

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em
Enfermagem

Dissertação

Adaptação e validação para o contexto cultural
português do questionário:
A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho

Lisboa

2019

Three thick, stylized green wavy lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão Em
Enfermagem

Dissertação

Adaptação e validação para o contexto cultural
português do questionário:
A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho

Orientador: Professor Doutor Pedro Lucas

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Conte-me e eu esqueço.
Mostre-me e eu apenas me lembro.
Envolve-me e eu compreendo.

Confúcio

O maior líder é aquele que reconhece a sua pequenez,
extrai força da sua humildade e
experiência da sua fragilidade

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente aos meus pais, pela vinculação segura que estabeleceram comigo, e por terem feito de mim a pessoa que sou hoje... a forma sábia como me educaram e ajudaram a percorrer este caminho... por estarem sempre disponíveis para mim... mesmo longe ou privados da minha presença, sei que sempre torceram por mim...

Aos amigos... que sabem quem são...pela forma como me incentivaram quando o cansaço e o desânimo queriam instalar-se...muito obrigada...

Ao incansável, líder, gestor, mentor ... Professor Doutor Pedro Lucas... pelas primeiras orientações no início deste projeto e pelo acompanhamento contínuo e exaustivo...
pela forma como me transmitiu tranquilidade/agitação
nos momentos em que mais precisava...
por me trazer a alegria e convicção de que este não seria um esforço inglório...

Às Equipas que participaram no estudo e em particular a cada um dos seus elementos, por me terem acolhido, por me fazerem sentir em casa, por fazerem sentir parte deles...
sem eles este trabalho não faria sentido...

Aos professores, colegas e todos aqueles que, de forma direta ou indireta, marcaram este meu percurso e souberam demonstrar a sua preocupação...

A Ti... por me mostrares o sol quando já só via nuvens...
Obrigada por cuidares de mim...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACN - American Association of Colleges of Nursing

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AFE - Análise Fatorial Exploratória

ANMC - Australian Nursing and Midwifery Council

APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

APN - Advanced Practice Nurses

APRN - Consensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing

CAN - Canadian Nurses Association

CNL – Clinical Nurse Leader

CNLSES® - Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®

CNLSES – PT – versão portuguesa da CNLSES

CNS- Clinical Nurse Specialist

EUA – Estados Unidos da América

ICN – International Council of Nurses

NCNM - National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery

NP - Nurse Practitioners

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

NHS – Nacional Health Service

RESUMO

Introdução: Estão definidos na literatura as competências do enfermeiro líder clínico como uma prática avançada, nomeadamente na área da melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança do cliente. De modo a facilitar a tomada de decisão dos gestores torna-se pertinente o uso de um instrumento de medida. Para perceber qual a confiança destes enfermeiros na sua função em Portugal e de a medir decidimos validar para o contexto cultural português uma escala – CNLSES®. Neste trabalho serão explanados modelos de cuidados de enfermagem e o seu contributo para a qualidade e segurança nos cuidados (Modelo de Estrutura, Processo e Resultado; Modelo de Efetividade de Cuidados de Enfermagem; Modelo de Resultados de Qualidade em Saúde; Modelo de Organização de Cuidados de Saúde; Modelo Cuidado Centrado na Pessoa).

Objetivos: Adaptar, para a cultura portuguesa o CNLSES®, dando origem à versão portuguesa do mesmo. Determinar as propriedades psicométricas do CNLSES - PT na população portuguesa.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. A versão portuguesa do CNLSES® foi obtida através do processo de adaptação transcultural. A amostra deste estudo é não-probabilística e intencional. O CNLSES-PT foi aplicado a 329 enfermeiros responsáveis de turno/equipa e/ou com especialidade.

Apresentação dos resultados: Obteve-se um instrumento com 47 itens e 7 dimensões, com uma variância explicada de 61,139% para a totalidade do instrumento. Verificou-se uma matriz de correlação aceitável para cada uma das dimensões. Relativamente à qualidade de relação entre as variáveis de cada dimensão obteve-se $KMO > 0,8$ para todas as dimensões e o teste de esfericidade de Bartlett's = 0,000 para todas as dimensões. A validade de conteúdo foi assegurada pela realização do teste reteste e pela comissão de peritos. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do Alfa de Cronbach onde se obteve o total de 0,960 e da determinação da correlação de Pearson no teste reteste. A validade de construto foi efetuada através da Análise Fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax e pela análise Fatorial Confirmatória.

Conclusão: Da análise efetuada obtivemos melhores resultados com uma matriz de sete dimensões tendo sido redefinidas as dimensões: Cuidado Centrado no Cliente, Gestão da Unidade, Liderança Clínica, Redução de Custos, Gestão da Equipa e Planeamento de Cuidados. O CNLSES® revelou ser um instrumento adequado para ser aplicado em Portugal, através das suas características psicométricas.

Palavras chave: Gestão em Enfermagem; Liderança; Validação Escala; Enfermeiro Líder Clínico

ABSTRACT

Introduction: They were defined in the literature skills of clinical nurse leader as an advanced practice, particularly in the area of the care quality improvement and clients' safety. In order to facilitate managers' making decision of becomes relevant to use a measuring instrument. To find out the confidence of these nurses in their role in Portugal and the measure decided to validate the Portuguese cultural context in a scale - CNLSES®. In this work was explained models of nursing care and its contribution to the care quality and safety (Model Structure, Process and Outcome; Effectiveness Model of Nursing; Quality results model in Health; Organization Model of Health Care; Model Centered Care in person).

Objectives: Adapt to portuguese culture the CNLSES®, making the itself version. Determine the psychometric properties of CNLSES - PT in the portuguese population.

Method: This is a quantitative, descriptive and observational cross. The Portuguese version of CNLSES® was obtained from the cross-cultural adaptation process. The sample is non-probabilistic and intentional. The CNLSES-PT was applied to 329 nurses' responsible team and / or have to specialty.

Results presentation: Obtained as an instrument with 47 items and 7 sizes with a variance explained 61.139% for the entire instrument. There was an acceptable correlation matrix for each dimension. As regards the quality relationship between the variables of each dimension is obtained KMO > 0.8 for all dimensions and roundness test Bartlett's = 0.000 for all dimensions. Content validity was assured by carrying out the test-retest and the expert commission. The reliability is ensured by determining the internal consistency and was tested by Cronbach's alpha was obtained where the total of 0.960 and determination of the retest Pearson correlation test. The construct validity was performed by factorial analysis of principal components with orthogonal rotation by varimax method and the confirmatory factor analysis.

Conclusion: The analysis performed obtained better results with an array of seven dimensions have been reorganized that dimensions: Client Centered Care, Unit Management, Clinical Leadership, Cost Reduction, Team Management and Care Planning. The CNLSES® found to be a appropriate instrument to be applied in Portugal, through its psychometric characteristics.

Key words: Management in Nursing; Leadership; Validation scale; Clinical Nurse Leader

Índice

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1- ENFERMEIRO LÍDER CLÍNICO	5
2 – GESTÃO E LIDERANÇA EM ENFERMAGEM	17
3 - ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS	26
3.2. Análise Psicométrica de uma escala.....	29
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	32
1 – METODOLOGIA DO ESTUDO	33
1.1. Tipo de Estudo.....	33
1.2. População	34
1.3. Instrumento recolha de dados.....	35
1.3.1. Equivalência linguística e concetual da escala CNLSES-PT	36
1.4. Procedimentos e Considerações Ético-Legais.....	40
2– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	42
2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	42
2.2. Análise das propriedades psicométricas da escala CNLSES-PT	47
2.2.1. Fiabilidade	47
2.2.1. Validade	48
3 – CONCLUSÕES	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS	
ANEXO I: Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão	
(Regulamento nº76/2018)	
Anexo II: Autorização da autora do questionário CNLSES ®	
Anexo III: Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética	
APÊNDICES	
Apêndice I: Fluxograma do PRISMA do processo de seleção de artigos	
Apêndice II: Tradução da CNLSES ® (exemplo T1)	
Apêndice III: Síntese da tradução T1 e T2 – T12 da CNLSES ®	
Apêndice IV: Retro tradução da CNLSES ® (exemplo BT1)	

Apêndice V: CNLSES – R – Resultado da equivalência e revisão por especialistas

Apêndice VI: Instrumento Final aplicado na amostra

Apêndice VII: Pedido de autorização à autora do questionário CNLSES ®

Apêndice VIII: Pedido de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética

Apêndice IX: Instruções para preenchimento do questionário e respectivo consentimento informado

Apêndice X: Cronograma

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caraterização do género da amostra.....	43
Gráfico 2: Caraterização do escalão etário da amostra.....	44
Gráfico 3: Caraterização das habilitações literárias da amostra.....	44
Gráfico 4: Título de enfermeiro especialista.....	45
Gráfico 5: Tempo de atividade profissional.....	46
Gráfico 6: <i>Scree plot</i> da análise fatorial.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Processo de adaptação cultural	36
Figura 2: Modelo septa-fatorial da CNLSES-PT ajustado a uma amostra de	
329 enfermeiros líderes clínicos	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de utilização de um questionário numa nova população.....	26
Quadro 2: Intensidade da correlação de Pearson.....	29
Quadro 3: Valores de alfa (α) de Cronbach.....	30
Quadro 4: Valores do teste de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>	31
Quadro 5: Distribuição dos Enfermeiros respondentes por instituição.....	35
Quadro 6: Análise de Peritos e Sugestão de Alterações à Tradução da CNLSES®.....	38
Quadro 7: Resultado da equivalência e da análise de peritos - Questionário sobre a confiança dos enfermeiros líderes clínicos – Versão Portuguesa (CNLSES-PT)	39-40
Quadro 8: Fórmula de <i>Sturges</i>	42
Quadro 9: Características Sociodemográfica da Amostra (n = 329) em frequência e percentagem	42-43
Quadro 10: Tempo de Atividade Profissional na instituição	46
Quadro 11: Tempo de Atividade Profissional no Serviço Atual.....	46
Quadro 12: Correlação de Pearson do Teste reteste	47
Quadro 13: Valores de coeficiente de fiabilidade para cada dimensão do CNLSES-PT.....	48
Quadro 14: Eigenvalue e Variância Explicada dos Fatores.....	49
Quadro 15: Valores de coeficiente da Análise Fatorial	50-51
Quadro 16: Redefinição das dimensões para o CNLSES-PT.....	52
Quadro 17: Coeficiente de correlação linear de Pearson.....	54

INTRODUÇÃO

O modelo de saúde atual baseia-se em padrões de cuidados hierárquicos que impedem os profissionais de demonstrar na totalidade as suas capacidades, conhecimento e motivações no desempenho dos cuidados.

Tendo por fim, proporcionar cuidados de qualidade ao cliente, a liderança de enfermagem desempenha um papel central, sendo o fenómeno central da prática do líder clínico em enfermagem é a liderança clínica contínua, que envolve quatro atividades fundamentais: facilitar a comunicação contínua eficaz; fortalecimento das relações intra e interprofissionais; construção e manutenção de equipas; e envolvimento do pessoal de apoio (Baernholdt & Cottingham, 2011). Por conseguinte, o enfermeiro líder clínico é necessário em todos os ambientes e em todos os níveis da hierarquia organizacional (OCDE, 2017; ACN, 2015), tornando-se pertinente avaliar a confiança destes enfermeiros na sua função.

Tendo em conta a inexistência de uma escala validada para a população portuguesa, decidimos com este estudo efetuar a adaptação cultural e linguística de *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders* - CNLSES®. Para além desta motivação surge a motivação pessoal, pois além de contribuir para um aprofundamento do conhecimento sobre a temática irá contribuir para a melhoria da gestão de cuidados e da equipa onde trabalho.

Assim, elaborou-se a presente dissertação de natureza científica, no âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com vista a obtenção do grau de mestre.

O nosso objetivo geral deste trabalho foi adaptar culturalmente e linguisticamente para a cultura portuguesa a *Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders*®, dando origem à versão portuguesa da mesma. Como objetivos específicos descrevemos os seguintes:

- Traduzir e adaptar os 56 itens do questionário *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders* (CNLSES) para a cultura portuguesa;
- Determinar as propriedades psicométricas da CNLSES na versão portuguesa.

A nossa pergunta de investigação é: *Será que a Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders® apresenta características psicométricas para população portuguesa?*

O enfermeiro necessita de orientação especializada de avaliar e fornecer o cuidado com as outras responsabilidades do papel da enfermagem, uma vez que por um lado a eficácia do enfermeiro depende da sua competência, e por outro de um ambiente facilitador que contenha recursos suficientes para cumprir metas (Huber, 2010).

Desta forma, a Gestão em Enfermagem surge como uma estratégia importante e primordial para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde e para o ambiente da prática profissional de enfermagem (Regulamento nº 76/2018).

Assim, os gestores estão, cada vez mais, a serem desafiados a encontrar modelos operacionais de organização de cuidados de enfermagem garantindo a sua segurança e a qualidade. O ambiente organizacional requer aptidões, coragem e motivação para mover uma visão de competências de relacionamento interpessoal e aplicação do processo de resolução de problemas, ou seja, capacidade de pensar criticamente, para identificar problemas e desenvolver maturidade (Huber, 2010). Neste trabalho será esplanada modelos de cuidados de enfermagem onde é descrito o seu contributo para a qualidade e segurança nos cuidados e a centralização do cliente, como foco principal. Destacam-se a perspetiva de Donabedian (2003) - *Modelo de Estrutura, Processo e Resultado*; Irvine, Sidani & Hall (1998) desenvolveram o modelo conceptual – *Modelo de Efetividade de Cuidados de Enfermagem*; o modelo desenvolvido por Mitchell et al. (1998) - *O Modelo de Resultados de Qualidade em Saúde*; Dubois, et.al (2012) desenvolveram o *Modelo de Organização de Cuidados de Saúde*; Kitson, et al (2013) no desenvolvimento mais recente do *Modelo Cuidado Centrado na Pessoa*.

Para uma melhor delimitação do problema desenvolveu-se uma *Scoping Review* segundo *Joanna Briggs Institute* (2015). O nosso objetivo da *Scoping Review* foi analisar e mapear a evidência científica acerca da confiança dos enfermeiros no desenvolvimento de competências associadas a prática de líder clínico. Esta revisão scoping teve como *guidelines* a metodologia proposta pelo JBI para revisões scoping (Peters et al, 2015). De acordo com o *Instituto Joanna Briggs*, deve ser realizado como um exercício preliminar antes da realização de uma revisão sistemática, que consiste numa busca primária nas bases de dados. Nessa pesquisa inicial do banco de dados JBI em *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Cochrane Library*, MEDLINE e CINAHL revelou que não houve revisão scoping (publicada ou em execução) sobre este tema.

Da pesquisa efetuada obtiveram-se 264 artigos publicados e 1 artigo não publicado. Após remoção dos duplicados, foram identificados 192 registos de estudo. Um total de 90 documentos preencheram os critérios de inclusão, com base nos títulos e 24 preencheram os critérios de inclusão dos resumos. Destes artigos elegíveis excluíram-se 7 segundo dois critérios: Incapacidade de obter texto completo (3), outros porque o artigo refere o conceito, mas não o desenvolve (2) e outro pela população alvo (1). Assim, obtiveram-se 12 artigos. Em apêndice 1 surge o fluxograma do PRISMA, onde se apresenta as diferentes etapas de pesquisa do Scoping Review.

O presente trabalho de investigação é composto por duas partes. A primeira consiste no enquadramento teórico que é constituído por três capítulos: o enfermeiro líder clínico; gestão e liderança em enfermagem e tradução e validação de uma escala. Na segunda parte deste trabalho, apresenta-se a investigação empírica realizada. Contém os seguintes capítulos: a metodologia do estudo que engloba o tipo de estudo; população; instrumento de recolha de dados; procedimentos ético-legais; a apresentação e análise de dados onde é explanado a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra e a análise das propriedades psicométricas da escala CNLSES-PT; e as conclusões.

Por fim, apresenta-se as referências bibliográficas que seguem as normas da *American Psychological Association* (APA), conforme descritas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2018) e os respetivos apêndice e anexos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- ENFERMEIRO LÍDER CLÍNICO

O interesse político da força de trabalho em saúde tem aumentado, de modo a colmatar a escassez de profissionais, a melhorar o acesso a cuidados centrados nos clientes e a reduzir custos. Os decisores políticos, estão cada vez mais, a reconhecer a necessidade de alinhar o tamanho, a composição, as competências e o desempenho de suas forças de trabalho com o aumento e diversificação das necessidades da população no contexto de sistemas de saúde (Maier, Aiken & Busse, 2017). Como estratégia é fazer avançar os papéis dos enfermeiros expandindo as suas atividades clínicas.

O International Workforce Forum em Beirute em 2019, confirmou uma realidade sobre o estado atual da força de trabalho de enfermagem do mundo, alertando para uma questão urgente que é a saída de enfermeiros, pilares do sistema de saúde, sem a integração de novos elementos, acrescentando que é necessário implementar ações para promover ambientes de trabalho positivos e de apoio, incluindo financiamento justo, equipas seguras, e o desenvolvimento profissional (Internacional Council of Nurses, 2019).

