantes relativamente à dimensão “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”.

Tabela 12 – Caracterização das respostas da Dimensão “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”

Item	Discordo totalmente (N1)	Discordo (N2)	Não concordo / nem discordo (N3)	Concordo (N4)	Concordo totalmente (N5)	Total (N)	Média das respostas $\bar{x}$
1.	0	0	1	37	164	202	4,8
2.	0	0	2	35	165	202	4,8
3.	0	0	2	31	169	202	4,8
4.	0	1	16	56	129	202	4,6
5.	0	1	3	58	140	202	4,8
6.	0	0	5	40	157	202	4,8
7.	0	0	9	51	142	202	4,7
8.	0	0	5	44	153	202	4,7
9.	0	0	4	49	149	202	4,7
10.	0	0	1	34	167	202	4,8
11.	0	0	5	39	158	202	4,8
12.	0	0	7	47	148	202	4,7
13.	0	0	4	29	169	202	4,8
14.	0	0	4	35	163	202	4,8
15.	0	0	4	35	163	202	4,8
16.	0	2	2	35	163	202	4,8
17.	0	1	0	35	166	202	4,8
18.	0	0	0	32	170	202	4,8
19.	1	1	16	47	137	202	4,6
20.	0	0	2	36	164	202	4,8
21.	0	0	1	25	176	202	4,9

A dimensão “Ser Apoiado, validado e Valorizado” é aquela que tem o maior número de itens da escala, apresentando um total de 21 itens. É também a dimensão com o score mais alto, apresentando uma grande concordância, com uma pontuação média de respostas próxima de 4,76. O grau de concordância variou entre 100% (item 18) e 91,08% (item 19). Já o grau de discordância, variou entre os 0% (item 18) e 0,99% (Itens 16 e 19). No que concerne respostas neutras, as respostas variaram entre 0% (itens 17 e 18) e 7,92% (itens 4 e 19). Em suma, é possível afirmar que os resultados relativos a esta dimensão foram bastante positivos, relevando que os clientes, de um modo geral, se

sentiram valorizados quando foram alvo dos cuidados de Enfermagem, bem como apoiados pelos Enfermeiros. Ademais, sentiram-se seguros e confiavam nos Enfermeiros, salientando a boa qualidade da comunicação estabelecida entre os Enfermeiros e os clientes.

Na tabela 13 são apresentadas as respostas dos participantes relativamente à dimensão “Cuidados Religiosos/Espirituais”.

Tabela 13 – Caracterização das respostas da Dimensão “Cuidados Religiosos/Espirituais”

Item	Discordo totalmente (N1)	Discordo (N2)	Não concordo / nem discordo (N3)	Concordo (N4)	Concordo totalmente (N5)	Total (N)	Média das respostas $\bar{x}$
22.	77	25	72	15	13	202	2,3
23.	95	27	61	6	13	202	2,1
24.	96	29	61	3	13	202	2,1
25.	99	26	57	8	12	202	2,1
26.	65	17	93	5	22	202	2,5
27.	85	18	81	3	15	202	2,2

A dimensão “Cuidados Religiosos/Espirituais” é composta por 6 itens. Oposta à primeira dimensão da QONCS_Pt, foi aquela que obteve um score médio de respostas mais baixo, com uma pontuação média aproximada de 2,21. Isto transpareceu um grau de concordância baixo, entre 7,92% (Item 24) e 13,86% (Item 22). Concordantemente, esta dimensão apresentou um grau de discordância e respostas neutras elevado. O grau de discordância variou entre 40,59% (Item 26) e 61,88% (Itens 24 e 25). Quanto às respostas neutras, as mesmas variaram entre 28,22% (Item 25) e 46,04% (Item 26). Analisando os dados, é possível afirmar que os dados foram negativos, sendo que os clientes sentiram que os enfermeiros não conseguiram dar respostas as suas necessidades espirituais/religiosas, ou não as abordando de todo.

Na tabela 14 são apresentadas as respostas dos participantes relativamente à dimensão “Sentir-se Apoiado”.

Tabela 14 – Caracterização das respostas da Dimensão “Sentir-se Apoiado”

Item	Discordo totalmente (N1)	Discordo (N2)	Não concordo / nem discordo (N3)	Concordo (N4)	Concordo totalmente (N5)	Total (N)	Média das respostas $\bar{x}$
28.	45	24	65	28	40	202	3,0
29.	53	22	70	18	39	202	2,8
30.	40	21	62	25	54	202	3,2
31.	45	19	81	22	35	202	2,9
32.	46	22	73	19	42	202	3,0

A Dimensão “Sentir-se Apoiado” é composta por 5 itens. Esta dimensão, comparativamente às outras, foi a que obteve o score médio de respostas mais neutro, com uma pontuação aproximada de 2,97. Uma vez que 3 é considerado o ponto médio com uma significância de “Não concordo/nem discordo”, podemos afirmar que este acabou por ser um resultado igualmente neutro. O grau de concordância variou entre 28,22% (Itens 29 e 31) e 39,11% (Item 30). Comparativamente, o grau de discordância variou entre 30,2% (Item 30) e 37,13% (Item 29). Relativamente às respostas neutras, o score variou entre 30,69% (Item 30) e 40,1% (Item 31).

Na tabela 15 são apresentadas as respostas dos participantes relativamente à dimensão “Ser Respeitado”.

Tabela 15 – Caracterização das respostas da Dimensão “Ser Respeitado”

Item	Discordo totalmente (N1)	Discordo (N2)	Não concordo / nem discordo (N3)	Concordo (N4)	Concordo totalmente (N5)	Total (N)	Média das respostas $\bar{x}$
33.	5	3	37	52	105	202	4,2
34.	4	4	42	49	103	202	4,2

A Dimensão “Ser Respeitado” vem por último representada na QONCS_Pt e é a que tem menor número de itens, apenas com dois. Os resultados obtidos nesta dimensão foram positivos, com uma pontuação média de respostas de 4,22. O grau de concordância revelou-se elevado, variando entre 75,25% (Item 34) e 77,72% (Item 33). O grau de discordância revelou-se comparativamente baixo, sendo 3,96% em ambos os itens. No

que concerne as respostas neutras, as mesmas variaram entre 18,32% (Item 33) e 20,79% (Item 34). Assim sendo, de um modo geral, os clientes sentiram-se respeitados enquanto lhes foram prestados cuidados de enfermagem em contextos oncológicos hospitalares.

5. Discussão dos Resultados

Uma vez completo o processo de tradução e validação transcultural da escala, é possível ainda proceder-se a uma discussão dos resultados obtidos na amostra de 202 participantes no contexto português. Através desta análise pretende-se obter um *insight* sobre a perspetiva dos clientes acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem oncológicos prestados num hospital português, comparando-o com o da escala original e outras versões internacionais da mesma.

Num sentido de melhor explicar os dados e compará-los com o de outros países, a análise será feita de acordo com cada Dimensão da QONCS_pt.

É importante realçar que a ilustração e comparação dos dados são apenas demonstrativos e não são extrapoláveis para afirmar que os cuidados de enfermagem num país são melhores do que o de outros, uma vez que os estudos foram aplicados a amostras com dimensões diferentes, com características socioculturais diferentes e recursos diferentes.

Globalmente, a escala foi oficialmente traduzida e validada para o idioma árabe por Sharour, Sabei, Harrasi, Anwar & Salameh (2021) e português do Brasil por Soares (2018). Contudo, a escala na sua versão árabe sofreu alterações relativamente à forma como a mesma apresenta os resultados de cada dimensão. Isto é, invés do resultado ser apresentado através de uma média aritmética global ou dos valores de cada dimensão, é apresentado sobre a soma do valor de cada alínea da dimensão; sendo por isso impossível fazer uma comparação dos resultados. Já a escala na versão em português do Brasil não foi publicada, impossibilitando fazer uma comparação da mesma com a portuguesa.

A escala não apresentou numa alteração na sua estrutura relativamente a nenhum contexto cultural internacional (Sharour et al. 2021; Kim & Shin, 2020; Charalambous et al., 2017; Charalambous & Adamakidou, 2014) com 5 dimensões, sem ser o nosso estudo no qual foi adotado um modelo tetra fatorial. A comparação da estrutura e propriedades psicométricas das versões internacionais da *Quality of Oncology Nursing Care Scale* com a portuguesa pode ser encontrada no quadro 5. No quadro 6 é apresentada uma comparação, mais detalhada, da escala original com a do presente estudo.

Quadro 5 – Comparação das versões internacionais da *Quality of Oncology of Nursing Care Scale*.