Muitos países introduziram o NP (Nurse Practitioners) e o APN (Advanced Practice Nurses) em programas académicos para formar enfermeiros nestes novos papéis. Enquanto um número crescente de países está a implementar reformas para expandir a formação dos enfermeiros, há informações limitadas internacionalmente sobre o tamanho dessa força de trabalho, variando entre países. Nos países onde os enfermeiros registados ou os enfermeiros em funções avançadas são profissões regulamentadas com registo obrigatório (como Portugal) os dados estão geralmente disponíveis em fontes autorizadas, como órgãos reguladores (Ordem dos Enfermeiros - OE). Os países com maior experiência na integração de NP / APN em seus sistemas de saúde incluem: Estados Unidos da América (EUA), Canadá, Reino Unido, Holanda, Finlândia, Austrália, Nova Zelândia e Irlanda (Maier, Aiken & Busse, 2017).

Por seu turno, o termo “prática avançada em enfermagem” apareceu pela primeira vez na literatura de enfermagem nos anos 80. No entanto, ainda existem dificuldades em fornecer uma definição concisa e clara, decorrente do fato de estas abrangerem uma ampla (e crescente) variedade de competências e práticas. A nível internacional, alcançar um amplo consenso sobre a definição de prática de enfermagem é ainda mais difícil, já que os países estão em estágios diferentes na implementação dos papéis. Nos países que estão a começar a considerar extensões para os papéis tradicionais dos enfermeiros, algumas novas práticas podem ser consideradas “avançadas”, enquanto essas mesmas práticas não são consideradas nos países que começaram mais cedo (Delamare & Lafortune 2010).

No Reino Unido o *International Council of Nurses* (ICN), na Austrália a *Australian Nursing and Midwifery Council* (ANMC), no Canadá a *Canadian Nurses Association* (CNA), na Irlanda a *National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery* (NCNM), nos EUA a *Consensus Work Group and National Council of State Boards of Nursing* (APRN) definiram o conceito de prática avançada em enfermagem. É transversal a todos os países acima citados, que a enfermagem avançada envolve a aquisição de conhecimentos e competências clínicas avançadas de maior profundidade, complexidade de pensamento crítico e papéis mais autônomos, de modo a atender as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e população. É unânime o uso de competências desenvolvidas na avaliação, no diagnóstico, no planejamento, na implementação e na avaliação dos cuidados necessários (Delamaire & Lafortune 2010; Maier, Aiken & Busse, 2017). A ANMC acrescenta que os cuidados são centrados na relação enfermeiro-cliente de modo a alcançar resultados positivos, bem como a resolução de problemas e tomada de decisões. Por seu turno, a CNA e o NCNM adicionam a constituinte de compreender, interpretar e aplicar a teoria e pesquisa em enfermagem. Quer o NCNM quer o APRN definem que a prática avançada promove o bem-estar, desenvolve intervenções de saúde e de estilo de vida para clientes, suas famílias e cuidadores em uma ampla variedade de ambientes, em colaboração com outros profissionais de saúde, de acordo com as diretrizes da investigação e da prática. O NCNM acrescenta o conceito de liderança e gestão onde encoraja uma abordagem multidisciplinar na qualidade do atendimento ao cliente, sendo esta realizada por profissionais experientes, autônomos, competentes e responsáveis (Delamaire & Lafortune 2010).

O Institute of Medicine coloca a prática do líder clínico em enfermagem como estratégia inovadora para enfrentar o desafio do sistema de saúde (Institute of Medicine, 2011). Assim, surge nos EUA, um novo papel de enfermagem, o *Clinical Nurse Leader* (CNL), que foi desenvolvido em resposta a estes e outros relatórios (Baernholdt & Cottingham, 2011).

Por conseguinte, a definição de enfermeiro líder clínico é uma função emergente na enfermagem criada pela American Association of Colleges of Nursing (AACN) em colaboração com alguns gestores, surgindo oficialmente em 2003 (AACN, 2007). Este papel de enfermeiro líder clínico surge da necessidade de se desenvolver duas forças de trabalho na enfermagem: (1) a melhoria da qualidade dos cuidados ao cliente e; (2) a preparação de enfermeiros na organização de cuidados de enfermagem, com as competências necessárias para triunfar no atual e no futuro sistema de cuidados de saúde (Stavrianopoulos, 2012).

Como um provedor de cuidados de saúde e líder que funciona de forma autônoma e como um membro de uma equipa de saúde interdisciplinar, o enfermeiro líder clínico é **responsável** pela sua própria identidade e prática profissional. Os enfermeiros líderes clínicos detêm

caraterísticas e competências essenciais e cruciais para a sua função, uma vez que com a autonomia e iniciativa projeta e implementa cuidados, sendo responsável por melhorar os resultados de cuidados, a qualidade e relação custo-eficácia. As qualidades incluem a compaixão, inteligência e confiança (Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN, 2013). A inteligência e a capacidade de trabalhar com os outros sob estresse são caraterísticas também descritas por Sotomayor & Rankin (2017).

O Enfermeiro líder clínico trabalha ao nível de unidade, sendo responsável pela coordenação entre disciplinas, gestão dos resultados clínicos, com especial incidência na promoção da saúde e na prevenção de doenças nas populações e implementação de programas para a melhoria da qualidade clínica e gestão de riscos (Gerrish et al., 2011). A sua prática desenvolve-se ao **nível de microssistemas**, uma vez que são prestadores de cuidados diretos, e para além desta função são **responsáveis pelos resultados** dos cuidados dos clientes em um sistema de saúde. Para Sotomayor & Rankin (2017) o enfermeiro líder clínico têm uma visão para a função e para medir o impacto dos cuidados, bem como pensamento crítico e habilidade para a revisão dos resultados dos clientes e no ensino/gestão de mudanças e práticas baseadas em evidências. Assim, impulsionam a qualidade e são ativos (Clavo-Hall, Bender, & Harvath, 2018; Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN, 2013).

Como **gestor de cuidados**, coordena as atividades de cuidados diretos de outros profissionais da equipa de enfermagem e de saúde, fornecendo a integração de cuidados dentro de um microssistema. Cada plano inclui não só, atividades clínicas para atender as necessidades do cliente, mas também atividades organizacionais - **gestão do ambiente** de cuidados (coordenação da equipa e estratégias para fazer a mudança) (AANC, 2007; AACN, 2013; Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012). Os resultados do cliente são a medida da **prática de qualidade e segurança**, ou seja, o desempenho do enfermeiro líder clínico será medido pelo grau em que consegue melhorar os resultados clínicos e o custo em indivíduos e grupos de clientes dentro de uma unidade. Antecipam, avaliam e mitigam riscos, tendo sempre uma estratégia em vista, sendo capazes de resolver problemas do sistema, envolver partes interessadas, e perceber o que é determinável e justificável alterar (Clavo-Hall, Bender, & Harvath, 2018; Sotomayor & Rankin, 2017; Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN, 2013).

Por seu turno, a **prática baseada em evidência** é a diretriz do perfil do enfermeiro líder clínico. A experiência prática na divulgação de conhecimento clínico, garante que as implementações de novas evidências se tornam incluído na prática, bem como o uso de pensamento crítico (Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; AANC, 2007). O **cuidado é centrado no cliente**, sendo o problema discutido com o mesmo e com a restante

equipa chegando a acordo, tornando o ambiente de cuidados mais calmo (ACN, 2015; AACN, 2013; OCDE, 2018).

A literacia em saúde é o fundamento da independência, promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo estas características de excelência na prática da enfermagem. O enfermeiro líder clínico é responsável pela **promoção da saúde / redução de riscos**, uma vez que, utiliza a **gestão do conhecimento** para compreender as relações de causa e efeito, incluindo a cultura, a etnia e variações socioeconómicas que afetam o estado de saúde e a resposta aos cuidados (Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013). Este enfermeiro serve como um **gestor de informação**, com resultados de pesquisa do conhecimento e sobre recursos de informação de saúde. Wesolowski et. al. (2014) acrescentam que este é um membro de uma profissão, um líder de equipa, gestor de informação, analista de sistemas/antecipador de risco, sem deixar de ser um clínico (Wesolowski, Casey, Berry, & Gannon, 2014; Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013).

Como **advogado e educador** o enfermeiro ajuda os clientes a adquirir, interpretar e utilizar informações relacionadas aos cuidados, doença e promoção da saúde (ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013). Relativamente a estas competências desenvolvidas, Sorbelllo (2010) refere que o enfermeiro líder clínico conhece o cliente como pessoa, mantém-lo seguro, tem orgulho das suas realizações e o respeito obtido pelos outros, além de ser um advogado (Sorbelllo, 2010). Esta descrição é corroborada por Perry acrescentando que o enfermeiro líder clínico é advogado do cliente, combate a fragmentação dos cuidados, serve como unificador entre as diferentes disciplinas, melhora a segurança, tem pensamento crítico, comunicação e fortes habilidades de avaliação (Perry, 2013).

O enfermeiro líder clínico na sua função deve ter uma compreensão de **sistemas de informação** e linguagens padronizadas, uma vez que se relaciona com a melhoria dos resultados clínicos, medidas de desempenho contínuo, suporte à tomada de decisão e da prática baseada em evidência (ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013).

Gerir os cuidados de uma população clínica ou grupo pode ser comparado a administrar uma pequena empresa, uma vez que requer uma compreensão dos custos dos cuidados de saúde para aumentar a eficiência na prestação de cuidados, levando a conhecimento de **finanças e regulação em saúde** (ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013). Ferramentas para análise de risco, como por exemplo, análise de avaliação, análise de causa raiz, metodologias de melhoria da qualidade e do uso potencial de grandes conjuntos de dados, são conceitos importantes no reportório do enfermeiro líder clínico. As abordagens inovadoras e a avaliação da eficácia do papel com medidas de resultados clínicos e poupança financeira são algumas

das suas metas (Wilson et al., 2013; Sotomayor & Rankin, 2017; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013).

O enfermeiro líder clínico é um líder no sistema de prestação de cuidados de saúde, da equipa, em todos os contextos em que os cuidados são prestados. O papel de socialização e **liderança** requer prática, tais como habilidade na aquisição de conhecimento, trabalho em grupo, gestão de mudança e difusão de novos conhecimentos para outros profissionais de saúde (ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013). Deste modo, ao avaliar o papel da melhoria da qualidade das populações, da prática baseada em evidência e do pensamento de sistemas de saúde, Bombard e outros autores (2010) destacam particular ênfase na liderança e na mudança (Bombard et al., 2010). Bender, Williams & Su (2016) e Clavo-Hall, Bender & Harvath (2018) comprovam o que foi anteriormente referido, dando ênfase a um tipo de liderança – transformacional - à prática profissional exemplar e aos novos conhecimentos, destacando a inovação. Enfoca também a capacidade de liderança clínica, liderança de equipa, gestão de informações, gestão de recursos e acrescenta a defesa não só dos clientes como das comunidades e dos programas de saúde, apresentando potencial para a prática em novos ambientes ou com populações únicas (Bombard et al., 2010; Bender, Williams & Su, 2016; Clavo-Hall, Bender & Harvath, 2018).

O **altruísmo, responsabilidade, dignidade humana, integridade e justiça social** são os valores orientadores da profissão de enfermagem (AACN, 2007). Houskamp (2013), ressalta o cultivo de relacionamentos, ser modelo, o desafio, a visão, ser ativo, a construção de relações de confiança, criatividade e curiosidade. Bombard e outros (2010) corroboram relatando como características, ser um enfermeiro que desenvolve atividades como, o promover, o nutrir, o testar, o explicar, o reexplorar, o analisar e o avaliar. Como o profissional de saúde responsável da gestão da unidade ou populações, assume a responsabilidade para lidar com variações nos resultados clínicos entre vários grupos, incluindo os mais vulneráveis (ACN, 2015). Como um líder e parceiro com outros membros da equipa de saúde, este, busca a colaboração e consulta com outros profissionais de saúde como necessárias na conceção, coordenação e avaliação dos resultados dos cuidados do cliente. **Autoconhecimento e autoavaliação** são utilizados para melhorar as relações profissionais, melhorar a comunicação e melhorar a qualidade dos resultados de cuidados (ACN, 2015; Guilmartin & Nokes, 2015).

O enfermeiro líder clínico está comprometido com a **aprendizagem ao longo da vida** e disposto a assumir a responsabilidade para o planeamento de uma carreira profissional. Como comprometido profissionalmente para a aprendizagem ao longo da vida, é capaz de definir o seu percurso profissional por experiências académicas e estruturadas para a melhoria

contínua da prática e melhores resultados práticos (Wesolowski, Casey, Berry, & Gannon, 2014; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN, 2013).

Os enfermeiros líderes clínicos estão a fortalecer o cuidado centrado no cliente através de uma equipa de aproximação, uma vez que, liderando os processos dos cuidados, estes são capazes de sintetizar as melhores práticas de todas as disciplinas e alcançar resultados aperfeiçoados em favor do bem-estar do cliente quebrando com as tradições fechadas da centralização disciplinar (Stavrianopoulos, 2012). Em suma, é um enfermeiro de prática avançada que desenvolve habilidades de pensamento e avaliação crítica essenciais para promover a prática baseada em evidência. Posteriormente, usa evidências para apoiar a tomada de decisão em relação ao cuidado, bem como para influenciar a equipa e as práticas organizacionais (Gerrish et al., 2011; AACN, 2013). Assim, as competências essenciais da prática do enfermeiro líder clínico são organizadas em três domínios: (a) liderança de enfermagem na gestão de atividades de coordenação de cuidados, (b) gestão de resultados clínicos para promover a prática baseada em evidência e a tomada de decisões e (c) gestão para promover qualidade e segurança (Gilmartin & Nokes, 2015; Gilmartin, 2014).

Nos EUA os enfermeiros líderes clínicos são graduados em enfermagem ao nível de mestrado com as competências e conhecimentos para criar mudanças dentro de sistemas complexos e melhorar os resultados enquanto eles continuam sendo prestadores de cuidados diretos (OCDE, 2017).

Ao introduzir um novo papel em qualquer sistema de saúde é necessário delineá-lo de outros papéis de enfermagem. Comparado com um papel típico da enfermeira dos EUA, o enfermeiro líder clínico tem competências e conhecimento no nível graduado. Comparado com as NP e CNS, o enfermeiro líder clínico é um generalista, enquanto o CNS e NP são especializados (OCDE, 2017; AACN, 2013). O enfermeiro líder clínico também tem, em geral, um conhecimento mais sólido do financiamento de cuidados de saúde, qualidade, segurança e estatística. Outra diferença das funções NP e CNS é que a função do enfermeiro líder clínico inclui componentes de gestão (OCDE, 2017). Para ser um líder de equipa eficaz carece de conhecimento sobre os princípios de gestão, mas o enfermeiro líder clínico não tem a responsabilidade de um gestor da unidade de enfermagem (Baernholdt & Cottingham, 2011). Ao comparar o papel com outros papéis avançados, é importante notar que existe uma grande variação na forma como os sistemas de saúde em todo o mundo definem o papel do NP e do CNS. As diferenças são encontradas tanto no âmbito da prática quanto nas exigências académicas. Alguns países argumentam que o foco recente na melhoria dos sistemas de saúde e da qualidade deve ser usado para solidificar o papel NP. Outros, porém, ponderam sobre como alcançar o objetivo de trazer os enfermeiros de prática avançada para o nível de pós-graduação. Países como o Canadá, Paquistão, Hong Kong e Holanda oferecem graus de

mestrado para NPs, enquanto o Reino Unido tem uma mistura de cursos de NPs oferecidos no nível de pós-graduação e graduação, dependendo do ambiente académico (OCDE, 2017). As diferenças na investigação e na educação de enfermeiras de prática avançada enfatizam a importância de considerar o que já está em vigor antes de introduzir uma nova educação (Baernholdt & Cottingham, 2011; OCDE, 2017).

O enfermeiro líder clínico tem sido estudado em vários pontos do mundo e é apontado como uma parceria inédita entre a escola e a prática tanto para formar a nova geração de enfermeiro líder, bem como para redesenhar o ambiente em que este líder se desenvolve. Este enfermeiro destaca-se como uma estratégia inovadora de enfermagem para a reestruturação de serviços de prestação de cuidados, promovendo a melhoria da qualidade (Stavrianopoulos, 2012; Gerrish et al., 2011; Wesolowski et. al., 2014; Bombard et al., 2010). Todos os relatórios e estudos descrevem os melhores resultados de qualidade, após a introdução do papel em um microssistema de prestação de cuidados. Acrescentam-se evidências que este enfermeiro deve ser apoiado de forma a melhorar a confiança e a qualidade dos cuidados, sempre que o papel é implementado. Um outro achado consistente foi que o enfermeiro líder clínico, ainda está a lutar para definir o papel para si e para o espectro de cuidados de saúde em geral (Bender, 2014).

Em Portugal, segundo o artigo 4º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, a “qualificação de enfermagem é estruturada em títulos de exercício profissional, em função de níveis diferenciados de competências, e tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos adquiridos ao longo da formação” (Decreto-Lei n.º 248/2009, 2009, p.6761). Para além da prestação de cuidados – área clínica – os enfermeiros também se podem incluir no ensino, na investigação e na gestão (Decreto-Lei nº 161/96, 1996). Para mais, a profissão de enfermagem compreende em duas categorias: em enfermeiro (enfermeiros profissionais de prestação direta de cuidados, enfermeiros especialistas numa área de enfermagem clínica e **enfermeiros de assessoria da organização interna do serviço e/ou unidade: responsável de equipa**) e enfermeiro principal (gestores e consultores). Cada uma dessas categorias tem definido o seu conteúdo funcional, sendo a legislação aplicável quer aos enfermeiros em regime de contrato individual de trabalho, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Decreto-lei 247/2009, 2009), quer aos que estão integrados na carreira especial de enfermagem, constituída por contrato de trabalho em funções públicas (Decreto-lei 248/2009, 2009).

O foco dos enfermeiros desta investigação são os enfermeiros de assessoria da organização interna do serviço e/ou unidade, conhecido por responsável de equipa/turno. Quem são estes enfermeiros? São enfermeiros sem posto de trabalho?

A legislação que suporta a prática do enfermeiro destaca esta função importante e crucial no mundo do trabalho. Vejamos a legislação de suporte de seguida.

O enfermeiro para o exercício das suas funções, segundo o estatuto da OE, Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 156/2015 de 16 setembro, no 100.º artigo: Dos deveres deontológicos em geral, assume o dever entre outras de “b) **Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega**” (...) “e) **Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional**” (Lei nº 156/2015, 2015, p. 8078-8079), corroborando assim, duas competências acima citadas do enfermeiro líder clínico (Wesolowski, et. al., 2014; ACN, 2015; AANC, 2007; AACN, 2013).

No perfil de competências para enfermeiro de cuidados gerais, definidas no regulamento 190/2015, de 23 de abril, 6º artigo: **Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados**, são explanadas as competências do enfermeiro profissional no domínio da prestação e gestão de cuidado. Ao terminar a licenciatura em enfermagem, este deve entre outros : a) atuar de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; b) contribuir para a promoção da saúde; c) utilizar o processo de enfermagem; d) estabelecer comunicação e relações interpessoais eficazes; e) promover um ambiente seguro; f) promover cuidados de saúde interprofissionais; g) delegar e supervisionar tarefas. Estas características são as supracitadas quando definido o enfermeiro líder clínico (ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013). No domínio B, nomeadamente em B1, são descritas algumas características que se destacam como aplicação do conhecimento nos cuidados de saúde, apresentando informação de forma clara e sucinta, utilização da prática baseada em evidência, participação em discussões de inovação e mudança na disciplina de enfermagem e nos cuidados de saúde, o uso de pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas, tomando decisões, organização do seu trabalho, prestando cuidados seguros (Regulamento 190/2015, 2015).

No entanto, apesar do enfermeiro já ter competências na área da gestão do microsistema e dos cuidados que desempenha e delega, acrescenta-se o Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro, em que define as Competências Comuns para o Enfermeiro Especialista, e no 4º artigo (domínios das competências comuns) define 4 domínios de competências comuns: **responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento nº 122/2011, 2011). Estas competências acrescentam o papel do enfermeiro líder clínico, uma vez que desempenha um papel dinamizador e de suporte na área da governação clínica, elabora, gere e participa em programas de melhoria contínua da qualidade, mantém ambiente seguro e terapêutico, é gestor de cuidados, articula com equipa multidisciplinar e adequa a liderança e a gestão dos recursos ao contexto, desenvolvendo o

autoconhecimento, baseando, assim, a prática em conhecimento científico (ACN, 2015; AANC, 2007; AACN; 2013).

O enfermeiro responsável de turno, como Costa (2004) refere, é o líder de equipa, responsável interno, apesar de não existir oficialmente uma categoria atribuída, é valorizada pela equipa e sistema de saúde português. Este autor acrescenta que é uma relativa autoridade técnica e social na gestão do contexto de trabalho. Segundo Pinheiro (1994) citado por Costa (2004) o responsável por turno planifica e distribui os cuidados, pelos membros da equipa de forma a otimizar a equipa e assegurar os resultados - a qualidade e segurança, é responsável pela tomada de decisões intra e entre equipas, bem como a coordenação de trabalho. O líder da equipa tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão. De facto, esta responsabilidade é sucessivamente delegada a escalões intermédios e de base, descentralizando-a sua concentração da figura da chefia de enfermagem – responsável de turno (Costa, 2004).

O parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica 2016-2019, acerca da atribuição do responsável de turno é conclusiva, que o enfermeiro responsável de turno deve deter um conjunto de competências que abarcam as competências de enfermeiro e de competências comuns de especialidade, acrescentando que a especialidade na área do serviço é uma mais valia. Acrescenta que os critérios de escolha dos responsáveis de turno devem ser claros permitindo uma gestão equilibrada e a atribuição desta função deve ser a um enfermeiro com especialidade dado o seu conhecimento e competências, e, caso não exista, deverá ser o enfermeiro de cuidados gerais com competência para a função (OE, 2017). Tal como Costa afirma, normalmente é designado de entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço, e que embora não corresponda a nenhuma categoria oficialmente estabelecida (Costa, 2004).

Tal como foi referido anteriormente, o enfermeiro líder clínico é responsável pela gestão dos cuidados a prestar aos clientes, de forma a mantê-los satisfeitos, bem como dar-lhes as ferramentas em parceria com a sua equipa de enfermagem que lhes permita cuidar de si mesmos. É também responsável por gerir e coordenar as atividades das suas equipas e as suas respetivas funções, ou seja, trabalha em parceria com os enfermeiros da prática de cuidados e outros profissionais, bem como com os clientes e a com sua família (Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012). Tendo em conta esta definição, o enfermeiro líder clínico, em Portugal, desempenha funções tais como as desempenhadas pelo enfermeiro responsável de equipa, uma vez que desempenha as suas funções dentro de um microsistema e assume a responsabilidade pelos resultados de saúde para um grupo

específico de clientes dentro de uma unidade através da aplicação da informação baseada em evidência de modo a planear, implementar e avaliar planos de cuidados do cliente. O enfermeiro líder clínico projeta, implementa e avalia o cuidado ao cliente, coordenando, delegando e supervisionar os cuidados prestados pela equipa de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 161/96, 1996; Decreto-Lei n.º 248/2009; Regulamento nº 122/2011, 2011; Lei nº 156/2015, 2015; Regulamento 190/2015, 2015; OE, 2017).

Segundo autores como Baernholdt & Cottingham (2011), Stavrianopoulos (2012) e a OCDE (2017) o papel inovador pode ser adaptado em todo o mundo para melhorar a qualidade e segurança dos sistemas de saúde (Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrianopoulos, 2012; OCDE, 2017). No entanto, um indicador geral da disponibilidade de pessoal de enfermagem é a proporção de enfermeiros na população. Dados anuais colhidos e publicados pela OCDE fornece um perfil da taxa de enfermeiros em relação à população em todos os países. No último relatório *Health at Glance*, a média dos países da OCDE na proporção entre médico e enfermeiro era de 2,8. Assim, para alcançarmos um padrão internacional, e, corroborando com os autores do livro “Saúde 2040”, a proporção de enfermeiros por médico deveria aumentar em Portugal 31% nos próximos 25 anos, passando de apenas 1,39 (2014), um dos rácios mais baixos da (OCDE), para 1,82 em 2040. Para tal, seria necessário um crescimento de 26% do número de enfermeiros por mil habitantes, até 2040 (Buchan et. al., 2013; OCDE, 2017; Lopes et. al. 2018).

Tal como nos refere no relatório da OCDE em 2017, a integração de funções avançadas de enfermagem na prática requer a habilitação de *governance*, políticas de financiamento, combinadas com suporte ao nível organizacional (OCDE, 2017). A implementação de funções avançadas para enfermeiros nos cuidados gerais requer mudanças de políticas e regulamentação das profissões, bem como mudanças nos sistemas de financiamento e pagamento (Temido & Dussault, 2015; OCDE, 2017; Buchan et. al., 2013). No entanto, para além das políticas de regulação e financiamento, a utilização na prática também depende das organizações individuais de saúde (Buchan et. al., 2013; OCDE, 2017). Na compreensão clara dos novos papéis dos enfermeiros pelos cuidados de saúde, os gestores e o suporte de liderança é que determinam sua aceitação em cada ambiente (OCDE, 2017). O papel dos gestores de saúde é fundamental para enfatizar o valor agregado de tais novos papéis profissionais, e permitir o trabalho de apoio no ambiente e estruturas de gestão dentro da organização (Buchan et. al., 2013; OCDE, 2017).

Portugal pode aprender com iniciativas implementadas em outros países, analisando como as políticas foram adotadas para alavancar mudanças, lidando com constrangimentos e fatores facilitadores (Buchan et. al., 2013; Temido & Dussault, 2015). Sabendo que o Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, tem como modelo o *Nacional Health Service*

(NHS) levou-nos a comparar Inglaterra como uma possível aprendizagem política/económica para Portugal (Temido & Dussault, 2015). Em Inglaterra, a profissão de enfermagem compreende dois níveis de prática: enfermagem (enfermeiros profissionais) e a enfermagem de prática avançada (inclui profissionais de enfermagem, especialistas em enfermagem clínica, enfermeiros consultores e matronas), sendo orientado para o nível da prestação direta de cuidados (Delamaire & Lafortune 2010; Maier, Aiken & Busse, 2017). Enfermagem de nível avançado não é enquadrada dentro de um programa académico formal, nem está sujeita a um licenciamento profissional específico (Temido & Dussault, 2015). Assim, e comparando com o contexto português, faz todo o sentido a implementação homologação, uma vez que o enfermeiro que desempenha este papel já existe, mas não é reconhecido como tal (Costa, 2004).

Apesar das evidências mostrarem que uma mistura de competências da força de trabalho pode contribuir para melhorar a eficiência da prestação de serviços de saúde, em Portugal, o consenso mínimo necessário para tornar a permuta possível ainda está para ser construído (Temido & Dussault, 2015). É necessária uma visão de longo prazo da evolução do sistema de saúde dos formuladores de políticas e um forte compromisso das partes interessadas, uma vez que os recursos humanos para o desenvolvimento de estratégias de saúde exigem mais do que uma perspectiva de curto prazo (Temido & Dussault, 2015; Buchan et. al., 2013).

Bombard (2010) apresenta que o reconhecimento pelos enfermeiros e pela instituição é um trampolim para estabelecer a credibilidade e autoconfiança dos mesmos. Clavo-Hall, Bender, Harvath (2017), reitera o autor anterior referindo que os dados sugerem que muitos enfermeiros líderes clínicos certificados não estão a praticar formalmente as suas funções para a qual estão intitulados ou designados, o que leva à diminuição da confiança no papel. Sorbello (2010) acrescenta que o enfermeiro líder clínico precisa de ser reconhecido, compreendido e afirmado. No entanto, temem que seu papel seja tirado da cabeceira do cliente, diluído com projetos adicionais, ou eliminados como resultado de restrições económicas dentro de suas organizações, diminuindo assim a sua confiança no desempenho da sua função. Os enfermeiros de prática avançada com grau de mestre sentem-se mais confiantes na sua capacidade de apoio aos colegas e da prática baseada em evidência. No entanto, tal como refere Gerrish et al (2010), embora os enfermeiros de prática avançada estivessem confiantes de que tinham influência positiva sobre a prática dos colegas, há uma falta de evidência que demonstra claramente o seu impacto. É então que na revisão da literatura surge o artigo de Gilmartin & Nokes (2015), onde apresenta uma escala de avaliação da autoconfiança dos enfermeiros líderes clínicos – CNLSES®, oferecendo uma ferramenta para medir a confiança dos enfermeiros com o desempenho das competências básicas associadas ao papel. Gilmartin em 2014, num outro estudo, menciona que a autoconfiança é um importante preditor de transições de carreira bem-sucedidas, isto é, torna-se importante a

confiança dos enfermeiros líderes clínicos na sua capacidade de atuar no papel, promovendo o desempenho geral, a satisfação no trabalho e a retenção dos enfermeiros que executam esse papel inovador de liderança clínica (Gilmartin, 2014).

Gilmartin (2014) afirma que as transições de funções implicam dois processos de ajuste interdependentes: desenvolvimento pessoal e desenvolvimento de papéis. A prática do enfermeiro líder clínico, por definição, exige que os indivíduos façam transições de carreira, cada vez mais complexos. A contratação de enfermeiros líderes clínicos é uma abordagem eficaz para organização cuidados de enfermagem, maximização da investigação e influencia as formas de prestação de cuidados por todas as profissões no microssistema. Esta transição é um processo contínuo, em que a idade, o grau académico e a experiência de profissional pode ser um catalisador de mudança e sabedoria (Gilmartin, 2014; Bender, Williams, Su, 2016; Bombard, 2010).

Considerando que os enfermeiros de prática avançada são positivos sobre a sua capacidade para promover a prática baseada na evidência, há uma necessidade de melhorar o apoio, para ajudá-los a superar as barreiras que enfrentam, tais como a sobrecarga de trabalho e falta de tempo e recursos (Gerrish et al, 2010). Um desafio que os enfermeiros líderes clínicos enfrentam consistentemente é o equilíbrio entre as saídas e oportunidades. Facilmente identificam onde poderiam realizar contribuições adicionais para o cliente, a profissão, a instituição e a comunidade (Wilson et al, 2013). Assim, é importante que as instituições apoiem os enfermeiros e incentive-os na busca de caminhos que abracem as suas forças, permitindo que os enfermeiros capacitem não apenas a si mesmos, mas clientes e suas instituições (Perry, 2013). Quanto mais tempo o enfermeiro estiver a exercer a sua função na unidade, maior a percepção de práticas de liderança transformacional, aperfeiçoando a capacidade de melhoraria da qualidade, custo e segurança. A formação de enfermeiro líder clínico posiciona-o para a liderança clínica no microsistema e níveis de mesossistema (Sotomayor & Rankin, 2017; Houskamp, 2013).

2 – GESTÃO E LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança da prática dos cuidados e consequentemente ganhos em saúde. A OE, reconheceu a importância do exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros, de forma a assegurar a qualidade do exercício profissional e, aprovou o Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão (Regulamento nº76/2018, 2018) (Anexo I). Por definição, competências acrescidas avançadas são:

os conhecimentos, habilidades, e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências de enfermeiro especialista, a **perícia** fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de **intervenção avançada**, potenciando a promoção da qualidade da intervenção do enfermeiro especialista (Regulamento nº76/2018, 2018, p.3478).

O enfermeiro gestor, detém assim, conhecimento no domínio da enfermagem enquanto disciplina e profissão e mais especificamente no domínio da gestão. Tem uma visão da organização, que permite conhecer formal e informalmente a estrutura e o ambiente, permitindo analisar fatores facilitadores e constrangedores que interfiram com as atividades de planejar, executar, controlar e avaliar (OE, 2018). É o responsável pela segurança e qualidade de cuidados, mas também o promotor de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, oferecendo valor económico à organização e social aos enfermeiros com quem trabalha. Tendo em conta as competências relacionais desenvolvidas, exerce a sua tomada de decisão de forma ética e responsável, centrada no cuidado do cliente e dos resultados em saúde (OE, 2018; Regulamento nº76/2018, 2018).

No Regulamento nº 76/2018, estão apresentados os dois domínios da competência acrescida avançada em gestão: gestão; assessoria e consultadoria. No que concerne às competências do domínio da gestão emergem cinco áreas e as respetivas competências que são descritas a seguir:

- a) A prática profissional ética e legal (...) desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional;
- b) gestão pela qualidade e segurança (...) desenvolve um sistema de **gestão de qualidade** como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações;
- c) a **gestão da mudança**, desenvolvimento profissional e organizacional (...) adota estratégias de **liderança** que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização;
- d) o planeamento, organização, direção e controlo (...) operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes,

interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um **modelo facilitador** do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança;

- e) a **prática profissional baseada na evidência** e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (...) garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento nº76/2018, 2018, p. 3479).

Para mais, o artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, no n.º 2 determina que são "autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem" (Decreto-Lei nº 161/96, 1996, p. 2961); e o n.º 6 do artigo 9.º do REPE decreta que "os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (...)" (Decreto-Lei nº 161/96, 1996, p. 2961). Assim, gestão é definido como o processo de coordenação e integração de recursos por meio de atividades de planeamento, organização, coordenação, direção e controlo para alcançar metas e objetivos organizacionais específicos (Huber, 2010).

No entanto, ao longo das últimas décadas, políticas de contenção de custos na saúde e escassez de profissionais de enfermagem, têm impulsionado a busca por novos modelos operacionais de organização de cuidados, que maximize o uso dos recursos de enfermagem disponíveis, assegurando cuidados seguros e de alta qualidade. Ao consultar o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015), deparamo-nos com o enfoque na prestação de cuidados de saúde, acrescentando que estes requerem uma gestão atenta e inovadora dos vários e complexos aspetos humanos, técnicos e organizacionais, devido à necessidade permanente de adaptação dos profissionais (patologias, atos, diagnósticos e terapêuticas). O relatório "The Future of Nursing" (Institute of Medicine, 2011) destaca a necessidade de transformar os modelos de cuidados de enfermagem para um melhor aproveitamento dos escassos recursos e dos conhecimentos dos profissionais de enfermagem.