Idioma	Autores	Número de Dimensões	Validade	Fiabilidade
Árabe	Sharour et al. (2021).	5 Dimensões.	Obtida através de uma AFC. (KMO de 0,872 com um teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0.001$).	Alfa Cronbach de 0,88.
Checo	Charalambous et al. (2017).	5 Dimensões.	Não mencionado.	Não mencionado.
Coreano	Kim & Shin (2020).	5 Dimensões.	Não mencionado.	Alfa Cronbach de 0,93.
Grego	Charalambous et al. (2014).	5 Dimensões.	Obtida através de uma AFC. (KMO de 0,913 com um teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0.001$).	Alfa Cronbach de 0,95.
Português (Brasil)	Soares (2018).	5 Dimensões.	Obtida através de uma AFC. (KMO não mencionado no resumo disponível online).	Alfa Cronbach de 0,90 a 0,96.
Português (Portugal)	Nosso estudo.	4 Dimensões.	Obtida através de uma AFC. (KMO de 0,928 com um teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0.000$).	Alfa Cronbach de 0,93.

Quadro 6 – Comparação da escala original *Quality of Oncology of Nursing Care Scale* com a versão portuguesa.

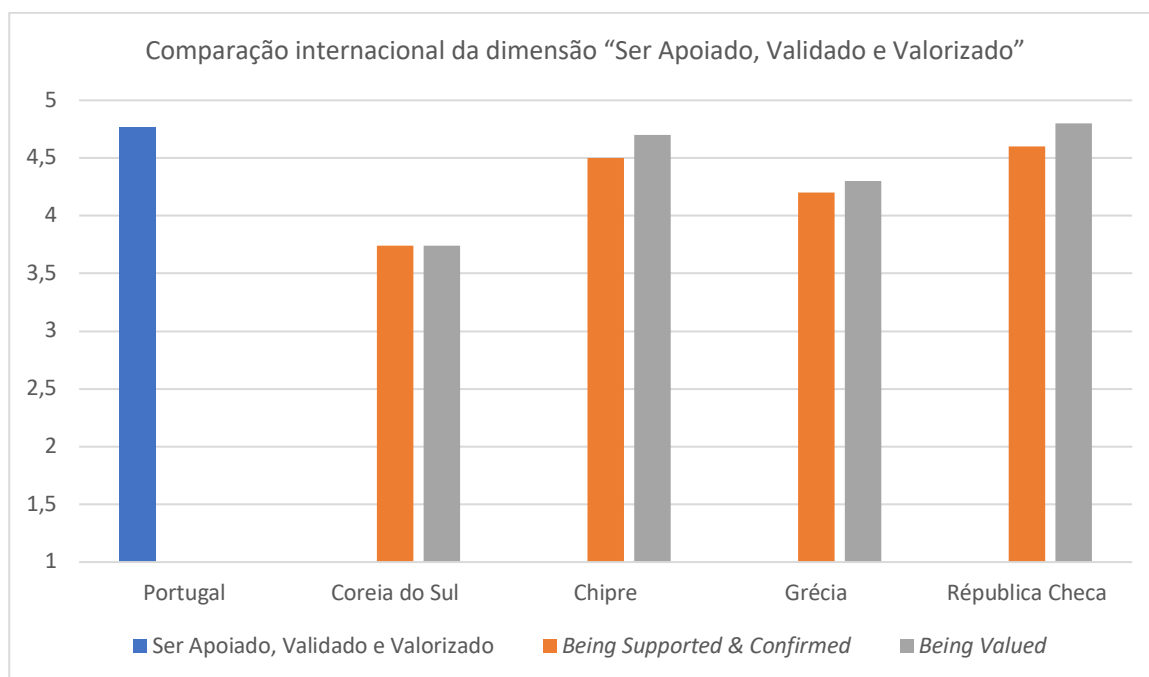
Autores	Idioma	Data de Publicação	Estrutura	Nome da Dimensão	Fiabilidade (α)	Validade
Andreas Charalambous & Theodoula Adamakidou	Grego (publicada em inglês).	2014.	5 Dimensões.	<i>Being Supported and Confirmed</i>	$\alpha = 0,83$	Realizada uma análise fatorial confirmatória, com variância de 68,53% para uma matrix de 5
				<i>Spiritual Caring</i>	$\alpha = 0,90$	
				<i>Sense of Belonging</i>	$\alpha = 0,90$	

				<i>Being Valued</i>	$\alpha = 0,91$	dimensões.
				<i>Being Respected</i>	$\alpha = 0,86$	(KMO de 0,913 com um teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0.001$))
Nosso estudo	Português	2022.	4 Dimensões.	Ser Apoiado, Validado e valorizado	$\alpha = 0,96$	Realizada uma análise fatorial confirmatória, com variância de 69,84% para uma matrix de quatro fatores. KMO de 0,928 com um teste de esfericidade de Bartlett significativo ($p < 0.000$)
				Cuidados Religiosos / Espirituais	$\alpha = 0,96$	
				Sentir-se. Apoiado	$\alpha = 0,93$	
				Ser Respeitado	$\alpha = 0,94$	

A dimensão “Ser Apoiado, validado e Valorizado” apresentou um *score* médio elevado (4,76) no contexto cultural português, traduzindo-se num sentimento de segurança, valorização e apoio por parte dos clientes quando lhes foram prestados os cuidados de Enfermagem.

Podemos observar no gráfico 1, a pontuação média obtida em cada um dos países no qual foi aplicada a QONCS. Sendo que a dimensão em análise apresenta itens de 3 dimensões diferentes da escala original; assim sendo, será feita uma comparação com as duas dimensões que compõem 20 das 21 perguntas da dimensão “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”. Os scores apresentados nos países em comparação foram os obtidos pela dimensão “*Being Supported & Confirmed*” e “*Being Valued*”.

Gráfico 1 – Comparação do *Score* médio português internacionalmente na dimensão “Ser Apoiado, Validado e Valorizado”



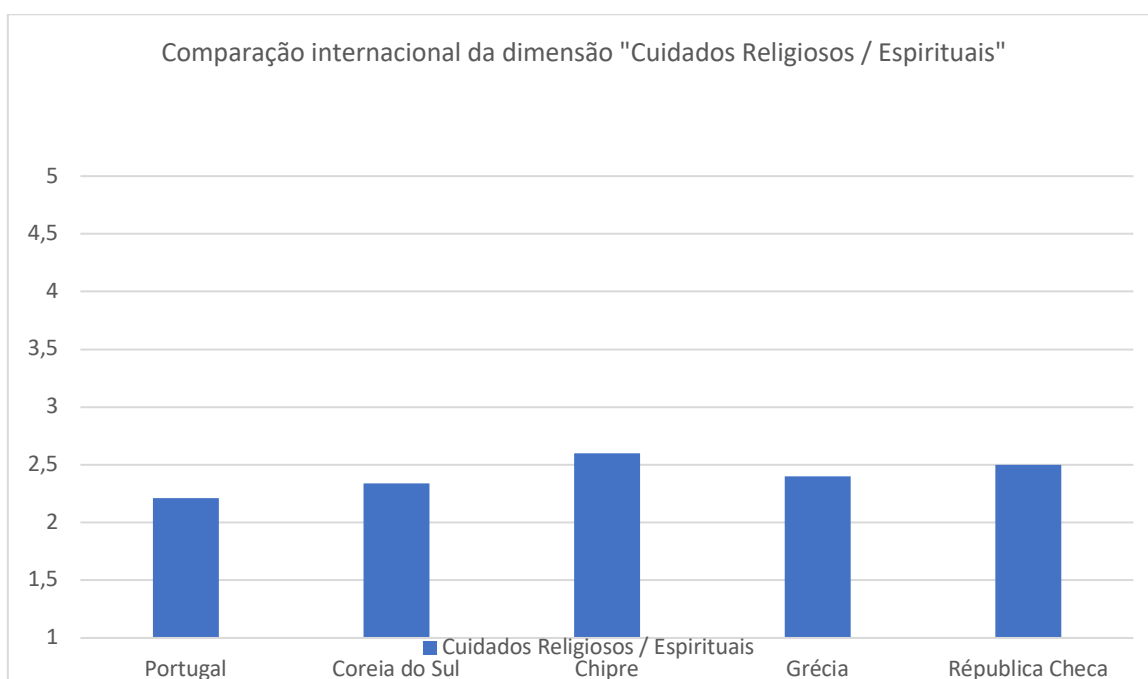
Fonte: Kim & Shin, 2020; Charalambous et al., 2017

Comparativamente, o nosso estudo obteve uma pontuação média na linha dos restantes países europeus (Charalambous et al., 2017), sendo que a Coreia do Sul (Kim & Shin, 2020) obteve a pontuação média mais baixa em ambas das dimensões. (3,47).