Assim, fazendo uma abordagem dos modelos conceptuais de cuidados de saúde em enfermagem, iniciamos pela perspetiva de Donabedian (2003). Esta autora descreve o seu trabalho sobre os elementos utilizados para avaliar e comparar qualidade dos cuidados de saúde - *Modelo de Estrutura, Processo e Resultado*. Este modelo sugere três indicadores para avaliar a qualidade dos cuidados, sendo estes: indicadores de estrutura (recursos materiais, recursos humanos e as características organizacionais), indicadores de processo (atividades que constituem os cuidados de saúde) e indicadores de resultados (resultados das alterações

atribuídas aos cuidados de saúde em indivíduos), revelando-se essencialmente linear, assumindo que as estruturas afetam processos, que por sua vez afetam os resultados (Donabedian, 2003). No entanto, este modelo sofreu alterações ao longo de décadas por outros autores.

O *Modelo de Resultados de Qualidade em Saúde* amplia o trabalho de Donabedian refletindo a dinâmica entre os vários componentes dos sistemas de cuidado. Mitchell et. al (1998) relacionaram múltiplos fatores que afetam a qualidade dos resultados em saúde, e propõem relações dinâmicas entre os indicadores, afetando consequentemente os vários componentes. Os resultados do Modelo de Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian são limitados a indicadores de morte, doença, incapacidade, desconforto e insatisfação. Neste novo modelo desenvolvido por Mitchell e outros, surge um impulso para incluir resultados mais positivos, como melhoria do estado de saúde, capacidade funcional e percepção da qualidade de vida (Mitchell, et. al, 1998). Assim, este modelo acrescentou as dimensões da percepção pelo cliente quer a nível físico, social, funcional, mental, bem como a sua percepção da saúde (experiência do cliente na saúde e na doença).

Concomitantemente, baseado no Modelo de Estrutura, Processo e Resultados e após testes empíricos e respetivas reformulações, Irvine, Sidani & Hall (1998) desenvolveram o modelo conceptual – *Modelo de Efetividade de Cuidados de Enfermagem*, contribuindo para a avaliação dos enfermeiros nos resultados dos cuidados de saúde. Quer as variáveis de processos quer as de resultados dos cuidados de saúde são influenciados pelas variáveis de estrutura: enfermeiros, clientes e organização de cuidados de saúde (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002). Aos enfermeiros associam-se variáveis como a experiência, o conhecimento e o nível de competência; aos clientes destacam-se variáveis como as características pessoais e associadas ao processo saúde/doença; à organização de cuidados de saúde, as variáveis focam-se no número de enfermeiros por turno, no rácio enfermeiro/cliente e na autonomia. As variáveis do modelo, no que concerne ao processo, referem-se aos domínios independente, interdependente e dependente do papel de enfermagem. Já as variáveis propostas pelos resultados passam pelo desempenho do papel, a capacidade cognitiva, a capacidade de realização das atividades de vida diária e a autonomia em casa (Doran, 2011; Irvine, et. al., 1998).

Este modelo acrescenta valor, uma vez que para além da análise dos resultados, foca-se no processo de cuidados de saúde e nas suas múltiplas variáveis associadas. No entanto, a atual dimensão de enfermeiros em Portugal é reduzida, o que se reflete não só na despesa do Estado, como na forma como as atividades são distribuídas nas unidades de saúde (Buchan, et al, 2013; OCDE, 2017; Lopes, et al., 2018). Analisando à luz do modelo citado, coloca-se em causa a efetividade de cuidados de enfermagem, uma vez que partindo da

ineficácia da variável estrutura - organização de cuidados de saúde (déficit no número de enfermeiros) - as variáveis de processos e resultados são fortemente afetadas.

O contexto, cada vez mais complexo do ambiente da prática dos cuidados de enfermagem, levou-nos a focar não só nas características dos enfermeiros, mas também dos clientes e no contexto em que os cuidados são prestados. Assim, Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke, Blais (2012) desenvolveram um modelo - *Modelo de Organização de Cuidados de Saúde* - defendendo que os resultados, tanto dos enfermeiros (saúde e segurança) como dos clientes (qualidade e segurança) são reflexo de três dimensões organizacionais que interagem entre si:

1. equipa;
2. prática baseada na evidência;
3. ambiente de trabalho (Dubois et al, 2012).

Relativamente à dimensão equipa, o *Modelo de Estrutura, Processo e Resultados* e o *Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem* já tinham reconhecido a sua importância, como uma das principais características do cuidado de enfermagem (Donabedian, 2003; Doran et.al., 2002). Para além desta dimensão surge – a prática baseada na evidência, que inclui não só o planeamento dos cuidados, tendo em conta as necessidades dos clientes, como também a organização do trabalho utilizando o conhecimento do enfermeiro e as suas capacidades profissionais na prática (Dubois et al, 2012).

O ambiente de trabalho é a outra dimensão considerada por este modelo, que foi medida segundo dois conceitos distintos: ambiente de trabalho (caraterísticas organizacionais que facilitam ou restringem a prática) e capacidade de inovação (grau do ambiente da prática que capacita enfermeiros a desempenharem o seu papel como agentes de mudança). Para medir este conceito - ambiente de trabalho, utilizaram a escala *Nursing Work Index* (NWI) na qual avalia autonomia, relação cordial entre enfermeiro e médico, controlo sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional na qualidade do cuidado, bem como na habilidade do gestor de enfermagem, nomeadamente na liderança. Para avaliar o conceito – capacidade de inovação - os autores definem cinco características principais e inovadores de prestação de cuidados de enfermagem: enfermeiro com **função de responsável**; **cuidado centrado no cliente**; mecanismos para garantir transições tranquilas do cliente durante os cuidados e articulação com a comunidade; mecanismos de monitorização de resultados para melhorar o desempenho; e promoção de tecnologias para otimizar os processos de trabalho (idem).

Assim, não podemos ter um ambiente para os clientes se não tivermos o mesmo ambiente para a equipa (kitson et al, 2013). Contudo, o foco da gestão da enfermagem dos dias de hoje

é nas equipas, mas na atribuição de tarefas, na distribuição de clientes pelos enfermeiros - na fragmentação da prestação dos cuidados. Dubois, et. al (2012) ao desenvolver o *Modelo de Organização de Cuidados de Enfermagem*, incluiu a dinâmica ambiente de cuidado em enfermagem, demonstrando que é essencial que a enfermagem tenha capacidade inovadora para garantir que a equipa se possa ajustar às necessidades do cliente e prestar cuidados seguros, eficazes, centrados no cliente, com atendimento oportuno e eficiente (Dubois et al, 2012). Ambientes de prática inovadores são definidos como aqueles em que enfermeiros são capacitados e têm acesso a alavancas necessárias para desempenhar novos papéis, promover transições tranquilas, promover o envolvimento do cliente no cuidado de enfermagem e monitorizar o impacto de seu trabalho na qualidade, segurança e custo (Kimball et al, 2007; Dubois, et al, 2012).

Importa refletir que o aumento da responsabilização pelos resultados do cliente e o crescimento de novos modelos de cuidados tem implicações para a prática de enfermagem. Os enfermeiros estão cada vez mais, na realização de tarefas de coordenação e gestão de cuidados, e centrando-se em transições de cuidados e em fatores que afetam o bem-estar dos clientes (Ritter-Teitel, 2012; Martsolf, et. al, 2016). A enfermagem tem um papel fulcral enquanto força de trabalho, para desempenhar o atendimento seguro, acessível e respeitoso (Institute of Medicine, 2011 citado por Kitson et al., 2013).

Recentemente, e, com o intuito de fornecer uma nova visão do que a prática profissional de enfermagem deve ser em torno dos fundamentos do cuidado, Kitson et al (2013) desenvolveram um modelo concetual para descrever o cuidado de enfermagem centrado na pessoa através da perceção dos enfermeiros e dos clientes. Esta estrutura concetual foi baseada na teoria de McCormack (focou cuidados centrados na pessoa idosa oriunda de um estudo de autonomia) e no quadro concetual de McCance de cuidar em enfermagem, o qual se concentrou em três grandes construções adaptadas do *Modelo de Estrutura, Processo e Resultado*, não muito diferente da abordagem utilizada por Mitchell et al. (1998) para desenvolver o *Modelo de Resultados de Qualidade em Saúde* (Kitson, et al, 2013; McCormack & McCance, 2006).

O quadro concetual do *Modelo de Cuidado de Enfermagem Centrado na Pessoa*, de Kitson et al (2013), contém quatro estruturas: (1) pré-requisitos, (2) ambiente de cuidados, (3) processos centrados na pessoa; (4) resultados esperados.

Os pré-requisitos destacam os atributos do enfermeiro tais como: profissionalmente competente, habilidades interpessoais, estar comprometido com o trabalho, ser capaz de demonstrar clareza de crenças e valores e conhecer a si mesmo. Relativamente à competência profissional, esta concentra-se no conhecimento e habilidades do enfermeiro para tomar decisões, já do ponto de vista das habilidades interpessoais reflete a capacidade

de comunicar em vários níveis. O compromisso com o trabalho é indicativo da dedicação que o enfermeiro presta no cuidado ao cliente. Já relativamente à clareza de crenças e valores ressaltam a importância de o enfermeiro conhecer os seus próprios pontos de vista, pois este autor defende que antes de podermos ajudar os outros, precisamos ter uma visão de como nós funcionamos como uma pessoa (Kitson et al, 2013; McCormack & McCance, 2006).

O ambiente de cuidados já explorado em autores anteriores, refere-se ao contexto no qual o cuidado é realizado. Inclui *skills mix*¹ apropriado; sistemas que facilitam a tomada de decisão; relacionamentos eficazes entre equipa; sistemas organizacionais de apoio, a partilha do poder, e o potencial de inovação e tomada de consciência dos riscos. As principais características passam pela cultura do local de trabalho, a **qualidade da liderança** em enfermagem e o comprometimento da organização no uso de evidência científica para avaliar a qualidade da prestação de cuidados (Kitson et al 2013; McCormack & McCance, 2006).

Os processos centrados nas pessoas é o conceito diferente dos outros modelos, pois apesar de ser referido em outros, neste assume-se como uma das estruturas do modelo. Estes surgem nas atividades de enfermagem em que têm presente as crenças e valores do cliente, *engagement*², compreensão empática, partilha da tomada de decisão e atendimento às suas necessidades. Relativamente à decisão partilha, importa destacar não só a participação do cliente, mas também a **participação e integração das enfermeiras recém-formadas**. O *engagement* é o espelho do **relacionamento cliente-enfermeiro**, em que idealmente enfermeiro e cliente conseguem trabalhar juntos, respeitando um ao outro (Kitson et al, 2013).

Deste modo, os resultados esperados são os resultados de desempenho efetivo dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa que incluem a satisfação com os cuidados prestados, sensação de bem-estar e promoção de um ambiente terapêutico, com tomadas de decisão partilhadas - a **liderança é transformacional e praticas inovadoras** (Kitson et al, 2013; McCormack & McCance, 2006).

Kitson (2013) salienta que a qualidade do relacionamento do enfermeiro com o cliente depende tanto dos fatores contextuais do sistema de saúde quanto da competência, *engagement* e habilidades do enfermeiro (kitson, 2013). Assim, ao nível do sistema foram identificados quatro fatores facilitadores: os recursos (físicos em termos de ambiente, equipamento, infraestrutura e recursos humanos, incluindo combinação de habilidades e equipas); a cultura (valores e normas do sistema, objetivos da organização, respeito e valor da equipa), o compromisso explícito da organização com **a inovação e a aprendizagem – formação**; a **liderança** (estilos de liderança que são promovidos na organização e como os

¹ Diversidade de competências

² Engajamento/compromisso

papéis são definidos e apoiados, bem como a equipa é orientada); e a avaliação e o feedback (níveis individual, de equipa e organizacional que forneçam feedback de forma construtiva) (Kitson, 2013).

Os ambientes de trabalho positivos são fundamentais, uma vez que têm um impacto fundamental sobre a capacidade dos enfermeiros de prestar cuidados seguros, eficazes e de alta qualidade. Há evidências que relacionam características do ambiente da prática com a cultura de trabalho, colaboração interprofissional, satisfação no trabalho e o *burnout* com a qualidade, a produtividade, os resultados e satisfação dos clientes (Laschinger et al., 2012; Aiken et al., 2011; Van Bogaert et al., 2014; ACN, 2015).

Em síntese, os modelos citados anteriormente descrevem uma caminhada nos cuidados da enfermagem, associada ao cuidado centrado na pessoa, aos cuidados de excelência, com qualidade e segurança. O *Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde*, apresentado por Mitchell, Ferketich e Jennings (1998) traz-nos os indicadores positivos e a experiência/percepção dos clientes e enfermeiros na saúde e na doença. Por seu turno, Irvine, Sidani & Hall (1998) desenvolveram o modelo conceptual – *Modelo de Efetividade do Cuidado de Enfermagem*, acrescentando a variável de estrutura: organização dos cuidados de saúde. Este modelo dá ênfase não só aos resultados, mas também ao processo de cuidados de saúde. Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke, Blais (2012) desenvolveram o *Modelo de Organização dos Cuidados de Enfermagem* defendendo que são reflexo de três dimensões organizacionais que interagem entre si trazendo novidades, nomeadamente com a prática baseada na evidência, uma vez que foca o conhecimento e as suas capacidades profissionais na prática. Relativamente ao ambiente apresenta-nos a dimensão ambiente de trabalho (caraterísticas organizacionais que facilitam ou restringem a prática) e capacidade de inovação (agentes de mudança) (Dubois, et al., 2012). É nesta última (capacidade de inovação) que realça características como enfermeiro na função de responsável; cuidado centrado no cliente; mecanismos de monitorização de resultados e promoção de tecnologias, caraterísticas essas do enfermeiro líder clínico. Kitson, Conroy, Kuluski, Locock, Lyons (2013) no desenvolvimento mais recente do *Modelo Cuidado Centrado na Pessoa*, menciona que é o âmago dos cuidados de saúde prestados, pois é agora o momento para direccionar os sistemas de saúde e orientá-los para o cliente.

Os enfermeiros são cruciais no sistema de saúde, uma vez que conhecem as fraquezas e as oportunidades e como as ultrapassar. Os sistemas de saúde pretendem melhorar o acesso, os custos, a qualidade, a eficiência, a equidade e para tal os conhecimentos dos enfermeiros e a sua mobilização - força de trabalho – têm que estar integrados na liderança e na tomada de decisão, pois os enfermeiros são elos significativas entre os colegas, clientes, gestores e líderes (Kitson, 2013). No entanto, se não tiverem modelos de organização de

cuidados e liderança ao nível da unidade, será menos provável que saibam como equilibrar as prioridades (McCormack & McCance, 2006).

Importa antes de mais, referir que gestão é diferente de liderança. A gestão tal como referido acima, centra-se em aspetos operacionais como o planeamento, a organização, a prestação de cuidados e a supervisão. Por seu turno, a liderança caracteriza-se fundamentalmente sobre o desenvolvimento de uma visão estratégica de longo prazo, partilha da missão, inspiração de pessoas para a mudança, colmatando os fatores facilitadores e constrangedores, sejam estes políticos ou organizacionais (ACN, 2015).

A liderança é um processo complexo que envolve apoio, motivação, coordenação e recursos com o intuito de alcançar objetivos comuns (Davidson et al, 2006; Wong & Cummings, 2007; ACN, 2015). No entanto, a gestão e a liderança coexistem, uma vez que uma gestão em ambientes complexos só é eficaz quando existe uma liderança. Outro contraste consiste nos gestores ocuparem posições numa hierarquia de uma organização, enquanto que a liderança é distribuída por toda a organização, podendo estes serem encontrados em todos os níveis da hierarquia organizacional (ACN, 2015). Na sua essência, a liderança é influenciar as pessoas, enquanto a gestão envolve-as de modo a cumprir as metas e objetivos da organização (Huber, 2010).

A liderança em enfermagem é crucial por várias razões, entre elas pelo tamanho da profissão, e outra pelos desafios sociais em que estão a colocar enfermeiros em cargos de liderança mais complexos (ACN, 2015; Maier, Aiken & Busse, 2017). No entanto, o enfermeiro líder está ardilosamente colocado para defender, não só o desenvolvimento estratégico, mas também os modelos de cuidados que serão necessários para prestar cuidados de saúde eficazes e centrados no cliente (ACN, 2015). De modo a exercer uma liderança eficaz foram identificadas cinco competências: construção de equipas; traduzir a visão em estratégia; comunicar a visão e estratégia internamente; gestão de conflitos; e gestão com foco no cliente (Huber, 2010). Assim, os enfermeiros líderes clínicos definem-se como detentores de: autoconsciência (ter capacidade das suas emoções); autogestão (ter capacidade de assumir as suas atividades); consciência social (empatia e relação terapêutica) e gestão do relacionamento (uso de eficaz comunicação, resolução de conflitos) (Huber, 2010).