Os valores obtidos no nosso estudo foram bastante positivos, uma vez a sua pontuação revela uma perceção alta da segurança, valor e apoio prestado aos clientes. Uma pontuação elevada, ou não, revela a qualidade da comunicação estabelecida entre os clientes e os enfermeiros. Para um enfermeiro gestor esta dimensão é particularmente importante, uma vez que uma relação terapêutica de qualidade entre um cliente e um enfermeiro tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Estabelecer uma relação terapêutica culmina numa diminuição dos dias de internamento dos clientes; aumento da satisfação do cliente e enfermeiro; aumento da autonomia do cliente (Lotfi, Zamanzadeh, Valizadeh & Khajehgoodari, 2019); diminuição das taxas de suicídio e diminuição de fugas de clientes dos hospitais (El-Refaay, Shalaby & Shama, 2019). Para o enfermeiro gestor é assim determinante a avaliação e reavaliação desta dimensão no sentido de implementar intervenções direcionadas à mesma.

A dimensão “Cuidados Religiosos / Espirituais” apresentou um *score* médio no contexto cultural português baixo (2,21), revelando que os clientes não sentiram um apoio à concretização das suas necessidades espirituais. Contudo, este fenómeno não é só visível no contexto cultural português, sendo observável em todos os países no qual o instrumento foi aplicado. No Gráfico 2 é apresentada uma comparação com os restantes países, no qual Portugal apresentou uma pontuação média similarmente negativa ainda que inferior à de todos os países no qual a QONCS foi aplicada.

Gráfico 2 – Comparação do *Score* médio português internacionalmente na dimensão “Cuidados Religiosos / Espirituais”



Fonte: Kim & Shin, 2020; Charalambous et al., 2017

Estes dados são particularmente importantes, uma vez que a espiritualidade está intimamente ligada com a qualidade dos cuidados prestados (Astrow, Kwok, Sharma, Fromer & Sulmasy, 2018). A espiritualidade é vista como um pilar na prestação de cuidados holísticos (Southard, 2020), assim sendo, para um enfermeiro gestor é essencial que esta dimensão seja integrada na prestação de cuidados da equipa que lidera, almejando uma prestação de cuidados mais humanizados (Ribeiro, Caldeira, Nunes & Vieira, 2020). Contudo, apesar destes dados, a formação de enfermeiros na prestação de cuidados espirituais ainda é reduzida, sendo ainda um tópico que poucos enfermeiros

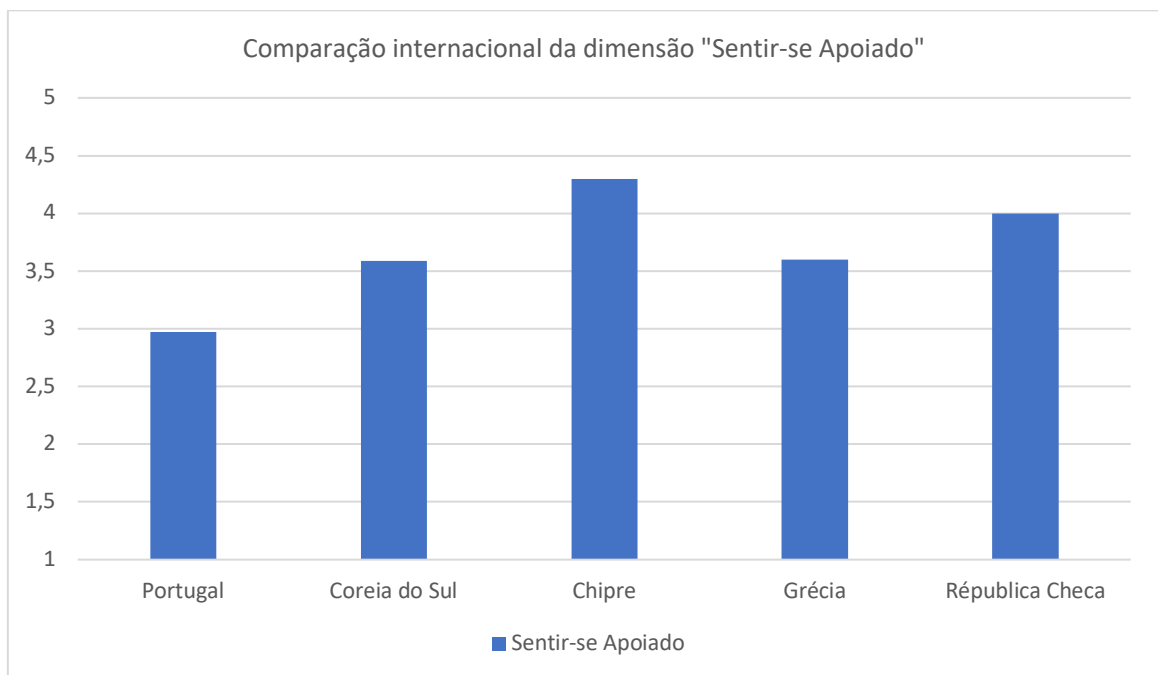
tomam a iniciativa de explorar (Oxhandler & Parrish, 2018). Isto requer uma mudança do paradigma na gestão em saúde, sendo vital que as organizações priorizem e treinem os seus gestores nesta vertente (Zou et al., 2020).

Quanto à dimensão “Sentir-se Apoiado”, a mesma apresentou uma pontuação média relativamente neutra (2,97) no contexto cultural português. O resultado obtido não é particularmente favorável quando comparado com os restantes países nos quais a escala foi aplicada, sendo Portugal o país com a pontuação média mais baixa e o Chipre (Charalambous et al., 2017) o país com a pontuação média mais elevada (4,3). Contudo, a pontuação *per se*, não é nem favorável, nem desfavorável. É importante realçar que os questionários foram aplicados durante o estado de pandemia derivada pela infeção por SARS-COV-2, e tendo em conta a vulnerabilidade dos clientes oncológicos, todas as visitas aos serviços foram suspensas, salvo exceções pontuais derivadas do deteriorar do estado clínico do cliente; assim sendo os resultados obtidos nesta dimensão para o contexto cultural português poderão estar alterados, uma vez que o envolvimento físico dos familiares durante a pandemia foi maioritariamente suspenso na prestação de cuidados de enfermagem hospitalares. No gráfico 3 é observável uma comparação com os restantes países.

O envolvimento da família do cliente na prestação de cuidados tem um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados, resultando numa diminuição nas taxas de readmissão de clientes, diminuição do stress vivenciado, um aumento do bem-estar da família e cliente, aumento da segurança do cliente e numa melhoria dos resultados em saúde para clientes e famílias (Thiengtham, D’Avolio & Leethong-in, 2022). Ademais, os familiares têm ainda um papel essencial numa deteção precoce de alterações no estado de saúde dos clientes (Powell et al., 2017). No estudo de Bhalla, Suri, Kaur & Kaur (2014), os mesmos identificaram que os familiares tinham um papel ativo no cuidar do cliente, ajudando os enfermeiros em intervenções tais como: auxílio a vestir e tirar a roupa; alimentar o cliente; no cumprimento dos horários da medicação através da procura ativa pela mesma; na administração de terapêutica oral; na mudança de decúbitos; na colheita de informação do cliente e ainda na reabilitação física do mesmo. Todas estas intervenções contribuíam ainda para uma transição para o domicílio mais eficaz, servindo como uma oportunidade de aprendizagem e de ensino para a saúde por parte dos enfermeiros. Neste sentido, é fulcral que os enfermeiros gestores tenham um papel ativo

na gestão da unidade/serviço, facilitando o envolvimento dos familiares na prestação de cuidados, bem como na formação de enfermeiros que facilitem a integração dos familiares na prestação de cuidados de enfermagem (Sawin, Montgomery, Dupree, Haase & Hendricks-Ferguson, 2019). O envolvimento da família na prestação de cuidados de enfermagem contribui para cuidados de enfermagem humanizados (Meneses-La-Riva, Suyo-Veja & Fernández-Bedoya, 2021).