Um dos desafios da atualidade é assegurar que os enfermeiros mantenham posições de liderança, em níveis adequados dentro das organizações. Gestores com decisões desfavoráveis, como por exemplo a combinação de competência desadequada, não envolvimento da equipa e restantes membros nas tomadas de decisão, recursos inadequados, desenvolvimento profissional limitado, leva ao *turnover* e instabilidade de equipas (ACN, 2015). Assim, torna-se importante o papel do gestor na organização da unidade, uma vez que a gestão é uma área de intervenção da enfermagem com uma

importância estratégica primordial. A qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão – enfermeiros gestores competentes determinam cuidados de qualidade (APEGEL, 2017).

Ao nível da unidade, a advertência mais significativa é os gestores pensarem que há uma incompatibilidade entre a respetiva percepção da autoridade e sua influência real dentro da organização, o que pode comprometer a sua capacidade de liderar. A capacidade de uma liderança eficaz não depende apenas da preparação para papéis de liderança, mas também do apoio organizacional e do reconhecimento que é dado em termos de tempo, recursos e pessoal. Uma carga administrativa excessiva pode colocar os enfermeiros gestores longe da liderança clínica, orientação e comunicação com suas equipas, o que reduz a sua capacidade de fornecer a liderança do dia-a-dia e desenvolver uma visão estratégica para a unidade (Locke et al., 2011).

Em suma, enfermeiros líderes são um recurso valioso com o potencial de fazer contribuições significativas para a transformação do sistema de saúde. Existe agora uma oportunidade para convocar a enfermeira líder para construir um sistema de saúde eficaz, eficiente e sensível às necessidades (Downey, Parlsow & Smart, 2011). A qualidade da liderança é um elemento chave no desenvolvimento de uma cultura de excelência.

3 - ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS

A adaptação para a implementação de uma escala requer o uso de um método exclusivo, sendo necessário uma avaliação rigorosa da tradução e da adaptação cultural, bem como da avaliação das propriedades psicométricas (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas & Basto, 2011; Vilelas, 2017).

3.1. Equivalência linguística e concetual de uma escala

O termo "adaptação transcultural" é usado para englobar um processo que analisa questões de linguagem (tradução) e de adaptação cultural no processo de preparação de um questionário para uso em outra configuração (Vilelas & Basto, 2011). Beaton et al (2000) e Beaton et al (2007) sugerem cinco exemplos diferentes de quando se deve prestar atenção a esta adaptação, comparando o alvo (onde será usado), a linguagem e a cultura da fonte (onde foi desenvolvida), apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Critérios de utilização de um questionário numa nova população

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

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

De modo a obter uma adaptação cultural de um instrumento, e reiterando autores como Beaton et al (2000), Beaton et al (2007), Sousa & Rojjanasrirat (2011), Vilelas & Basto (2011) e Vilelas (2017) o método de tradução-retroversão é o mais consensual para ser utilizado, apresentando de seguida os passos:

Etapa I: Tradução

A tradução deve ser realizada na língua-alvo, por tradutores bilingues independentes, preferencialmente um da área de saúde, com a intensão de obter duas traduções que captem o significado conceptual (T1-T2) (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017).

Etapa II: Síntese

Esta etapa consiste na análise de discrepâncias, por peritos, com conciliação sobre hábitos linguísticos, revisão de erros gramaticais, análise de compreensão e aceitabilidade, desenvolvendo, assim uma versão de tradução consensual na língua alvo (T12) (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011 e Vilelas, 2017).

Etapa III: Retroversão

Nesta etapa, os tradutores sem conhecimento da versão original, traduzem o instrumento para a língua original; relativamente ao número de retroversões não há consenso entre os autores. Beaton et al (2000), Sousa & Rojjanasrirat (2011) e Beaton et al (2007) apontam duas, Wild et al (2005) sugerem eventual repetição, caso seja necessário fazer alterações à versão traduzida na língua alvo; Schmidt e Bullinger (2003) recomenda apenas uma retroversão (BT1-BT2).

Etapa IV: Revisão por especialistas

É globalmente aceite pelos investigadores que uma escala precisa mais que uma mera tradução, precisa de uma adaptação cultural, mantendo a integridade dos itens originais (Vilelas, 2017). Assim, neste momento surge a comparação da versão retradução e tradução com a original, analisando a equivalência semântica, idiomática, experiencial e concetual. É redigido um relatório, especificando as escolhas feitas em todo o processo (BT12 - R) (Wild et al, 2005; Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Schmidt e Bullinger, 2003; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017). A equivalência é avaliada em quatro áreas:

- Semântica: verificar se há alterações no significado das palavras, do vocabulário e a gramática de cada item (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Vilelas, 2017);
- Idiomática: os coloquialismos ou expressões idiomáticas são difíceis de traduzir. Se necessário, uma comissão de tradução deve formular uma expressão equivalente na versão a traduzir (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Vilelas, 2017);
- Experiencial ou cultural: os itens podem abranger atividades que não são praticadas no país de destino e, assim, mesmo que seja traduzível, deve ser substituído por um item semelhante (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Vilelas, 2017);

- Concetual: por vezes, as palavras têm significados concetuais diferentes, consoante as culturas. O que se pretende não é uma tradução literal, mas uma tradução que conserve o significado dos conceitos (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Vilelas, 2017).

Se porventura não houver consenso entre os especialistas, pode ser necessário retomar aos passos iniciais (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011 e Vilelas, 2017).

Etapa V: Pré-teste

Nesta fase é aplicado o instrumento a uma amostra da população alvo. De modo a averiguar a equivalência /validade de conteúdo é importante que seja avaliada por elementos do grupo alvo acerca da clareza, inclusão de conceitos, denominado de teste de compreensão ou pré-teste (Wild et al, 2005; Beaton et al, 2000; Schmidt e Bullinger, 2003). Esta etapa é usada para apoiar adicionalmente a equivalência concetual, semântica e conteúdo, antes da realização dos testes psicométricos (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011 e Vilelas, 2017).

Etapa VI: Apresentação do documento final

Esta fase final consiste na apresentação de um relatório especificando as análises. Uma vez concluída a avaliação o instrumento será aprovado, dando origem ao instrumento final (B-PT), ou não aprovado, sendo necessário o esclarecimento e reformulações (Beaton et al, 2007).

3.2. Análise Psicométrica de uma escala

Autores como Sousa & Rojjanasrirat (2011) e Vilelas (2017) consideram cruciais a análise psicométrica, uma vez que consideram um critério essencial para determinar a qualidade da medição de um instrumento. Sousa & Rojjanasrirat (2011) denomina este passo por etapa VI e VII e, por seu turno, Vilelas (2017) designa de avaliação quantitativa do instrumento. Para Sousa & Rojjanasrirat (2011) a etapa VI consiste na realização de teste psicométricos a uma amostra bilingue, em que raramente é realizado. A etapa VII consiste na realização do teste psicométricos, tal como corroborado por outros autores (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011 e Vilelas, 2017).

As propriedades psicométricas devem ser avaliadas para se verificar a precisão de medida após a adaptação, ou seja, verificar se é fiável e válido (Vilelas, 2017). As duas características métricas essenciais para avaliar a precisão de um instrumento são a fiabilidade e a validade.

Na **fiabilidade** os principais critérios são a estabilidade e a consistência interna (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011).

- A estabilidade ou fidelidade temporal ou consistência externa refere-se ao grau de concordância entre duas medidas colhidas em dois momentos diferentes (Aguar, 2007; Vilelas, 2017). A técnica estatística mais usual é o teste-reteste, e avaliação psicométrica através da correlação de Pearson (Vilelas, 2017). A intensidade da correlação é descrita segundo Pestana e Gageiro (2008) pelo quadro 2.

Quadro 2: Intensidade da correlação de Pearson

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

- A fidelidade interna ou consistência interna designa a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida (Vilelas, 2017). A técnica para apreciar o grau de consistência interna de um instrumento é o cálculo do coeficiente alfa (α) de Cronbach. O valor dos coeficientes varia entre 0,00 e 1,00 tal como referido no quadro 3. (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011).

Quadro 3: Valores de alfa (α) de Cronbach

Valores de intensidade	Interpretação
0,9 a 1	Relação muito forte
0,7 a 0,9	relação forte
0,4 a 0,7	relação moderada
0,2 a 0,4	relação fraca
0 a 0,2	relação muito fraca

Fonte: Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, p. 345.

A **validade** é que o permite averiguar que o teste mede aquilo que se propõe medir (Vilelas, 2017), existindo assim, três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de constructo e validade critério (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; (Marôco, 2014).

- A validade de critério estabelece a comparação entre a medida proposta e outra medida válida e confiável (vilelas, 2017). Estabelece a correlação entre ambos e o coeficiente varia entre 0,00 – 1,00, apresentando validade para valor igual ou superior a 0,70. (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011).
- a validade de conteúdo está intimamente ligada à conceção do instrumento, logo, deve ser considerada durante a sua construção, nomeadamente através de um pré-teste e recorrendo-se a peritos na área (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011).
- a validade de constructo é avaliada por procedimentos denominados de análise fatorial, através de análises estatísticas para as ciências sociais (*Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS) (Vilelas, 2017; Marôco, 2014). Esta ainda é avaliada por 3 subcomponentes:
 - validade fatorial, avaliada pelos pesos fatoriais;
 - validade convergente, quando os itens que constituem o construto apresenta correlações positivas e elevadas entre si;
 - validade discriminante, ocorre quando o construto de estudo não se encontra correlacionado entre si (Marôco, 2014; Vilelas, 2017).

Assim, a Análise Fatorial é uma técnica que consiste em identificar os fatores ou construtos que explicam a estrutura correlacional entre um conjunto de variáveis – validade de construto (Vilelas, 2017; Marôco, 2014; Almeida, 2017). A análise fatorial pode classificar-se em dois tipos distintos, consoante a inexistência ou existência de hipóteses sobre a estrutura correlacional, sendo designadas respetivamente, **Análise Fatorial Exploratória** (AFE) e **Análise Fatorial Confirmatória** (AFC) (Marôco, 2014; Almeida, 2017). A AFE é um método exploratório em que explicam as correlações entre variáveis recorrendo à rotação de fatores, explorando os fatores estruturais. Por seu turno a AFC é um método confirmatório, em que essencialmente confirma padrões estruturais (Marôco, 2014).

Na análise das componentes principais (ACP), dois testes estatísticos são importantes o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de Esfericidade de Bartlett, que indicam qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à análise fatorial (Almeida, 2017). Os valores de KMO são apresentados no quadro 4.

Quadro 4: Valores do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*

Valores de KMO	Recomendação para ACP
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, Sofia (2017). Estatística Aplicada à Investigação em ciências da Saúde – Um guia com o SPSS. 1ª edição. Lusodidacta: Loures, p. 140.

Assim, termina-se o processo de tradução e validação de uma escala, que tal como Vilelas (2017) defende o processo de adaptação tem duas fases: qualitativa (tradução, retroversão, síntese, teste-reteste) e quantitativa (teste-reteste e teste numa amostra da população alvo – avaliação propriedades psicométricas).

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA DO ESTUDO

O papel desenvolvido pelo enfermeiro líder clínico foca-se na gestão do cuidado centrado no cliente e na excelência clínica, tornando-se pertinente avaliar a confiança destes enfermeiros na sua função. Dada a inexistência de uma escala validada para a população portuguesa, decidimos com este estudo efetuar a adaptação cultural e linguística de *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders* - CNLSES®.

A nossa **pergunta de investigação** é: *Será que a Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders® apresenta características psicométricas para população portuguesa?*

O nosso **objetivo geral** é adaptar culturalmente e linguisticamente para a cultura portuguesa a *Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*, dando origem à versão portuguesa da mesma.

Como **objetivos específicos** descrevemos os seguintes:

- Traduzir e adaptar os 56 itens do questionário *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®* (CNLSES®) para a cultura portuguesa;
- Determinar as propriedades psicométricas da CNLSES® na versão portuguesa.

1.1. Tipo de Estudo

Este é um estudo quantitativo, observacional e descritivo-transversal.

Trata-se de um estudo **quantitativo**, uma vez que admite que tudo é quantificável, ou seja, é um processo sistemático de colheita de dados, que posteriormente podem ser classificados e analisados. Estes dados são obtidos diretamente da realidade – estudo primário (Polit, Beck & Hungler, 2004; Vilelas, 2017). Assim, neste estudo o investigador não participou ativamente, descrevemos os acontecimentos sem a intervenção direta - estudo **observacional** - o investigador não manipulou a população apenas observou, e este é, o tipo de estudo que mais se utiliza quando se estuda pessoas (Almeida, 2017). O desenho de investigação é **descritivo-transversal**, uma vez que pretendemos conhecer determinada população, isto é, os fatores que possam estar articulados ao fenómeno em estudo, são colhidos a um único grupo representativo da população e num único momento (Vilelas, 2017; Polit, Beck, & Hungler, 2004), obtendo-se desta maneira uma visão mais ampla (Vilelas, 2017). Neste estudo, foi escolhido o grupo enfermeiros líderes clínicos de um hospital diferenciado na área metropolitana de Lisboa, num tempo determinado - restrito ao período de investigação. Tal como refere Vilelas (2017) os estudos transversais são úteis para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e para o planeamento destes cuidados, ou seja,

vantajosa para a validação de uma escala. Almeida (2017) refere que este estudo é como tirar uma fotografia, os resultados são avaliados no momento da exposição. Assim, os estudos descritivos, pretendem relatar e investigar um fenómeno e concebem novo conhecimento sobre conceitos pouco estudados até então (Burns & Grove, 2017).

1.2. População

A amostra deste estudo é **não-probabilística e intencional**. Quando se realiza um estudo, na sua maioria, não é possível estudar a população alvo na totalidade utilizando uma parcela dessa população: amostra (Almeida, 2017). A amostra não-probabilística selecionada foi intencional, uma vez que foram escolhidos indivíduos que possuem características idênticas (Vilelas, 2017).

De acordo com Pestana & Gageiro (2008), o mínimo de respostas válidas (N) deverá ser calculado pela seguinte fórmula $N = 5 \times K$, sendo k o número de questões do instrumento. Assim, o instrumento tem 56 questões (K) e a amostra mínima será de 280 enfermeiros (N).

Os **critérios de inclusão** para a seleção da amostra foram:

- enfermeiros que durante o seu percurso profissional tenham sido responsáveis de turno, com três funções/responsabilidades fundamentais: planeamento, coordenação e avaliação das atividades de enfermagem (responsável de turno, substituto do responsável de turno, segundo elemento do serviço, chefe de equipa ou outra responsabilidade neste âmbito);
- Enfermeiros com pós-licenciatura numa área de especialização, a exercer a mesma, período superior a 6 meses;
- enfermeiros responsáveis de turno e/ou com pós-licenciatura numa área de especialização a desempenhar funções em contexto hospitalar, superior a 6 meses;
- enfermeiros responsáveis de turno e/ou com pós-licenciatura numa área de especialização que aceitem participar no estudo;
- unidades de internamento em que os chefes de serviço permitem realizar o estudo;
- aplicado num centro Hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo, uma vez que reúne uma elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica e assumindo-se como instituição de referência portuguesa.

O trabalho de investigação teve início em outubro de 2017, e a recolha dos dados foi realizada no período compreendido entre setembro e dezembro de 2018.

A amostra foi constituída por 329 enfermeiros (superou o N referido por Pestana & Gageiro (2008)) com uma taxa de resposta de 53,8%, tal como se pode verificar no quadro 5. A

percentagem por instituição manteve-se equilibrada, de modo a obter o maior número de experiências diferentes no desempenho da sua função de líder clínico.

Quadro 5: Distribuição dos Enfermeiros respondentes por instituição

Centro Hospital Universitário de Lisboa Central	Nº Enfermeiros Entregue questionário	Nº Enfermeiros Respondentes	Percentagem de amostra respondente por instituição	Taxa de Resposta do Centro Hospitalar
Hospital de São José	612	64	19,5%	53,8%
Hospital de Sto. António Capuchos		57	17,3%	
Maternidade Alfredo da Costa		55	16,7%	
Hospital Dona Estefânia		55	16,7%	
Hospital Sta. Marta		39	11,9%	
Hospital Curry Cabral		59	17,9%	
Total		329	100%	

1.3. Instrumento recolha de dados

O instrumento de recolha de dados distribuído pela amostra é constituído por 3 partes: **Parte A – Caracterização Geral**, onde se pretendia obter caracterização sociodemográfica e profissional; **Parte B – Liderança clínica**, que continha a versão portuguesa do CNLSES®, sendo a mesma composta por 56 itens; e **Parte C – Sugestões**, onde se pretendia que os respondentes apontassem sugestões e críticas pertinentes ao conteúdo da CLNSES - PT.

A Parte A é medida com questões fechadas. A parte B avalia a confiança de um enfermeiro e a cada competência os respondentes assinalam de uma escala de Likert (1 = nada confiante e 5 = extremamente confiante) o valor que mais se posiciona. Os respondentes avaliaram a sua confiança na realização de cada uma das 56 competências práticas. Por último, a Secção C – inclui uma questão aberta, com o objetivo de obter informação adicional.