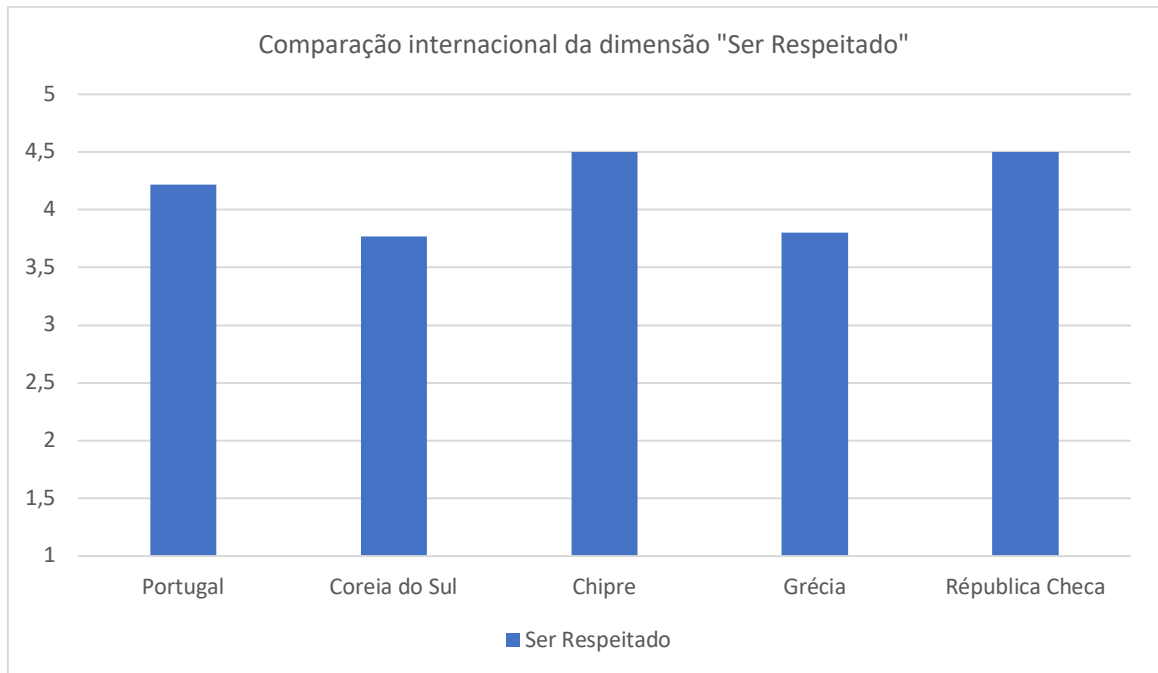
Gráfico 3 – Comparação do *Score* médio português internacionalmente na dimensão “Sentir-se Apoiado”



Fonte: Kim & Shin, 2020; Charalambous et al., 2017

Quanto à dimensão “Ser Respeitado”, foram obtidos resultados favoráveis no contexto cultural português com uma pontuação média de 4,22. O resultado obtido traduz que os clientes se sentiram informados e respeitados quando lhes foram prestados os cuidados de enfermagem. Comparativamente, os restantes países apresentaram pontuações médias igualmente elevadas, sendo que a Coreia do Sul (Kim & Shin, 2020) apresentou a pontuação mais baixa (3,77) e o Chipre (Charalambous et al., 2017) e a República Checa (Charalambous et al., 2017) as mais elevadas (4,5), observável no gráfico 4.

Gráfico 4 – Comparação do *Score* médio português internacionalmente na dimensão “Ser Respeitado”



Fonte: Kim & Shin, 2020; Charalambous et al., 2017

Na prática clínica os enfermeiros podem melhorar a percepção do respeito vivenciado demonstrando um interesse pelos pontos de vista dos clientes, reconhecendo e apoiando positivamente as suas capacidades individuais. Particularmente em clientes com idades mais avançadas, Koskeniemi, Leino-Kilpi, Puukka & Suhonen (2019) identificam ainda com principais lacunas a escuta ativa e o encorajamento. Essencialmente, a prestação de cuidados de enfermagem que sejam considerados respeitosos, estão intimamente ligados à prestação de cuidados centrados no cliente (McCormack & McCance, 2006).

CONCLUSÕES

A investigação científica é de relevância extrema para o desbravar do conhecimento e evolução da ciência. Os investigadores em enfermagem, sendo a mesma uma ciência e arte, devem continuar a investigar, promover e divulgar os resultados das suas investigações no sentido de aprimorarem a sua prática clínica e promoverem uma prática baseada na evidência.

O estudo desenvolvido nesta dissertação científica surgiu no sentido de colmatar a inexistência de um instrumento de gestão que permitisse aos enfermeiros gestores e investigadores de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem oncológicos percecionada pelos clientes de uma forma holística. Neste sentido, o desenvolvimento da escala é relevante para a enfermagem e para a investigação, mas particularmente para a população alvo do estudo, os clientes. Com a tradução e validação transcultural da QONCS_Pt, os clientes portugueses poderão vocalizar a sua perspetiva acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem recebidos em contexto de internamento oncológico, numa vertente holística, inclusiva, respeitando as crenças espirituais e religiosas, e essencialmente valorizando-as. Os enfermeiros gestores, enquanto responsáveis pela promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem das equipas/unidades/serviços/hospitais que gerem, obtêm uma nova ferramenta que lhes permite promover a qualidade dos cuidados no seio das equipas.

Num contexto internacional, a criação da QONCS_Pt irá permitir aos investigadores portugueses desenvolver estudos, permitindo a comparação de resultados com os de outros países.

Através dos dados obtidos e metodologia adotada, acreditamos que o estudo foi elaborado com base em evidência científica pertinente. O rigor científico de todo o estudo é garantido através da adoção das etapas da metodologia proposta, sendo sustentada por referências bibliográficas atuais e pertinentes ao campo das Ciências de Enfermagem e Investigação em Enfermagem. A AFE apresentou um número de itens concordante com a escala original, mantendo os 34 itens propostos, contudo a AFC retificou o número de fatores da escala original quando validada para a população portuguesa, suprimindo a dimensão “Ser Valorizado”, passando a possuir 4 dimensões ao

invés de 5. Alguns dos itens, sofreram também alterações relativamente aos fatores que integram, como mencionado anteriormente.

Uma vez reinseridos itens da escala em diferentes dimensões, é relevante alertar enfermeiros e investigadores que em futuros estudos deverá ser tida em conta a alteração na colheita, análise e interpretação dos dados quando confrontados com estudos realizados noutros contextos culturais em que a escala possua cinco fatores ou forma de pontuar diferentes, como a versão de Sharour et al. (2021).

A QONCS_Pt apresentou características psicométricas muito boas para a população portuguesa, provando ser um instrumento válido e fiável na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem oncológicos percecionados pelos clientes. Seria importante aplicar esta escala em serviços de internamento oncológicos por todos os hospitais do país. Era interessante desenvolver um novo instrumento direcionado a diferentes contextos de cuidados de enfermagem oncológicos, como unidades de cuidados de saúde primários. Gostaríamos também de salientar duas populações que seriam pertinentes de auscultar, e que atualmente não possuem instrumentos validados à população portuguesa, que seja do nosso conhecimento, que auscultem a sua perceção acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos oncológicos – a população pediátrica e os cuidadores/famíliares.

No que concerne as limitações do estudo, é de destacar as condições imputáveis aos clientes derivadas do estado de calamidade por SARS-COV-2, os quais muitos não puderam receber visitas de familiares, sendo por isso mais difícil avaliar a dimensão “Sentir-se Apoiado” que se destina ao envolvimento da família no processo de cuidados de Enfermagem. Ademais, gostaríamos também de salientar a extensão do instrumento, pelo que o preenchimento de um instrumento de 34 itens, poderá ser algo exaustivo para algumas populações particulares. Aludimos ainda a impossibilidade da verificação da validade de critério, uma vez que não existem instrumentos similares à QONCS_Pt.

Como implicações deste estudo, gostaríamos de salientar que o mesmo irá ter um impacto direto em dois grupos específicos, nomeadamente: os enfermeiros (em todas as suas categorias) e os clientes. Consideramos que o instrumento terá uma aplicabilidade extremamente pertinente e útil para os enfermeiros gestores/gestores, uma vez que os mesmos poderão obter uma perceção multidimensional da qualidade dos cuidados de enfermagem que são prestados, e inerentemente direcionar intervenções que possam

majorar ou manter a qualidade dos cuidados prestados, tais como formações em contexto profissional; na articulação com recursos intra-hospitalares; ou na comunicação direta com os familiares do cliente. As intervenções iram culminar numa maior satisfação e intrinsecamente melhoria da qualidade dos cuidados prestados numa vertente holística. Para os enfermeiros que estão ligados à prestação direta de cuidados, os mesmos têm a oportunidade de identificar qualidades e lacunas nos cuidados de enfermagem que prestam na ótica do cliente, servindo como uma oportunidade para o aperfeiçoamento contínuo da prática profissional e autoavaliação dos cuidados prestados. Os clientes, principal população deste estudo, passaram a ter a oportunidade de se pronunciar de uma forma mais abrangente, detalhada e holística sobre os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados num serviço hospitalar, podendo trazer uma mudança e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem oncológicos prestados a futuros clientes que sejam internados nas unidades em que ficaram.

Consideramos que a investigação conduzida na presente dissertação científica é pertinente ao domínio da gestão em Enfermagem, capacitando os enfermeiros gestores a promoverem e auscultarem a qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como a satisfação dos clientes, empoderando-os. Neste sentido, ambicionamos que a QONCS_Pt seja amplamente utilizada num contexto nacional, com o intuito de continuamente aperfeiçoar a prática clínica dos enfermeiros em Portugal.