O instrumento é um questionário, como referido anteriormente de origem Americana que tem como objetivo avaliar as perceções dos enfermeiros sobre sua capacidade de desempenhar a sua função como enfermeiro líder clínico. Em Portugal, não existem escalas validadas que permitam a avaliação do enfermeiro líder clínico, sendo assim um instrumento de grande utilidade e importância para os contextos das práticas e para a enfermagem.

Sendo um processo complexo que exige rigor metodológico surgem critérios fundamentais para a obtenção da equivalência cultural, nomeadamente, a avaliação das equivalências conceituais e linguísticas e a avaliação das propriedades psicométricas, harmonizando a fidelidade e validade Beaton et al (2000); Beaton et al (2007); Sousa & Rojjanasrirat (2011); Vilelas & Basto (2011) e Vilelas (2017). Numa primeira fase procedeu-se à tradução, retradução e verificação da equivalência semântica, através de tradutores

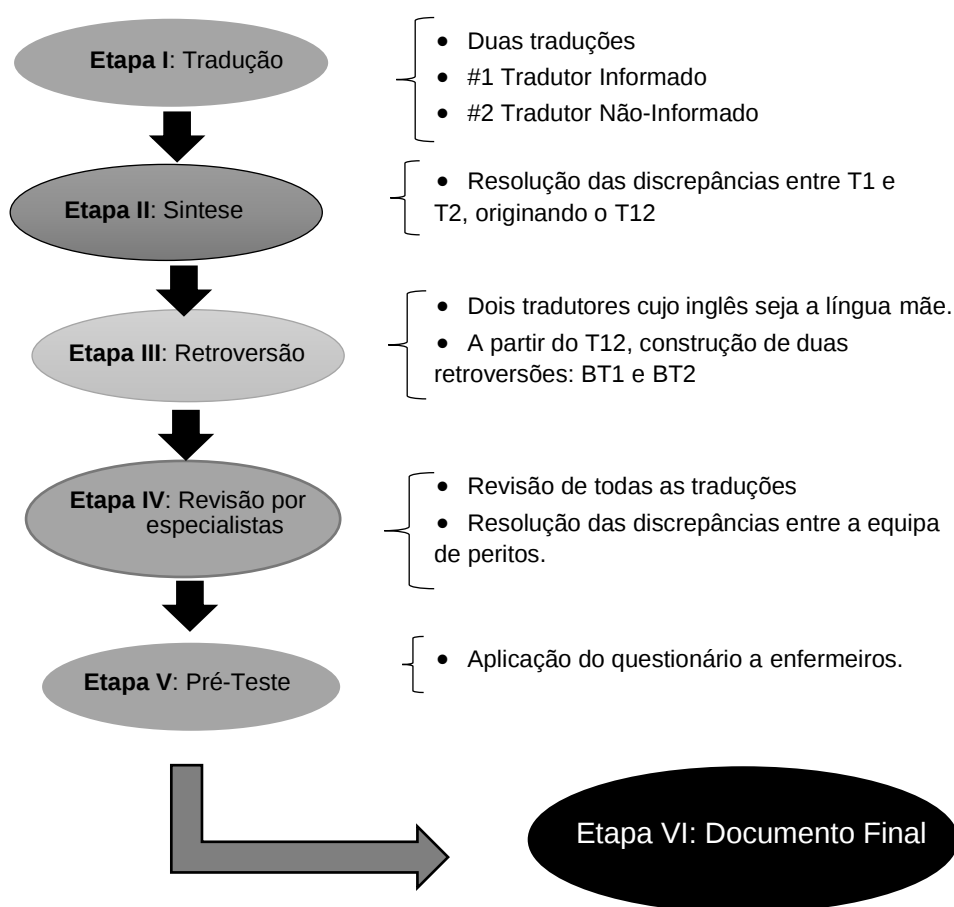
bilingues e peritos que garantiram a equivalência entre a versão original e a portuguesa, obtendo-se uma primeira versão. Numa segunda fase submeteu-se a um teste de compreensão através de um grupo de indivíduos com características comuns e, por último, e terceira fase procedeu-se à validação do instrumento.

1.3.1. Equivalência linguística e concetual da escala CNLSES-PT

A equivalência linguística e concetual da escala CNLSES-PT, enquadra-se no estadio E - utilização em outro país e em outra língua - sendo necessário tradução e adaptação cultural do questionário para a população portuguesa (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007).

O processo de adaptação iniciou-se após autorização formal da autora da CNLSES®. Para uma melhor compreensão da estratégia utilizada, efetuamos um resumo que de uma forma esquemática, retrata o processo de adaptação cultural na figura 1.

Figura 1: Processo de adaptação cultural



Iniciámos, pela tradução de Inglês para Português e verificação da equivalência semântica do CNLSES®, efetuada de forma independente por dois tradutores bilingues: um fluente em inglês, com conhecimento dos objetivos do estudo e enfermeiro e, outro, tradutor sem conhecimento do estudo (T1 e T2). Ambos respeitaram a tradução do questionário, mantendo o significado conceptual da versão original. Foram, ainda realizados contactos com os tradutores a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência dos itens. Ambos respeitaram a equivalência da tradução do questionário, mantendo o mesmo significado da versão original, realizando assim a primeira etapa (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas & Basto, 2011 e Vilelas, 2017) (Apêndice II).

Na segunda etapa – síntese – (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas & Basto, 2011 e Vilelas, 2017) foi realizada a análise das discrepâncias das duas versões pela enfermeira investigadora e pelo enfermeiro orientador, que em reunião, conduziram à conciliação e resultou uma versão de tradução consensual na língua alvo – T12. Realçamos que foi dada especial atenção aos termos ou expressões potencialmente ambíguas (Apêndice III).

A terceira etapa - retroversão - (Beaton et al, 2000) foi realizada por dois tradutores cuja língua materna é a inglesa, mas com elevada fluência na língua portuguesa. Estes não conheciam a versão original da escala. Não há consenso relativamente ao número de retroversões, no entanto, Beaton et al (2000) e Vilelas (2017) apontam duas. Nesta investigação procedeu-se a duas (BT1-BT2), não sendo necessário repetições (Apêndice IV).

Posteriormente procedeu-se à revisão por especialistas, onde do resultado das duas versões obtidas em retradução (BT1 e BT2) e a versão em português (T12) foram revistas item por item, até se verificar o consenso e a equivalência semântica, do idioma e concetual. Nesta reunião, peritos bilingues e com conhecimentos científicos na área, na qual resultaram alterações que deram origem à versão CNLSES-R (Wild et al, 2005; Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Schmidt e Bullinger, 2003; Sousa & Rojjanasrirat, 2011 e Vilelas, 2017) (Apêndice V). A equivalência semântica teve em atenção a gramática e vocabulário, além da coerência da apresentação e das instruções de preenchimento. Da análise resultaram as seguintes alterações, conforme quadro 6:

Quadro 6: Análise de Peritos e Sugestão de Alterações à Tradução da CNLSES®

Inglês (original)	Tradução	Adaptação
Total care plan	Plano de cuidar total	Plano de cuidados
Client, Population	Cliente, População	Cliente
Intervention team	Equipa intervenção/trabalho	Equipa
Network	Rede de contatos	Rede de suporte
To improve	Melhorar/ aperfeiçoar	Melhoria/ Melhorar
Level	Nível	Tipo
Waste	Gastos, desperdícios	Gastos desnecessários
Use	Usa	Utiliza
Clinical practice	Prática clínica	Prática

O processo de reflexão resultou na adaptação de alguns conceitos. No que concerne à expressão “*total care plan*” após consenso ficou “plano de cuidados”. Onde se lê “*cliente e population*” passará a interpretar como “cliente”. Na escala onde surge os conceitos “*intervention team*” deverá ler-se por consenso na reunião “equipa”. Onde surge “*network*” adaptou-se para “rede de suporte”. Ao longo da escala onde encontramos o conceito “*to improve*” adaptou-se para “melhoria”. Na palavra “*level*”, passa a ler-se “tipo”. Onde se lê “*waste*” em português adaptou-se para “gastos desnecessários”. O verbo “*use*” adaptou-se para “utiliza”. A expressão “*clinical practice*” para a palavra “prática”.

Após as devidas alterações/ correções obteve-se a versão CNLSES-R. Para a conclusão desta etapa foi necessário a verificação da equivalência /validade de conteúdo. Esta, torna-se crucial que seja avaliada por julgamentos de enfermeiros sobre a clareza das perguntas, conceitos, redundância de itens e da escala propriamente dita, denominado de Teste de compreensão ou Pré-teste (Wild et al, 2005; Beaton et al, 2000; Schmidt e Bullinger, 2003). Assim, em março de 2018 foi aplicada a CNLSES-R a um grupo de 22 enfermeiros com conhecimento dos termos linguísticos utilizados no questionário (Beaton et al, 2000; Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011 e Vilelas, 2017). Analisaram a clareza e grau de compreensão das perguntas, bem como a sua relevância cultural.

O preenchimento do questionário levou aproximadamente 20 minutos a ser preenchido. A opinião geral foi de que o questionário estava redigido com clareza, dando origem ao documento final (**CNLSES-PT**) (Apêndice VI). Assim ficou concluído, o processo de adaptação cultural e linguístico da CNLSES-PT, de modo a ser aplicado na amostra selecionada. No quadro 7 encontra-se o resultado da equivalência da análise de peritos.

Quadro 7: Resultado da equivalência e da análise de peritos - Questionário sobre a confiança dos enfermeiros líderes clínicos – Versão Portuguesa (CNLSSES-PT)

Dimensões	Itens originais	Tradução
Dimensão 1: Cuidado Centrado no Cliente	1. Assume accountability for the welfare of client populations served in your unit?	1. Assume a responsabilidade pelo bem-estar dos clientes na sua unidade?
	2. Identify client population risks based on a comprehensive assessment?	2. Identifica os riscos dos clientes baseado na avaliação das suas necessidades?
	6. Communicate a total plan for clients with other members of the intervention team?	6. Comunica aos outros membros da equipa o plano de cuidados?
	7. Delegate aspects of a total plan of care to other members of the intervention team?	7. Delega aspetos do plano de cuidados a outros membros da equipa?
	8. Advocate effectively on behalf of the client with the intervention team?	8. Defende efetivamente os interesses do cliente com a equipa?
	9. Advocate on behalf of the client with the client's network?	9. Defende os interesses do cliente com a sua rede de suporte?
	10. Acquire information about the population through information systems?	10. Adquire informações sobre os clientes através dos sistemas de informação?
	12. Identify population-level health problems?	12. Identifica o tipo de problemas de saúde dos clientes?
	13. Use information systems to track population level clinical outcomes?	13. Utiliza os sistemas de informação para rastrear resultados clínicos dos clientes?
	14. Resolve population-level health problems?	14. Resolve os problemas de saúde dos clientes?
	15. Engage the intervention team in evaluating progress in achieving desired clinical outcomes?	15. Envolve a equipa na avaliação dos progressos para a obtenção de resultados clínicos desejados?
Dimensão 2: Gestão da Unidade	32. Create proposals to modify your unit using alternative business models?	32. Apresenta propostas para modificar o método de organização de cuidados de enfermagem na sua unidade?
	34. Mentor other CNLs?	34. Integra enfermeiros especialistas/chefes de equipa na sua unidade?
	35. Act as a preceptor for other CNLs?	35. Orienta enfermeiros em ensino clínico no âmbito da especialização?
	44. Assure the continuing education of the team members?	44. Assegura a formação contínua dos membros da equipa?
	45. Educate your unit's staff on innovative practices?	45. Realiza formação em práticas inovadoras aos membros da sua unidade?
	46. Participate in the performance evaluation of intervention team members?	46. Participa na avaliação de desempenho dos membros da equipa?
	47. Assume leadership in organizational governance activities?	47. Assume a liderança de atividades da gestão organizacional?
	48. Represent your unit on organizational committees?	48. Representa a sua unidade em comissões/grupos organizacionais?
	49. Act as a leader in relevant professional organizations?	49. Intervém em organizações profissionais relevantes?
	50. Disseminate your unit's successes in care management to the larger nursing community?	50. Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para o grupo profissional de enfermagem?
Dimensão 3: Liderança Clínica	36. Translate clinical research to improve clinical practice routines?	36. Utiliza a investigação para melhorar as rotinas da prática clínica?
	37. Review your unit's performance to assess risk to client safety?	37. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar o risco de segurança do cliente?
	38. Review your unit's performance to assess risks to the quality of care?	38. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar os riscos para a qualidade dos cuidados?
	39. Use evidence to challenge existing clinical practices?	39. Utiliza a evidência para mudar as práticas clínicas existentes?
	40. Incorporate evidence-based practice changes into clinical information systems?	40. Incluiu nos sistemas de informação clínica mudanças da prática baseada na evidência?
	41. Communicate evidence-based practice modifications to other health professionals?	41. Comunica a outros profissionais de saúde as mudanças da prática baseada na evidência?

	42. Provide clinical leadership within your unit?	42. Desenvolve liderança clínica dentro da sua unidade?
	43. Promote the professional development of the team members?	43. Promove o desenvolvimento profissional dos membros da equipa?
Dimensão 4: Liderança Estratégica	51. Know the organization's mission?	51. Conhece a missão da sua organização?
	52. Apply the organization's strategic plan to guide practice on your unit?	52. Utiliza o plano estratégico da organização para orientar a prática na sua unidade?
	53. Practice in accordance with the values of the organization?	53. Atua de acordo com os valores da organização?
	55. Advocate for social justice in your unit's activities?	55. Defende a justiça social nas atividades da sua unidade?
	56. Engage in professional development activities?	56. Envolve-se em atividades de desenvolvimento profissional?
Dimensão 5: Redução de Custos	26. Identify waste in your unit?	26. Identifica os gastos desnecessários na sua unidade?
	27. Identify opportunities for cost savings in your unit?	27. Identifica as oportunidades de redução de custos na sua unidade?
	28. Use technology to reduce costs?	28. Utiliza a tecnologia para reduzir custos?
	31. Identify opportunities for revenue enhancement to benefit clients?	31. Identifica oportunidades de aumento da receita para beneficiar os clientes?
Dimensão 6: Gestão da Equipa	16. Meet regularly with the intervention team?	16. Reúne regularmente com a equipa?
	17. Evaluate the intervention team's performance with achieving patient care outcome goals?	17. Avalia o desempenho da equipa através da consecução dos objetivos e dos resultados dos cuidados ao cliente?
	18. Communicate changes in clients' care plan with the members of the intervention team?	18. Comunica mudanças no plano de cuidados com os membros da equipa?
	20. Appropriately deploy human resources to improve outcomes?	20. Aplica adequadamente os recursos humanos de forma a melhorar os resultados?
	21. Evaluate how your unit fits with the work of the larger organization?	21. Avalia como a sua unidade se ajusta ao trabalho da organização?
	22. Evaluate the capacity of resources available to your unit to accomplish its work?	22. Avalia a capacidade dos recursos disponíveis responderem ao desenvolvimento do trabalho na unidade?
	25. Deploy unit resources effectively to improve aggregate clinical outcomes?	25. Aplica os recursos da unidade para melhorar efetivamente o conjunto dos resultados clínicos?
Dimensão 7: Planeamento de Cuidados	3. Collaborate with cohorts of clients in designing a total care plan?	3. Envolve os clientes na elaboração do plano de cuidados?
	4. Collaborate with clients in gaining their endorsement for the total care plan?	4. Envolve o cliente de modo obter o seu aval ao plano de cuidados?

1.4. Procedimentos e Considerações Ético-Legais

Com o fim de proceder à tradução e validação cultural e linguística do questionário CNLSES® procedeu-se ao contato com a autora de modo a obter a sua autorização (Anexo II; Apêndice VII). Atendendo ao respeito pelos princípios éticos, deontológicos e morais no processo de investigação, foi efetuado pedido formal de autorização ao conselho de administração e à comissão de ética de um Hospital de Lisboa (Apêndice VIII). A recolha de dados foi realizada entre setembro-outubro de 2018, após parecer favorável (Anexo III). Posteriormente, foram contactadas as respetivas enfermeiras supervisoras dos hospitais correspondentes de modo a realizar reunião para apurar os serviços disponíveis e posteriormente em reunião com os enfermeiros chefes dos respetivos serviços definimos os enfermeiros que incluíam a amostra. O instrumento de colheita de dados foi distribuído com

as informações sobre o seu objetivo e instruções na folha de rosto (Apêndice IX). Também foi solicitado aos enfermeiros respondentes que apresentassem críticas e sugestões pertinentes ao conteúdo do mesmo. A colheita de dados foi efetuada pelo investigador principal.

Para a realização do estudo, teve-se em consideração as seguintes implicações éticas, de modo a respeitar os direitos das participantes: (1) Direito à autodeterminação - os enfermeiros estavam informados que a qualquer momento poderiam abandonar a investigação (2) Direito à intimidade - os enfermeiros foram informados que as informações obtidas serão uso exclusivo deste estudo; (3) Direito ao anonimato e confidencialidade – os dados apenas foram tratados pelo investigador; (4) Direito à proteção contra o confronto e prejuízo – o inquérito após preenchido foi entregue em, envelope fechado; (5) Direito a tratamento justo e equitativo – os enfermeiros foram informados acerca da natureza, fim e duração da sua participação (Vilelas, 2017).

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido, permite decidir da participação numa investigação (Gray, 2017), daí que, após a autorização das instituições, foram contactados os responsáveis de cada unidade no sentido de explicar o verdadeiro objetivo da investigação, esclarecer dúvidas, e negociar o momento da entrega e da recolha do instrumento de colheita de dados – veracidade (Gray, 2017). Foi também solicitado aos responsáveis, que assegurassem que cada enfermeiro respondesse apenas uma vez ao questionário e que livremente aceitasse participar no mesmo. Garantiu-se a confidencialidade e anonimato dos questionários, uma vez que estes foram entregues em envelope fechado, não expondo nenhum participante ao risco, ou provocar danos físicos ou psicológicos (princípio da não maleficência e beneficência). Os dados serão armazenados e tratados anonimamente e a identificação dos enfermeiros participantes nunca será tornada pública.

2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos estatísticos permitem que o investigador sintetize, organize, interprete e transmita informação numérica (Polit & Hungler 2004). Assim, após a recolha de dados procedeu-se ao tratamento da informação obtida, recorrendo a técnicas de análise estatística com o auxílio do programa de SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 24. Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos, efetuando uma análise estatística e discussão tendo em conta a literatura consultada previamente.

2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

A amostra do nosso estudo foi constituída por 329 enfermeiros. De seguida, apresentamos a caracterização sociodemográfica e profissional segundo as variáveis seleccionadas, resumidas no quadro 9. De modo, a ser rigoroso na elaboração dos intervalos utilizou-se a *Fórmula de Sturges*, presente no quadro 8 (Marôco & Bispo, 2003; Guimarães & Cabral, 2010).

Quadro 8: Fórmula de Sturges

$$K \simeq 1 + 3,32 \log n$$

Sendo, K- Determinação de classes; n- Amostra

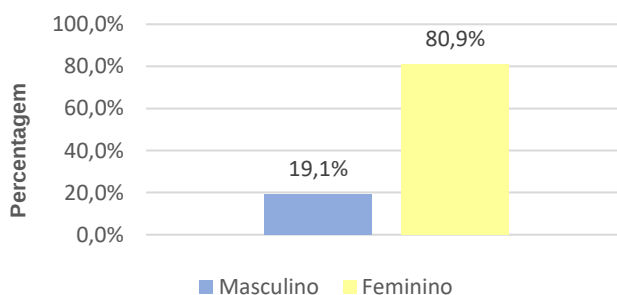
Quadro 9: Características Sociodemográfica da Amostra (n = 329) em frequência e percentagem

		Frequência	%
Género	Feminino	266	80,9%
	Masculino	63	19,1%
Escala Etária	[24;29[	12	3,6%
	[29;34[	47	14,3%
	[34;39[	76	23,1%
	[39;44[	52	15,8%
	[44;49[	66	20,1%
	[49;54[	45	13,7%
	[54;59[	25	7,6%
	[59;64[	6	1,8%
	[64;69[	0	0,0%
Habilitações Literárias	Bacharelato	5	1,5%
	Licenciatura	248	75,4%
	Mestrado	74	22,5%
	Doutoramento	2	0,6%
Categoria Profissional	Enfermeiro	329	100,0%
	Enfermeiro Principal	0	0,0%
Título Enfermeiro especialista	Sim	159	52,0%
	Não	170	48,0%
Qual	Nenhuma	170	51,7%

	Saúde Materna e Obstétrica	28	8,5%
	Saúde Infantil e Pediátrica	45	13,7%
	Médico-cirúrgica	22	6,7%
	Saúde Mental e Psiquiátrica	11	3,3%
	Saúde Comunitária	2	0,6%
	Reabilitação	51	15,5%
Tempo tem o título de enfermeiro especialista	[0-3[	195	59,3%
	[3-6[	39	11,9%
	[6-9[	44	13,4%
	[9-12[	31	9,4%
	[12-15[	5	1,5%
	[15-18[	3	0,9%
	[18-21[	8	2,4%
	[21-24[	2	0,6%
	[24-27[	2	0,6%
Tempo de atividade profissional	[1-6[	15	4,6%
	[6-11[	40	12,2%
	[11-16[	85	25,8%
	[16-21[	49	14,9%
	[21-26[	79	24,0%
	[26-31[	36	10,9%
	[31-36[	20	6,1%
	[36-41[	5	1,5%
	[41-46[	0	0,0%
Tempo de atividade profissional na Instituição	[2-7[	38	11,6%
	[7-12[	51	15,5%
	[12-17[	86	26,1%
	[17-22[	50	15,2%
	[22-27[	67	20,4%
	[27-32[	22	6,7%
	[32-37[	13	4,0%
	[37-42[	2	0,6%
	[42-47[	0	0,0%
Tempo de atividade profissional no serviço atual	[1-5[	74	22,5%
	[5-9[	54	16,4%
	[9-13[	72	21,9%
	[13-17[	55	16,7%
	[17-21[	44	13,4%
	[21-25[	19	5,8%
	[25-29[	10	3,0%
	[29-33[	1	0,3%
	[33-37[	0	0,0%

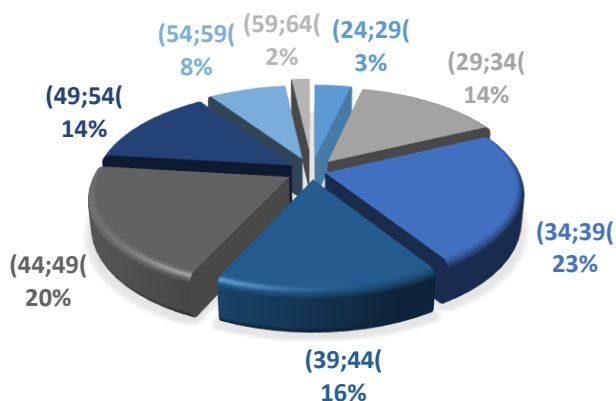
Da amostra verifica-se que 80,9% dos participantes que responderam ao questionário são do género feminino, ou seja, a categoria feminino está representada maioritariamente na amostra, o que traduzem a tendência histórica da profissão, tal como se verifica no gráfico 1.

Gráfico 1: Caraterização do género da amostra



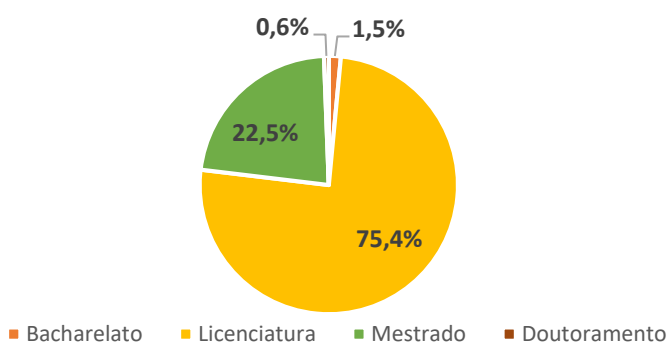
Relativamente ao escalão etário verifica-se que a maioria compreende entre os 34 e os 39 anos (23%) e entre os 44 anos e os 49 anos (20%), como mostra o gráfico 2. A média de idade é de 41,5 anos de idade, ou seja, a amostra é maioritariamente jovem/adulta. A idade mínima de 24 anos e a máxima de 61 anos.

Gráfico 2: Caraterização do escalão etário da amostra



Quanto às habilitações literárias a predominantemente é a Licenciatura, 75,4%. O que corrobora com o Temido & Dussault (2015), referem que a enfermagem de nível avançado não é enquadrada dentro de um programa académico formal, nem está sujeita a um licenciamento profissional específico na Inglaterra (sistema político de saúde semelhante ao SNS). Tal como Costa afirma, normalmente é designado entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço, e que embora não corresponda a nenhum grau académico (Costa, 2004).

Gráfico 3: Caraterização das habilitações literárias da amostra.



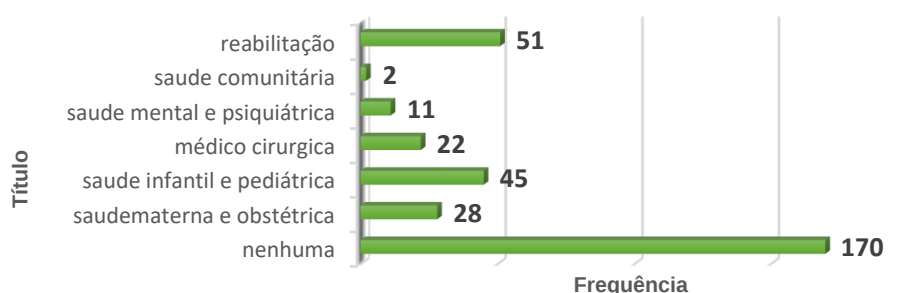
Na categoria profissional observou-se a totalidade da categoria enfermeiro (100%), quadro 9 e nenhum enfermeiro principal, fato que se prendeu com a implementação da carreira de enfermagem.

Esta amostra está mais representada por participantes sem o título de enfermeiro especialista (51,7%), quadro 9. O parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem

e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica 2016-2019, acerca da atribuição do responsável de turno, acrescenta que os critérios de escolha dos responsáveis de turno devem ser claros e a atribuição desta função deve ser a um enfermeiro com especialidade dado o seu conhecimento e competências, e, caso não exista, deverá ser o enfermeiro de cuidados gerais com competência para a função (OE, 2017). Nesta amostra mais de metade dos enfermeiros responsáveis de turno não têm especialidade.

Dos que detêm o título de enfermeiro especialista (48,3%), - gráfico 4 - confirmou-se que as especialidades mais representadas são Reabilitação (15,5%), Saúde Infantil e Pediátrica (13,7%), Saúde Materna e Obstétrica (8,5%). O parecer conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica 2016-2019, acerca da atribuição do responsável de turno é conclusiva, que o enfermeiro responsável de turno deve deter um conjunto de competências que abarcam as competências de enfermeiro e de competências comuns de especialidade, acrescentando que a especialidade na área do serviço é uma mais valia (OE, 2017).

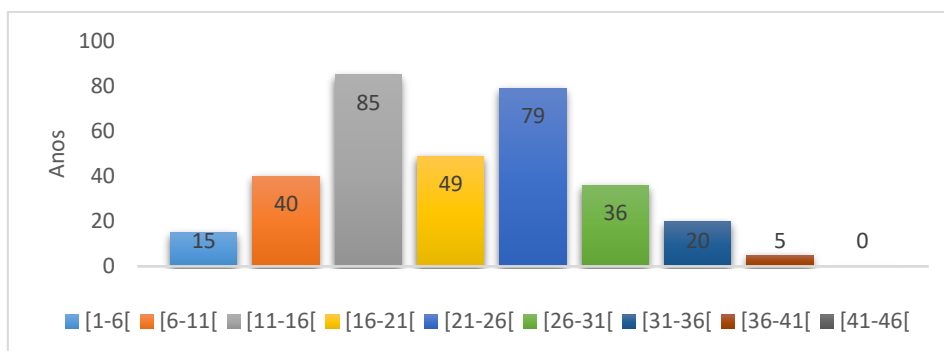
Gráfico 4: Título de enfermeiro especialista



Observa-se na amostra que a maioria dos enfermeiros tem título de enfermeiro especialista há menos de 5 anos (66,9%), corroborando Costa que afirma, que é adequado os enfermeiros com maior categoria e/ou maior antiguidade no serviço (Costa, 2004).

Quanto ao tempo de atividade profissional destaca-se na amostra que a maioria exerce a profissão há 11 a 16 anos (85%) a par com os que exercem a profissão há 21-26 anos (79%), podendo ser verificado no gráfico 5. O tempo máximo é de 30 anos, revelando uma média de 11 anos de idade, corroborando mais uma vez com Costa (2004) relativamente á antiguidade no serviço.

Gráfico 5: Tempo de atividade profissional



No âmbito do tempo de atividade profissional na instituição confirmou-se uma distribuição uniforme com destaque para o período de 7 a 12 anos (26,1%) e 22 a 27 anos (20,4%), como se pode verificar no quadro 10.

Quadro 10: Tempo de Atividade Profissional na instituição

Tempo de Atividade Profissional na instituição									
Escala	[2-7[	[7-12[	[12-17[	[17-22[	[22-27[	[27-32[	[32-37[	[37-42[	[42-47[
Frequência	38	51	86	50	67	22	13	2	0
%	11,6%	15,5%	26,1%	15,2%	20,4%	6,7%	4,0%	0,6%	0,0%

No serviço atual foi a categoria 1 a 5 anos (22,5%) e a de 9 a 13 anos (24,9%) as que confirmaram a maior prevalência de enfermeiros – quadro 11. Estes dados indicam-nos que houve nos últimos anos uma permuta de enfermeiros, uma vez que o tempo de instituição é maior que o tempo de serviço atual. Para mais, tal como foi exposto no gráfico 4, há enfermeiros com especialidade à menos de 5 anos (66,9%), podendo este facto levar a mudança de serviço e/ou assumir como responsável de turno.

O tempo mínimo é de 3 anos e máximo de 39 anos, com uma média de 16,6 anos.

Quadro 11: Tempo de Atividade Profissional no Serviço Atual

Tempo de Atividade Profissional no Serviço Atual									
Escala	[1-5[	[5-9[	[9-13[	[13-17[	[17-21[	[21-25[	[25-29[	[29-33[	[33-37[
Frequência	74	54	72	55	44	19	10	1	0
%	22,5%	16,4%	21,9%	16,7%	13,4%	5,8%	3,0%	0,3%	0,0%

2.2. Análise das propriedades psicométricas da escala CNLSES-PT

De modo a avaliar as propriedades psicométricas fiabilidade e validade de conteúdo, construto e de critério, (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; Marôco, 2014) aplicámos o questionário a uma amostra de 329 enfermeiros.

2.2.1. Fiabilidade

Tal como refere Vilelas (2017) e Vilelas & Basto (2011) os critérios de avaliação de fiabilidade são a estabilidade e a consistência interna. A fiabilidade do questionário CNLSES-PT foi comprovada pela estabilidade ou fidelidade temporal ou consistência externa através da sua reprodutibilidade com a aplicação do teste-reteste a vinte e dois (22) enfermeiros, em dois momentos diferentes, com o intervalo de cerca de 2 semanas (Aguilar, 2007; Vilelas, 2017) tendo sido utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para valores 0,768 -quadro 12 (Vilelas, 2017).

Quadro 12: Correlação de Pearson do teste-reteste

Correlação de Pearson	Score resultante dos 56 itens	Score resultante dos 56 itens
Momento 1	-----	0,768
Momento 2	0.768	-----

Já a fidelidade interna ou consistência interna a técnica para apreciar o grau da mesma foi o cálculo do coeficiente alfa (α) de Cronbach. O valor dos coeficientes varia entre 0,00 e 1,00 (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011).

Deste modo, e partindo dos cinquenta e seis (56) itens, da versão original, procedeu-se à análise do estudo de fiabilidade, determinando a consistência interna de Alfa de Cronbach. De acordo com o que foi realizado pelos autores, começamos por determinar o coeficiente para cada uma das dimensões. As dimensões representadas no quadro 13 demonstram, os valores de Alfa Cronbach para as dimensões da escala CNLSES-PT. Observa-se que a dimensão Liderança Clínica, tem consistência muito boa ($\alpha= 0,914$) e as restantes dimensões Cuidado Centrado no Cliente ($\alpha= 0,895$), Gestão da Unidade ($\alpha= 0,894$), Liderança Estratégica ($\alpha= 0,863$), Redução de Custos ($\alpha= 0,838$), Gestão da equipa ($\alpha= 0,878$) e Planeamento de cuidados ($\alpha= 0,821$) são consideradas boas (Almeida, 2017).

Quadro 13: Valores de coeficiente de fiabilidade para cada dimensão do CNLSES-PT

Dimensões	Siglas	Nº de Itens	Alfa Cronback
1: Cuidado Centrado no Cliente	CCC	11	0,895
2: Gestão de Unidade	GU	10	0,894
3: Liderança Clínica	LC	8	0,914
4: Liderança Estratégica	LE	5	0,863
5: Redução de Custos	RC	4	0,838
6: Gestão da Equipa	GE	7	0,878
7: Planeamento de Cuidados	PC	2	0,821

A existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não suficiente para garantir validade adequada (Vilelas, 2017). Desta forma, para garantir que o CNLSES-PT mede o que se propõe medir procurou-se aferir a validade do instrumento.

2.2.1. Validade

Tal como foi referido anteriormente existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de constructo e validade critério (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011; (Marôco, 2014).

A validade de critério estabelece a comparação entre a medida proposta e outra medida (teste conhecido) que serve de critério e avalia a sensibilidade para o mesmo aspeto (Vilelas, 2017). Não foi realizada neste estudo, por desconhecermos a existência de outro instrumento que servisse de comparação.