A QONCS_Pt apresenta características psicométricas muito boas, sendo que a sua utilização irá culminar numa melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem oncológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). *Patient safety network. Missed nursing care*. <https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care>.
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne-Strømseng, I., Smith, H. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717. Doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Akerjordet, K., Furunes, T. & Haver, A. (2018). Health-promoting leadership: An integrative review and future research agenda. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1505–1516. Doi: 10.1111/jan.13567.
- Alencar, L., Sardinha, A., Nogueira, A., Pascoal, L., & Rolim, I. (2019). Satisfaction Of Cancer Patients About Nursing Care. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3), 752–762. Doi: 10.5205/1981-8963-v13i03a237681p752-762-2019.
- Alharbi, A., Dahinten, V. & Macphee, M. (2020). The relationships between nurses' work environments and emotional exhaustion, job satisfaction, and intent to leave among nurses in Saudi Arabia. *Journal of Advanced Nursing*, 76, 3026 – 3038. Doi: 10.1111/jan.14512.
- Almeida, S. (2017). *Estatísticas Aplicada à investigação em Ciência da Saúde: Um Guia com o SPSS*. Loures, Portugal. Lusodidacta.
- Alves, D & Guirardello, E. (2016). Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 37(2):e58817. Doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.58817.
- Anzai, E., Douglas, C. & Bonner, A. (2014). Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16, 171-178. Doi: 10.1111/nhs.12081.
- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 58/2019. Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08, 3–40. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815982>.

- Astrow, A., Kwok, G., Sharma, R., Fromer, N. & Sulmasy, D. (2018). Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction with Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 56–64. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.009.
- Ayaad, O., Alloubani, A., Al-Rafaay, M., Arideh, A., Abualeish, M., & Akhu-Zaheya, L. (2019). Impact of Structured Nurse Leader Rounds on Satisfaction With Nursing Care Among Patients With Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 526–536. Doi:10.1111/jnu.12503.
- Bae, S. H., Yoon, M.-H., & Park, J.-H. (2021). Reliability and validity of the Korean version of the MacNew heart disease Health-related Quality of Life questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 196. Doi: 10.1186/s12955-021-01832-7
- Bandalos, D. (2018). *Measurement theory and applications for the social sciences*. New York: Guilford Press.
- Bateman, T., Snell, S., & Konopaske, R. (2017). *Management – Leading & Collaborating in a competitive world* (12th Ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 25(24), 3186–3191.
- Beatty, P. & Willis, G. (2007). Research Synthesis: The Practice of Cognitive Interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287–311. Doi: 10.1093/poq/nfm006.
- Bhalla, A., Suri, V., Kaur, P & Kaur, S. (2014). Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting. *Journal of Postgraduate Medicine*, 60(4), 382–385. Doi: 10.4103/0022-3859.143962.
- Boamah, S., Laschinger, H., Wong, C. & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189. Doi: 10.1016/j.outlook.2017.10.004.
- Bondmass, M. (2021). Sampling Methods in Staffileno, B., Murphy, M. & Buchholz, S. *Research for Advanced Practice Nurses: From Evidence to Practice*, p. 197–210. (4th Ed.). New York, NY. Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-5132-2.

- Brandão, M., Barros, A., Primo, C., Bispo, G. & Lopes, R. (2019). Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 577–581. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0395.
- Carvalho, M. & Lucas, P. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice - systematic review. *Millenium*, 2(11), 57–64. Doi: 10.29352/mill0211.06.00274.
- Cavalcanti, N., Sekine, L., Manica, D., Farenzena, M., Neto, C., Marostica, P. & Schweiger, P. (2020). Translation and validation of the drooling impact scale questionnaire into Brazilian Portuguese. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. S1808-8694(20)30156-7. Doi: 10.1016/j.bjorl.2020.09.003.
- Charalambous, A., Adamakidou, T., Cloconi, C., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., & Bužgová, R. (2017). The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 45–52. Doi: 10.1016/j.ejon.2016.12.006.
- Charalambous, A., Radwin, L., Berg, A., Sjoval, K., Patiraki, E., Lemonidou, C., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2016). An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 176–186. Doi:/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.013
- Charalambous, A., & Adamakidou, T. (2014). Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS). *BMC Nursing*, 13(1), 1–19. Doi:/10.1186/s12912-014-0048-4.
- Charalambous, A., Papadopoulos, R., & Beadsmoore, A. (2009). Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 350–360. Doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.011.
- 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*, 23(2), 29-42.
- Cho, S., Lee, J., You, S. J., Song, K. J., & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. Doi:10.1111/ijn.12803.

- CIPHER, D. (2021). Using Statistics to Examine Relationships in Gray, J. & Grove, S., *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 663 – 674. (9th Ed.). St. Louis, Missouri. Elsevier.
- Clark, C. (2012). Beyond Holism. *Holistic Nursing Practice*, 26(2), 92–102. Doi: 10.1097/HNP.0b013e3182462197.
- Coban, G.I. & Kasikci, M. (2010). Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1929-1934. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03125.x.
- Coleman, C. (2013). Integrating Quality and Breast Cancer Care: Role of the Clinical Nurse Leader. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), 311–314. Doi: 10.1188/13.ONF.311-314.
- Converse, J. & Presser, S. (1986). *Survey questions: Handcrafting the standardized questionnaire*. Newbury Park: Sage Publications.
- Cox, C. (2019). Nurse manager job satisfaction and retention. *Nursing Management*, 50(7), 16–23. Doi: 10.1097/01.numa.0000558512.58455.68.
- Cunha, A. (2012). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Lexikon (4^a Ed.). Brasil, Rio de Janeiro. ISBN: 9788586368639.
- Cunha, M. (2017). The Factorial Structure of Dignity Scale in the Care of Patients with Palliative Needs. *Millenium*, 2(2), 41-56. Doi: 10.29352/mill0202e.03.
- Denis, D. (2021). *Applied Univariate, Bivariate, And Multivariate Statistics: Understanding Statistics for Social and Natural Scientists, with Applications in SPSS and R*. Wiley (2nd Ed.). Hoboken, USA. ISBN 978-1-119-58304-2.
- Díaz, V. (2018). *Teletrabajo y neurotecnología - Una guía imprescindible para gestionar el trabajo 4.0*. Ediciones Gránica Argentina. Argentina, Buenos Aires. ISBN: 9789506419530.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11):1115-8.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(1). Doi:10.1186/1472-6963-12-286.
- El-Refaay, S., Shalaby, M., & Shama, G. (2019). Effect of psychoeducational program about control of suicidal ideation among psychiatric patients on nursing staff's

- knowledge and practice. *International Journal of Nursing*, 6(1), 141–150. Doi: 10.15640/ijn.v6n1a16.
- Fallatah, F., Laschinger, H. & Read, E. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing Outlook*, 65, 172 – 183. Doi: 10.1016/j.outlook.2016.11.020.
 - Fessele, K. (2011). Do You Know Quality Care When You See It? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(6), 583–584. Doi: 10.1188/11.CJON.583-584.
 - Findik, U., Unsar, S. & Sut, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 162-169. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00511.x.
 - Friese, C. & Himes-Ferris, L. (2013). Nursing Practice Environments and Job Outcomes in Ambulatory Oncology Settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(3), 149–154. Doi: 10.1097/nnn.0b013e318283dc3f.
 - Gasparino, R., Ferreira, E., Oliveira, H., Alves, D. & Balsanelli, A. (2021). Leadership, adequate staffing and material resources, and collegial nurse–physician relationships promote better patients, professionals and institutions outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 2739–2747. Doi: 10.1111/jan.14805.
 - Godinho, N. (2020). Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA. https://www.esel.pt/sites/default/files/GUIA_B_2020.pdf.
 - Goh, M., Ang, M., Chan, Y., Hong-Gu, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. *Applied Nursing Research*, 31, 126 – 131. Doi: 10.1016/j.apnr.2016.02.002
 - Granados-Plaza, M., Gea-Caballero, V., Martí-Ejarque, M. & Ferré-Grau, C. (2021). Association of Nursing Practice Environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross- sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 0, 1 – 11. Doi: 10.1111/jocn.15806.
 - Gray, J. & Grove, S. (2021). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (9th Ed.). St. Louis, Missouri. Elsevier.

- Griffin, R. (2013). *Management – Principles and practices* (11th Ed.). Mason, OH: Cengage Learning South-Western;
- Griffiths, P., Richardson, A., & Blackwell, R. (2012). Outcomes sensitive to nursing service quality in ambulatory cancer chemotherapy: Systematic scoping review. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 238–246. Doi:/10.1016/j.ejon.2011.06.004.
- Groot, M., Ebenau, A., Koning, H., Visser, A., Leget, C., Laarhoven, H., Leeuwen, R., Ruben, R., Wulp, M. & Garssen, B. (2017). Spiritual care by nurses in curative cancer care: Protocol for a national, multicentre, mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 2201–2207. Doi: 10.1111/jan.13332.
- Grøndahl, V., Karlsson, I., Hall-Lord, M., Appelgren, J. & Wilde-Larson, B. (2011). Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2540-2551. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03810.x.
- Halpern, M. T., Spain, P., Holden, D. J., Stewart, A., McNamara, E. J., Gay, G., Prabhu Das, I., & Clauser, S. (2013). Improving Quality of Cancer Care at Community Hospitals: Impact of the National Cancer Institute Community Cancer Centers Program Pilot. *Journal of Oncology Practice*, 9(6), e298-304. Doi:/10.1200/JOP.2013.000937.
- He, M., Lu, H., Shen, N., Wu, X., Shen, G., Zhou, X., Shen, M., Mo, K. & Lily, H. (2022). Consensus on Quality Indicators for Pediatric Oncology Nursing Care in Mainland China: A Delphi Method and Analytic Hierarchy Process. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*. Doi: 10.1177/27527530211068727.
- Heavey, E. (2019). *Statistics for Nursing: A Practical Approach*. (3rd Ed.). New York: Jones & Bartlett Learning.
- IARC (2021a). *The Global Cancer Observatory: World*. gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf.
- IARC (2021b). *The Global Cancer Observatory: Portugal*. gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf.
- Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkėnas, A., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H. (2011). Competence of nurses and factors associated with it, *Medicina (Kaunas)*, 47(4), 230-237.

- Jesus, E., Marques-Pinto, A., Fronteira, I. & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: Percepção dos Enfermeiros sobre Burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 9(2), 47-59.
- Joint Commission. (2021). *Hospital National Patient Safety Goals*. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/simplified-2021-hap-npsg-goals-final-11420.pdf>.
- Jones, G. & George, J. (2018). *Contemporary management* (10th Ed.). New York: McGrawHill Education.
- Juanamasta, I., Aunguroch, Y. & Gunawan, J. (2021). A Concept Analysis of Quality Nursing Care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 51(4), 430–441. Doi: 10.4040/jkan.21075.
- Jun, J., Ojemeni, M., Kalamani, R., Tong, J. & Crecelius, M. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 119(103933), 1–11. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103933.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31–36. Doi: 10.1007/BF02291575
- Kakyo, T., & Xiao, L. (2017). Nurse managers' experiences in continuous quality improvement in resource-poor healthcare settings. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 244–249. Doi:10.1111/nhs.12338.
- Kalfoss, M. (2019). Translation and Adaption of Questionnaires: A Nursing Challenge. *Sage Open Nursing*, 5, 1 – 13. Doi: 10.1177/2377960818816810.
- Karaca, A. & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545. Doi: 10.1002/nop2.237.
- Karthikeyan, G., Manoor, U. & Supe, S. (2015). Translation and validation of the questionnaire on current status of physiotherapy practice in the cancer rehabilitation. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 11(1), 29–36. Doi: 10.4103/0973-1482.146117.
- Kazdin, A. (2017). *Research design in clinical psychology* (5th Ed.). Boston, MA: Pearson.

- Kim, B. N., & Kang, H. S. (2021). Korean validation of the Motives for Online Gaming Questionnaire: Focusing on its factor structure and incremental validity. *Addictive Behaviors*, 122, 107019. Doi: 10.1016/j.addbeh.2021.107019.
- Kim, S. & Shin, Y. (2020). The relationships between moral distress and quality of nursing care in oncology nurses. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 26(4), 366 – 373. Doi: 10.5977/jkasne.2020.26.4.366.
- Koerich, M. S., Machado, R. R., & Costa, E. (2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1), 106–110. Doi:10.1590/s0104-07072005000100014.
- Koskenniemi, J., Leino-Kilpi, H., Puukka, P. & Suhonen, R. (2019). Respect and its associated factors as perceived by older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(21-22), 3848 – 3857. Doi: 10.1111/jocn.15013.
- Kousoulou, M., Suhonen, R., & Charalambous, A. (2019). Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 33–40. Doi:/10.1016/j.ejon.2019.05.011.
- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y. & Fisher, M. (2015). Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), 1825–1831. Doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20150288.
- Kvist, T., Voutilainen, A., Mäntynen, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2014). The relationship between patients' perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BioMed Central Health Service Research*, 14, 466. Doi: 10.1186/1472-6963-14-466.
- Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (2020). *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Switzerland: Springer International Publishing. Doi: 10.1007/978-3-030-30199-6.
- Labrague, L. (2020). Influence of nurse managers' toxic leadership behaviours on nurse-reported adverse events and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 29, 855 – 863. Doi: 10.1111/jonm.13228.
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176–188. Doi:10.1002/nur.10032.

- Lal, M. (2021). Why nursing research matters. *Journal of Nursing Administration*, 51(5), 235-236. Doi: 10.1097/NNA.0000000000001005.
- Lin, C., Lai, F., Huang, W., Huang, C. & Hsieh, C. (2020). Satisfaction With the Quality Nursing Work Environment Among Psychiatric Nurses Working in Acute Care General Hospitals. *Journal of Nursing Research*, 28(2), e76-. doi:10.1097/jnr.0000000000000350.
- Loai, A., Sulaiman, A., Maryam, A., Samah, A., Ayman, B. & Mohammad, A. (2021). Quality of Oncology Nursing Care as Perceived by Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 45(2), e545-e551. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000993.
- Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2018). Reliability and Validity in Lobiondo-Wood, G. & Haber, J., *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, p. 262-280. (9th Ed.). St. Louis, Missouri. Elsevier.
- Lohr, K., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: A Strategy For Quality Assurance, I: A Recapitulation of the Study and a Definition of Quality of Care. *QRB - Quality Review Bulletin*, 17(1), 6-9. Doi:10.1016/s0097-5990(16)30413-4.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), 1189-1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- Lucas, P. & Nunes, E. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6):e20190479. Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0479.
- Lundby, C., Simonsen, T., Ryg, J., Søndergaard, J., Pottegård, A., & Lauridsen, H. H. (2021). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Danish version of the revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) questionnaire: Version for older people with limited life expectancy. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 17(8), 1444-1452. Doi: 10.1016/j.sapharm.2020.11.001
- Machado, R., Fernandes, A., Oliveira, A., Soares, L., Gouveia, M., & Silva, G. (2018). Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. Doi: 10.1590/1983- 1447.2018.2017-0164.
- Mahran, S. (2017). Nurses Practice Environment and Quality of Patient Care in Port Said Hospitals. *Journal of Advanced Practices in Nursing*, 2(3), 1 - 6. Doi: 10.4172/2573-0347.1000142.

- Mansour, M., Hasan, A. A., & Alafafsheh, A. (2021). Psychometric evaluation of the Arabic version of the Irish Assertiveness Scale among Saudi undergraduate nursing students and interns. *PloS One*, 16(8), 1-15. Doi: 10.1371/journal.pone.0255159.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). *Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24 – 30. Doi: 10.20344/amp.6460.
- Martins, H. & Caldeira, S. (2021). Disclosing and discussing the role of spirituality in the transition theory of Afaf Meleis. *Nursing Philosophy*, 22: e12348. Doi: 10.1111/nup.12348.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. Doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. (2012). Defining quality improvement *In McLaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement In Health Care*. London: Jones & Bartlett Publishers International; 3–40.
- Mello, F. & Guimarães, R. (2015). *Métodos Estatísticos para o Ensino e a Investigação nas Ciências da Saúde*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-805-6.
- Meneses-La-Riva, M., Suyó-Vega, J. & Fernández-Bedoya, V. (2021). Humanized Care from the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in Public Health*, 9:737506. Doi: 10.3389/fpubh.2021.737506.
- Min, A., Hong, H., Son, S., & Lee, T. (2021). Sleep, fatigue and alertness during working hours among rotating-shift nurses in Korea: An observational study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2647 – 2657. Doi: 10.1111/jonm.13446.
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021. *Diário da República* n.º 187/2021, Série II de 2015-09-27, 96 – 103. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República* n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27, 13550 – 13553. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>.

- Mitchell, P., Fertetich, S., & Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x.
- Mudallal, R., Othman, W., & Hassan, N. (2017). Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *The Journal of Healthcare Organization, Provision, and Financing*, 54(1), 1–10. Doi: 10.1177/0046958017724944.
- National Quality Forum. (2020). *Phrase book: a plain language guide to NQF jargon*. National Quality Forum. <http://public.qualityforum.org/NQFDocuments/Phrasebook.pdf>.
- Nurmeksela, A., Mikkonen, S., Kinnunen, J. & Kvist, T. (2021). Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC Health Services Research*, 21(296), 1-13. Doi: 10.1186/s12913-021-06288-5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2(21), 3478–3487. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, *Diário da República*, 2(48), 5949–5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Oxhandler, H. & Parrish, D. (2018). Integrating clients' religion/spirituality in clinical practice: A comparison among social workers, psychologists, counselors, marriage and family therapists, and nurses. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 680–694. Doi: 10.1002/jclp.22539.
- Perneger, T., Courvoisier, D., Hudelson, P. & Gayet-Ageron, A. (2015). Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*, 24(1), 147–151. Doi: 10.1007/s11136-014-0752-2.

- Polit, D. & Beck, C. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem*. (9ª Ed.). Porto Alegre, Brasil. Artmed.
- PORDATA. (2021). *População residente, média anual: total e por sexo – Portugal*. <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente++média+anual+total+e+por+sexo-6>.
- Powell, C., Blighe, A., Froggatt, K., McCormack, B., Woodward-Carlton, B., Young, J., Robinson, L. & Downs, M. (2017). Family involvement in timely detection of changes in health of nursing homes residents: A qualitative exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 317–327. Doi: 10.1111/jocn.13906.
- Prosen, M., Kvas, A., Bošković, S., & Ličen, S. (2021). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Slovenian version of the nurse professional competence scale. *BMC Nursing*, 20(1), 142. Doi: 10.1186/s12912-021-00664-6.
- Radwin, L., Alster, K. & Rubin, K. (2003). The development and psychometric testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCS). *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 283–290. Doi: 10.1188/03.ONF.283-290
- Ramos, A., Fonseca, C., Coelho, I., Guia, S., & Santos, V. (2015) Indicators sensitive to nursing care in people with oncological disease: systematic review of the literature. *Journal of Aging & Innovation*, 5 (1), 10–28.
- Ribeiro, M., Caldeira, S., Nunes, E. & Vieira, M. (2020). A commentary on spiritual leadership and workplace spirituality in nursing management. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 602–605. Doi: 10.1111/jonm.13196.
- Rieger, T. & Yarbrow, C. (2003). *Role of the Oncology Nurse in Holland-Frei Cancer Medicine*. (6th Ed.). Hamilton (ON): BC Decker.
- Sawin, K., Montgomery, K., Dupree, C., Haase, J. & Hendricks-Ferguson, V. (2019). Oncology Nurse Managers' Perceptions of Palliative Care and End-of-Life Communication. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 36(3), 178–190. Doi: 10.1177/1043454219835448.
- Shah, M., Gandrakota, N., Cimiotti, J., Ghose, N., Moore, M. & Ali, M. (2021). Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2):e2036469. Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36469.
- Sharour, L., Sabei, S., Harrasi, M., Anwar, S., & Salameh, A. (2021). Translation and validation of the Arabic version of the quality of oncology nursing care scale

- (QONCS): Psychometric testing in three Arabic countries. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(1), 34–41. Doi: 10.1016/j.jhqr.2020.07.004.
- Silva, C. & Potra, T. (2017). Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Uma Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 21(2), 33 – 50. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23709/1/Artigo3-Paginas33_50.pdf.
 - Silva, J. & Silva, L. (2014). Relação Entre Religião, Espiritualidade e Sentido Da Vida. *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 3 (2), 203-215.
 - Siqueira, C., Bernadeli, A., Gasparino, R., Feldman, L., Cunha, I. & Oliveira, R. (2019). Knowledge of responsible technical nurses on management skills: a qualitative study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 43–48. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0761.
 - Soares, R. (2018). Satisfação do paciente oncológico sobre o cuidado do enfermeiro: adaptação transcultural e validação do instrumento Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS). Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo. URI: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/52964>.
 - Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2010). 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.
 - Southard, M. (2020). Spirituality: The Missing Link for Holistic Health Care. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 4 – 7. Doi: 10.1177/0898010119880361.
 - Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Temas da Saúde: Tipos de Cancro*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-cancro/>.
 - Sullivan, E. (2017). *Effective Leadership and Management in Nursing*. (9th Ed.). New York, NY. Pearson.
 - Sullivan-Bolyai, S. & Bova, C. (2018). Data Collection Methods in Lobiondo-Wood, G. & Haber, J., *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*, p. 247–260. (9th Ed.). St. Louis, Missouri. Elsevier.
 - Thiengtham, S., D’Avolio, D. & Leethong-in, M. (2022). Family involvement in transitional care from hospital to home and its impact on older patients, families, and health care providers: a mixed methods systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 20(2), 606–612. Doi: 10.11124/JBIES-20-00455.

- Tovmasyan, G. (2017). The Role of Managers in Organizations: Psychological Aspects. *Business Ethics and Leadership*, 1(3), 20–26. Doi: 10.21272/bel.1(3).20-26.2017.
- Tsang, S., Royse, C. & Terkawi, A. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anesthesia*, 11(5), 80-89. Doi: 10.4103/sja.SJA_203_17.
- Vázquez-Sánchez, M. Á., Casals, C., Casals-Vázquez, A., García-Barrios, S., Fernández-de-Canete, F., & Sánchez-Ojeda, M. A. (2021). Cultural adaptation and validation of the Transcultural Self-Efficacy Tool for use with undergraduate nursing students in Spain. *Nurse Education Today*, 107, 105106. Doi: 10.1016/j.nedt.2021.105106.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo. (3ª Ed.). Lisboa, Portugal. ISBN: 9789895610976.
- Weber, E., Ward, J. & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: a toolkit for success. *Nursing Management*, 46(12), 47–50. Doi: 10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85.
- Wei, H., Roberts, P., Strickler, J. & Corbett, R. (2018). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 681–687. Doi: 10.1111/jonm.12736.
- World Health Organization. (2021). *Fact sheets: Cancer*. who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer.
- World Health Organization. (2006). *Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization. France.
- World Health Organization. (2003). *WHO Europe Cancer Nursing Curriculum: WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives*. World Health Organization. Denmark.
- World Medical Organization. (2013). *Declaration of Helsinki*. Fortaleza, Brazil. www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects.
- Yoder-Wise, P. (2019). *Leading and Managing in Nursing* (7th Ed.). Elsevier Inc. Canada.

- Zangaro, G. & Jones, K. (2019). Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 41(11), 1658-1684. Doi: 10.1177/0193945918823779.
- Zou, W., Zeng, Y., Peng, Q., Xin, Y., Chen, J. & Houghton, J. (2020). The influence of spiritual leadership on the subjective well-being of Chinese registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1432–1442. Doi: <http://doi.org/10.1111/jonm.13106>.
- Zumstein-Shaha, M. (2019). Advanced Nursing Practice: The Way to Go? – How to Progress in Your Speciality *in Principle of Nursing in Oncology*. Springer Nature Switzerland. Switzerland. Doi: 10.1007/978-3-319-76457-3.

Apêndices

Apêndice I

Consentimento Informado



Formulário de Consentimento Informado

Investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem, especialização em Gestão em Enfermagem

Autor do estudo: Enf.º Pedro Manuel Gomes

Orientador: Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas

A “Tradução e Validação da *Quality of Oncology Nursing Care Scale* para o contexto cultural português” consiste num estudo de origem académica, para a realização da dissertação científica no Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Gestão em Enfermagem do enfermeiro Pedro Manuel Gomes. O projeto do estudo ambiciona auscultar a opinião das pessoas que foram alvo dos cuidados de enfermagem, obtendo a perspetiva das mesmas acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Consideramos a temática deste estudo de relevância, no sentido da promoção contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em oncologia, bem como a satisfação da pessoa.

Para auscultarmos a opinião das pessoas traduzimos e pretendemos validar estatisticamente para a população portuguesa a escala *Quality of Oncology Nursing Care Scale*. A escala possui 34 itens, de preenchimento rápido – 10 min. – que avalia a perceção das pessoas acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem num contexto oncológico. O estudo irá ser realizado no Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil e terá a duração de seis meses.

A sua participação no estudo é voluntária e o não consentimento para a participação no estudo não lhe irá ser prejudicial ou dificultará a obtenção de qualquer tratamento, sendo que **a sua participação é fundamental, mas facultativa**. A participação no estudo não lhe irá trazer qualquer custo ou despesa financeira.

O estudo não tem qualquer financiamento de uma entidade externa, sendo um estudo académico, com a totalidade dos encargos financeiros sobre o investigador principal.

Todas as informações recolhidas no questionário serão guardadas pelo investigador principal e serão destruídas após a conclusão do estudo.

As conclusões do estudo, sem referências a dados pessoais serão redigidas na dissertação científica do investigador principal aquando a sua conclusão culminando na discussão pública da mesma. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revistas científicas de Enfermagem.

Depois de ler as explicações acima mencionadas, declaro que autorizo a minha participação no projeto de investigação.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Apêndice II

Questionário de Recolha de Dados

Questionário de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia

Aos pacientes

Este trabalho académico, pretende estudar a opinião dos pacientes acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados num contexto oncológico, que tem por base, um questionário de Charalambous, A., & Adamakidou, T. (2014), no artigo *“Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS)”* da revista científica *BMC Nursing*; que traduzimos e pretendemos validar para o contexto cultural português, com autorização destes autores.

O questionário é anónimo e confidencial, sendo que as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos do meu trabalho de mestrado. As questões apresentadas não têm respostas certas ou erradas, pretendem apenas recolher a sua opinião pessoal.

Solicitamos que responda a todos os itens com (X) na escala tipo Likert de cinco pontos que está colocada lateralmente. A escala é apresentada no início das questões.

A Secção A consiste na caracterização de quem responde, a Secção B é o questionário em estudo e a Secção C consiste num espaço para sugestões, no sentido de promover a qualidade do estudo.

Este trabalho académico tem a orientação do Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Na totalidade, estima-se que o questionário seja preenchido entre 10 e 15 minutos.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, agradeço, a sua disponibilidade e tempo dispensado.

Atenciosamente,

Enf. Pedro Manuel Gomes

Fevereiro de 2021

Secção A - Caracterização da amostra

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: _____
3. Área de Residência: Urbana ☐ Rural ☐
4. Habilitações académicas:
 - a. 4º Ano de Escolaridade..... ☐
 - b. 6º Ano de Escolaridade..... ☐
 - c. 9º Ano de Escolaridade..... ☐
 - d. 11º Ano de Escolaridade..... ☐
 - e. 12º Ano de Escolaridade..... ☐
 - f. Bacharelato..... ☐
 - g. Licenciatura..... ☐
 - h. Outra..... ☐

Qual? _____

5. Tipo de Cancro:
 - a. Mama..... ☐
 - b. Próstata..... ☐
 - c. Bexiga..... ☐
 - d. Cabeça e Pescoço..... ☐
 - e. Pulmão..... ☐
 - f. Pâncreas..... ☐
 - g. Fígado..... ☐
 - h. Pele (Melanoma)..... ☐
 - i. Tecidos Moles..... ☐
 - j. Cérebro e Medula espinal..... ☐
 - k. Outro..... ☐

Qual? _____

6. Tempo desde o Diagnóstico:

- a. menos de um mês.....☐
- b. Entre um a dois meses.....☐
- c. Mais de dois meses.....☐

7. Dias de internamento: _____

8. É o seu primeiro internamento:

- a. Sim.....☐
- b. Não.....☐

9. É o seu primeiro internamento neste hospital:

- a. Sim.....☐
- b. Não.....☐

Apêndice III

Pedido de autorização aos autores da escala QONCS



PEDRO MANUEL LOUREIRO FILIPE BR GOMES <pedro.gomes@campus.esel.pt>

Quality of Oncology Nursing Care Scale - Request

PEDRO MANUEL LOUREIRO FILIPE BR GOMES <pedro.gomes@campus.esel.pt> 14 de junho de 2020 às 13:55

Para: Andreas.charalambous@cut.ac.cy

Cc: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas <prlucas@esel.pt>

Dear Dr. Charalambous,

I hope this email finds you well,

My name is Pedro Gomes, I'm a nurse at Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Portuguese Oncology Institute, currently working in a bone marrow transplant unit.

I'm currently enrolled in my Master's Program, in Nursing Management, at Lisbon's Nursing School (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL) and I'm being supervised by Professor Pedro Lucas, PhD, MSc, MScN, RN (prlucas@esel.pt).

I'm particularly interested in topics related to the quality of care and I would like to apply your scale "Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS)", to the patients in Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

I would like to ask for your permission to have access, translate and validate to the portuguese population the " Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS)", mentioned and published in BMC Nursing, in the article titled "Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS)" by Dr. Charalambous and Dr. Adamakidou in 2014.

Subsequently, Dr. Charalambous and Dr. Adamakidou, will both be recognized as co-authors of the article, when we publish the translation and validation of the scale to the portuguese population.

I'll be able to provide more information deemed relevant,

Best Regards,

Pedro Manuel Gomes, BScN, RN

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

pedro.gomes@campus.esel.pt

Apêndice IV

Autorização formal concedida pelos autores



PEDRO MANUEL LOUREIRO FILIPE BR GOMES <pedro.gomes@campus.esel.pt>

Quality of Oncology Nursing Care Scale - Request

Andreas Charalambous <andreas.charalambous@cut.ac.cy>

20 de julho de 2020 às 10:01

Para: PEDRO MANUEL LOUREIRO FILIPE BR GOMES <pedro.gomes@campus.esel.pt>

Cc: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas <prlucas@esel.pt>

Dear Pedro,

Thank you for your email and interest in our scale.

In relation to the above topic, this is to certify that I am granting the permission to PEDRO MANUEL to use (for data collection) and validate (and culturally adapt) my scale "Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS)" in Portuguese.

The permission is granted only for these purposes and for a single use.

Warmest Regards

Dr Andreas Charalambous

Chair, Nursing Department

Associate Professor Oncology and Palliative Care

Cyprus University of Technology

Adjunct Professor, University of Turku (Finland)

EONS President

Member of IASLC NAHP Committee

EJON Associate Editor

Apêndice V

Escala de Qualidade dos Cuidados de enfermagem
oncológicos

Escala de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Oncológicos (EQCEO)

Quality of Oncology Nursing Care Scale – Portuguese version (QONCS_Pt)

A escala é composta por 5 áreas temáticas que avaliam diferentes dimensões da qualidade dos cuidados de enfermagem baseada nas percepções, expectativas dos pacientes e do cuidado recebido enquanto hospitalizado. Por favor, responda às questões de forma que as respostas melhor reflitam os cuidados de enfermagem recebidos durante a sua estada no hospital.

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Ser Apoiado, Validado e valorizado						
1.	O enfermeiro teve a intenção de estabelecer uma boa comunicação consigo.	1	2	3	4	5
2.	O enfermeiro foi alguém em quem pôde confiar.	1	2	3	4	5
3.	Enquanto esteve a ser cuidado, o enfermeiro comunicou bem consigo?	1	2	3	4	5
4.	O enfermeiro prestou-lhe apoio emocional?	1	2	3	4	5
5.	O enfermeiro expressou interesse por si?	1	2	3	4	5
6.	O enfermeiro respondeu prontamente às suas questões e preocupações?	1	2	3	4	5
7.	O enfermeiro parecia conhecer a sua condição clínica?	1	2	3	4	5
8.	O enfermeiro disponibilizou-lhe informação de uma forma compreensiva?	1	2	3	4	5
9.	O enfermeiro conquistou a sua confiança através das suas ações?	1	2	3	4	5
10.	Teve a impressão que estava em “boas mãos”?	1	2	3	4	5
11.	O enfermeiro respondeu às suas questões de forma sincera.	1	2	3	4	5
12.	O enfermeiro respeitou as suas necessidades e disponibilizou-lhe informação consoante as mesmas.	1	2	3	4	5
13.	O enfermeiro era competente em relação ao uso de equipamentos e tecnologias?	1	2	3	4	5
14.	O enfermeiro reconheceu as suas necessidades de cuidados de Enfermagem.	1	2	3	4	5
15.	Recebeu os cuidados que esperava/escolheu.	1	2	3	4	5

16.	Sentiu que podia perguntar qualquer coisa ao enfermeiro.	1	2	3	4	5
17.	Recebeu os cuidados de enfermagem de que a sua condição clínica necessitava.	1	2	3	4	5
18.	Foi cuidado(a) adequadamente pelos enfermeiros.	1	2	3	4	5
19.	O enfermeiro prestou cuidados com compaixão.	1	2	3	4	5
20.	O enfermeiro é atencioso e compreensivo.	1	2	3	4	5
21.	O enfermeiro cuidou de si com respeito.	1	2	3	4	5
Cuidados Religiosos / Espirituais						
22.	O enfermeiro estava interessado em saber a sua perspetiva acerca da vida e da morte.	1	2	3	4	5
23.	O enfermeiro iniciou conversa sobre questões religiosas/espirituais.	1	2	3	4	5
24.	O enfermeiro estava interessado em clarificar quais as suas preferências religiosas.	1	2	3	4	5
25.	O enfermeiro mostrou-se disponível e incentivou a conversa sobre questões religiosas/espirituais.	1	2	3	4	5
26.	O enfermeiro era sensível e demonstrava respeito quanto às suas preferências religiosas.	1	2	3	4	5
27.	O enfermeiro facilitou o cerimonial/ritos religiosos quando prestava cuidados.	1	2	3	4	5
Sentir-se. Apoiado						
28.	O enfermeiro perguntou se desejava a presença dos seus familiares.	1	2	3	4	5
29.	O enfermeiro encorajou a presença dos seus familiares enquanto recebia cuidados.	1	2	3	4	5
30.	O enfermeiro reconheceu a importância da presença dos seus familiares.	1	2	3	4	5
31.	Quando necessitou de tomar decisões difíceis, o enfermeiro encorajou os seus familiares a participarem no processo de tomada de decisão.	1	2	3	4	5
32.	O enfermeiro envolveu os seus familiares no processo de prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
Ser Respeitado						
33.	O enfermeiro deu-lhe a opção de participar no processo de tomada de decisão quanto aos cuidados de enfermagem?	1	2	3	4	5
34.	O enfermeiro providenciou-lhe a informação necessária para que pudesse participar no processo de tomada de decisão?	1	2	3	4	5