A validade do conteúdo está intimamente ligada à conceção do instrumento, logo, foi ser considerada durante a sua construção (Vilelas, 2017; Vilelas & Basto, 2011). Tal como descrito anteriormente, nesta investigação foi assegurada a validade de conteúdo através de um pré-teste e recorrendo-se a peritos na matéria e domínio a investigar.

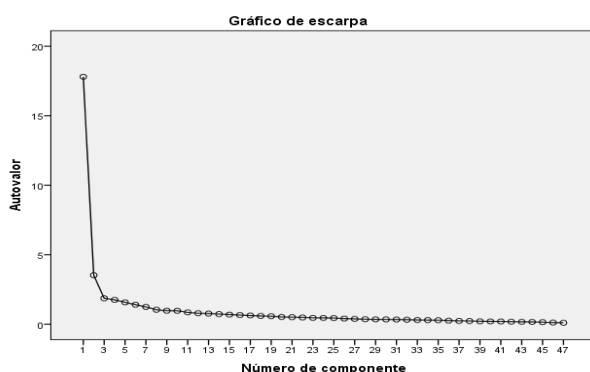
Neste capítulo explanamos a validade de constructo, sendo avaliada por procedimentos denominados de análise fatorial, através de análises estatísticas SPSS-versão 24 (Vilelas, 2017; Marôco, 2014). Este tipo de validade é, por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento. Como passo prévio, foi utilizado o método medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (Almeida, 2017; Marôco, 2014), no sentido de averiguar se os nossos dados eram viáveis em termos de utilização de uma análise fatorial. Determinando o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esferecidade de Bartlett's, a fim de aferir a qualidade das correlações (Almeida, 2017), verificámos que o KMO, apresentou um valor de **0,939** o que indica, existir uma correlação **excelente** (Almeida, 2017) entre as variáveis do CNLSES – PT, pelo que a análise de componentes principais pode ser realizada recorrendo a rotação varimax.

Iniciou-se pela análise fatorial exploratória tendo por base os 56 itens tal como o instrumento original. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Os critérios usados para a escolha da melhor estrutura fatorial foram dois ou mais itens por dimensão e Alphas de Cronbach, superiores a 0,70. Na escolha dos itens para cada fator seguiram-se os seguintes critérios: 1º - Coeficiente de saturação (*Factor Loading*) superior a 0,40 num fator, 2º fator com maior peso fatorial.

Na análise fatorial exploratória com *eigenvalue* de 1,114 verificou-se que explicava 65,229% da variância com uma matriz de 10 fatores. Ao analisarmos a contribuição de cada item para os fatores, notámos que para um destes (fator 10) apenas um item contribuía. Assim forçámos com 9 fatores (número das dimensões do questionário original), com *eigenvalue* de 1,182 que explicava 63,240% da variância, no entanto, quando estudados os 9 fatores, constatamos que um dos fatores (fator 9) apenas um item continha. Nesta matriz de componente rodada observou-se que caíram 4 itens (11, 19, 30, 33), por peso fatorial inferior a 0.4. Realizamos nova análise fatorial retirando os itens que não tinham peso fatorial e forçamos a 8 fatores. Resultou em 62,309% da variância com uma matriz de 8 fatores, com *eigenvalue* de 1,177. Constatamos mais uma vez, a contribuição de cada item para as componentes e observou-se que uma das componentes apenas continha um item (fator 8). Neste caíram mais 3 itens (5, 24, 29) por peso fatorial inferior a 0.4. Utilizou-se sempre o ponto de corte de 0,4, ou seja, as variáveis que assumem valores de correlação igual ou superior a 0,4 podem fazer parte da dimensão (Almeida, 2017).

Pela análise efetuada, refizemos novamente a análise fatorial retirando os itens que tinham peso fatorial inferior a 0,4 (11, 19, 30, 33, 5, 24, 29) e obtivemos resultados com uma matriz de 7 fatores que explicam 61,139% da variância do fenómeno em estudo, com *eigenvalue* de 1,255 (Quadro 14 e gráfico 6).

Gráfico 6: *Scree plot* da análise fatorial



componentes	Total	% de variância	% cumulativa
1	18,432	37,615	37,615
2	3,618	7,384	45,000
3	1,901	3,880	48,880
4	1,763	3,598	52,478
5	1,578	3,220	55,698
6	1,411	2,880	58,578
7	1,255	2,561	61,139
8	1,114	2,273	63,412
9	1,043	2,129	65,541
10	,971	1,982	67,523

Quadro 14: *Eigenvalue* e Variância Explicada dos Fatores

Após os resultados obtidos e analisada a matriz fatorial, com sete fatores foram formuladas sete dimensões, que mostram os coeficientes ou pesos (*loadings*) que correlacionam os itens com o fator (quadro 15). Nesta análise caiu 2 itens (23, 54). Ficando o questionário final com 47 componentes.

Quadro 15: Valores de coeficiente da Análise Fatorial

Itens	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Assume a responsabilidade pelo bem-estar dos clientes na sua unidade?	0,625						
2. Identifica os riscos dos clientes baseado na avaliação das suas necessidades?	0,620						
6. Comunica aos outros membros da equipa o plano de cuidados?	0,608						
7. Delega aspetos do plano de cuidados a outros membros da equipa?	0,648						
8. Defende efetivamente os interesses do cliente com a equipa?	0,732						
9. Defende os interesses do cliente com a sua rede de suporte?	0,638						
10. Adquire informações sobre os clientes através dos sistemas de informação?	0,643						
12. Identifica o tipo de problemas de saúde dos clientes?	0,600						
13. Utiliza os sistemas de informação para rastrear resultados clínicos dos clientes?	0,563						
14. Resolve os problemas de saúde dos clientes?	0,430						
15. Envolve a equipa na avaliação dos progressos para a obtenção de resultados clínicos desejados?	0,585						
32. Apresenta propostas para modificar o método de organização de cuidados de enfermagem na sua unidade?		0,420					
34. Integra enfermeiros especialistas/chefes de equipa na sua unidade?		3,557					
35. Orienta enfermeiros em ensino clínico no âmbito da especialização?		0,450					
44. Assegura a formação contínua dos membros da equipa?		0,477					
45. Realiza formação em práticas inovadoras aos membros da sua unidade?		0,646					
46. Participa na avaliação de desempenho dos membros da equipa?		0,743					
47. Assume a liderança de atividades da gestão organizacional?		0,681					
48. Representa a sua unidade em comissões/grupos organizacionais?		0,765					
49. Intervém em organizações profissionais relevantes?		0,804					
50. Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para o grupo profissional de enfermagem?		0,781					
36. Utiliza a investigação para melhorar as rotinas da prática clínica?			0,695				
37. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar o risco de segurança do cliente?			0,659				
38. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar os riscos para a qualidade dos cuidados?			0,690				
39. Utiliza a evidência para mudar as práticas clínicas existentes?			0,701				
40. Incluiu nos sistemas de informação clínica mudanças da prática baseada na evidência?			0,671				
41. Comunica a outros profissionais de saúde as mudanças da prática baseada na evidência?			0,642				
42. Desenvolve liderança clínica dentro da sua unidade?			0,501				
43. Promove o desenvolvimento profissional dos membros da equipa?			0,444				
51. Conhece a missão da sua organização?				0,707			
52. Utiliza o plano estratégico da organização para orientar a prática na sua unidade?				0,593			
53. Atua de acordo com os valores da organização?				0,738			
55. Defende a justiça social nas atividades da sua unidade?				0,622			
56. Envolve-se em atividades de desenvolvimento profissional?				0,612			
26. Identifica os gastos desnecessários na sua unidade?					0,821		
27. Identifica as oportunidades de redução de custos na sua unidade?					0,830		

28. Utiliza a tecnologia para reduzir custos?					0,594		
31. Identifica oportunidades de aumento da receita para beneficiar os clientes?					0,437		
16. Reúne regularmente com a equipa?						0,462	
17. Avalia o desempenho da equipa através da consecução dos objetivos e dos resultados dos cuidados ao cliente?						0,497	
18. Comunica mudanças no plano de cuidados com os membros da equipa?						0,506	
20. Aplica adequadamente os recursos humanos de forma a melhorar os resultados?						0,515	
21. Avalia como a sua unidade se ajusta ao trabalho da organização?						0,569	
22. Avalia a capacidade dos recursos disponíveis responderem ao desenvolvimento do trabalho na unidade?						0,559	
25. Aplica os recursos da unidade para melhorar efetivamente o conjunto dos resultados clínicos?						0,431	
3. Envolve os clientes na elaboração do plano de cuidados?							0,772
4. Envolve o cliente de modo obter o seu aval ao plano de cuidados?							0,736

Decorrente desta análise, e considerando as doze dimensões do instrumento original, os itens que as constituem, bem como os constructos teóricos que estão na base da liderança clínica do enfermeiro, definimos as **sete dimensões** decorrentes dos sete fatores:

Sendo assim, o fator 1 inclui 11 variáveis tais como: 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 e explica 12,669 da variância total. Este fator remete-nos para as práticas do cuidado centrado no cliente baseados em evidência científica, através da utilização dos sistemas de informação. Esta dimensão explora ainda a unidade e o seu desempenho tendo em vista a qualidade dos cuidados e a segurança do cliente pelo que vamos chamar-lhe de **Cuidado Centrado no Cliente**.

O fator 2 inclui 10 variáveis tais como: 32, 34, 35, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 e explica 12,257 da variância total. Esta dimensão reporta-nos à supervisão clínica, onde visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção do cliente, a segurança e a qualidade dos cuidados na integração de enfermeiros especialistas/chefes de equipa e na orientação de enfermeiros em formação no ensino clínico. Esta dimensão traz-nos ainda informação acerca da importância da formação contínua e a disponibilidade equipa/serviço/organização para a sua realização, pelo que vamos chamar-lhe de **Gestão da Unidade**.

O fator 3 contém 8 variáveis (36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43) e está relacionado com a liderança organizacional, uma vez que se refere a um conjunto de ações, como a escolha assertiva de estratégias, organização das atividades, motivação dos colaboradores, manutenção do relacionamento interpessoal, desenvolvimento de habilidades e competências, gestão de crise, entre outros pelo que vamos chamar-lhe de **Liderança Clínica**. O fator 3 explica 10,710 da variância total.

O fator 4 inclui as variáveis como 51, 52, 53, 55, 56 – 5 itens, e explica 7,901 da variância total. Esta dimensão parte do alinhamento entre objetivos estratégicos da organização, cultura, perceção das lacunas da organização, competências e sistemas de liderança. Estes

fatores têm de estar totalmente alinhados para haver máxima eficácia no resultado dos cuidados, pelo que vamos chamar-lhe de **Liderança Estratégica**.

O fator 5 está relacionado com as variáveis: 26, 27, 28, 31 (4 itens). Está relacionado com a melhoria da organização dos métodos cuidados de enfermagem. Dessa forma, deteta-se pontos fracos e desperdícios desnecessários que poderão ser reduzidos ou eliminados, criando oportunidades de redução de custos, pelo que vamos chamar-lhe **Redução de Custos**. O fator 5 explica 6,789 da variância total.

O fator 6 inclui as variáveis como: 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 – 7 itens. O fator 6 explica 6,427 da variância total. Conseguir executar uma boa gestão de equipas é fundamental para o sucesso. Um enfermeiro gestor de equipa deve ser capaz de liderar, motivar, inspirar, apoiar e acreditar no potencial da sua equipa, sendo visto como um elemento inspirador, que representa os valores da organização e que está comprometido em atingir os melhores resultados dos cuidados ao cliente, pelo que vamos chamar-lhe de **Gestão da Equipa**.

O fator 7 está relacionado com as variáveis: 3, 4 pelo que vamos chamar-lhe de **Planeamento de Cuidados**. O fator 7 explica 4,386 da variância total e envolve a responsabilidade pelo bem-estar do cliente, identificando as necessidades, envolvendo o cliente na elaboração/aval do plano de cuidados, sendo o cliente o foco central dos cuidados.

Estas dimensões/fatores encontram-se delineados no quadro 16, com a respetiva variância explicada

Quadro 16: Redefinição das dimensões para o CNLSES-PT

Dimensões/fatores	Itens Incluídos	Nº Itens	% da Variância total explicada
1: Cuidado Centrado no Cliente	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15	11	12,669
2: Gestão da Unidade	32, 34, 35, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50	10	12,257
3: Liderança Clínica	36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43	8	10,710
4: Liderança Estratégica	51, 52, 53, 55, 56	5	7,901
5: Redução de Custos	26, 27, 28, 31	4	6,789
6: Gestão da Equipa	16, 17, 18, 20, 21, 22, 25	7	6,427
7: Planeamento de Cuidados	3, 4	2	4,386

Sendo a validade de construto avaliada através da análise estrutural, utilizando análise fatorial já apresentada, existe, ainda, a possibilidade de ser calculada pela avaliação da **validade convergente e divergente**.

Para avaliação da validade convergente comparam-se entre si dois ou mais instrumentos, medindo o mesmo conceito (Almeida, 2017; Vilelas, 2017). Não havendo instrumento *goldstandard* para a confirmação da validade convergente pode optar-se pela avaliação da

validade divergente, de modo a avaliar se o construto de estudo não se encontra correlacionado entre si (Marôco, 2014; Vilelas, 2017).

Para verificarmos a relação entre as variáveis quantitativas das dimensões da CNLSES-PT, utilizamos o teste de Coeficiente de correlação linear de Pearson. Este teste confirma se variáveis intervalares (quantitativas) estão associadas e a sua magnitude, ou seja, as dimensões estão associadas e a sua magnitude (Almeida, 2017). Para tal foram definidas **hipóteses teóricas**: Todas dimensões influenciam-se direta e positivamente? Ou seja, as dimensões: cuidado centrado no cliente, plano de cuidados, liderança estratégica baseada em unidades, gestão de recursos financeiros, gestão de equipas, formação contínua, mobilização de outros recursos, liderança, orientador estão relacionadas positivamente (mesmo sentido) entre si?

H0: Não há relação linear entre as dimensões: cuidado centrado no cliente, plano de cuidados, liderança estratégica baseada em unidades, gestão de recursos financeiros, gestão de equipas, formação contínua, mobilização de outros recursos, liderança, orientador.

H1: Há relação linear entre as dimensões: cuidado centrado no cliente, plano de cuidados, liderança estratégica baseada em unidades, gestão de recursos financeiros, gestão de equipas, formação contínua, mobilização de outros recursos, liderança, orientador.

Regra de decisão:

- não rejeitar a H0 se $\text{sig} > \alpha = 0,05$;
- rejeitar a H0 e aceitar a H1 se $\text{sig} \leq \alpha = 0,05$.

Mas primeiro necessitou-se perceber se há distribuição normal, ou seja, aplicou-se o teste de aderência à distribuição normal Kolmogorov- Smirnov para amostras grandes, a todas as variáveis. Neste caso, dado que em todas as variáveis o $\text{sig} < 0,05$, então rejeita-se a H0 e conclui-se, que nenhuma das variáveis segue uma distribuição normal. No entanto, como todas as variáveis apresentam o valor de $n > 30$ então a violação desse pressuposto não tem consequências graves (segundo o teorema do limite central), para a concretização do teste correlação linear Pearson (Almeida, 2017), apresentados os resultados no quadro 17.

Quadro 17: Coeficiente de correlação linear de Pearson

	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Dimensão 5	Dimensão 6	Dimensão 7
Dimensão 1	1.0	.430*	.625*	.623*	.500*	.721*	.467*
Dimensão 2		1.0	.664*	.542*	.564*	.552*	.308*
Dimensão 3			1.0	.659*	.602*	.699*	.351*
Dimensão 4				1.0	.522*	.608*	.376*
Dimensão 5					1.0	.587*	.257*
Dimensão 6						1.0	.468*
Dimensão 7							1.0

*A correlação é significativa no nível 0.01(bilateral)

a) Conclui-se que há correlação linear moderada a forte entre a dimensão 1 e as dimensões 2, 3, 4, 5, 6, 7 (r Pearson = 0,430 a 0,721, p -value= 0,01 ou seja, quando em média a dimensão 1 aumenta, as restantes aumentam em média também.

b) Conclui-se que há correlação linear fraca a moderada entre a dimensão 2 e as dimensões 3, 4, 5, 6, 7 (r Pearson = 0,308 a 0,664, p -value= 0,01, ou seja, quando em média a dimensão 2 aumenta, as dimensões 3, 4, 5, 6, 7 aumentam em média também.

c) Conclui-se que há correlação linear fraca a moderada entre a dimensão 3 e as dimensões 4, 5, 6, 7 (r Pearson = 0,351 a 0,699, p -value= 0,01, ou seja, quando em média a dimensão 3 aumenta, as dimensões 4, 5, 6, 7 aumentam em média também.

d) Conclui-se que há correlação linear fraca a moderada entre a dimensão 4 e as dimensões 5, 6, 7 (r Pearson = 0,376 a 0,608, p -value= 0,01, ou seja, quando em média a dimensão 4 aumenta, as dimensões 5, 6, 7 aumentam em média também.

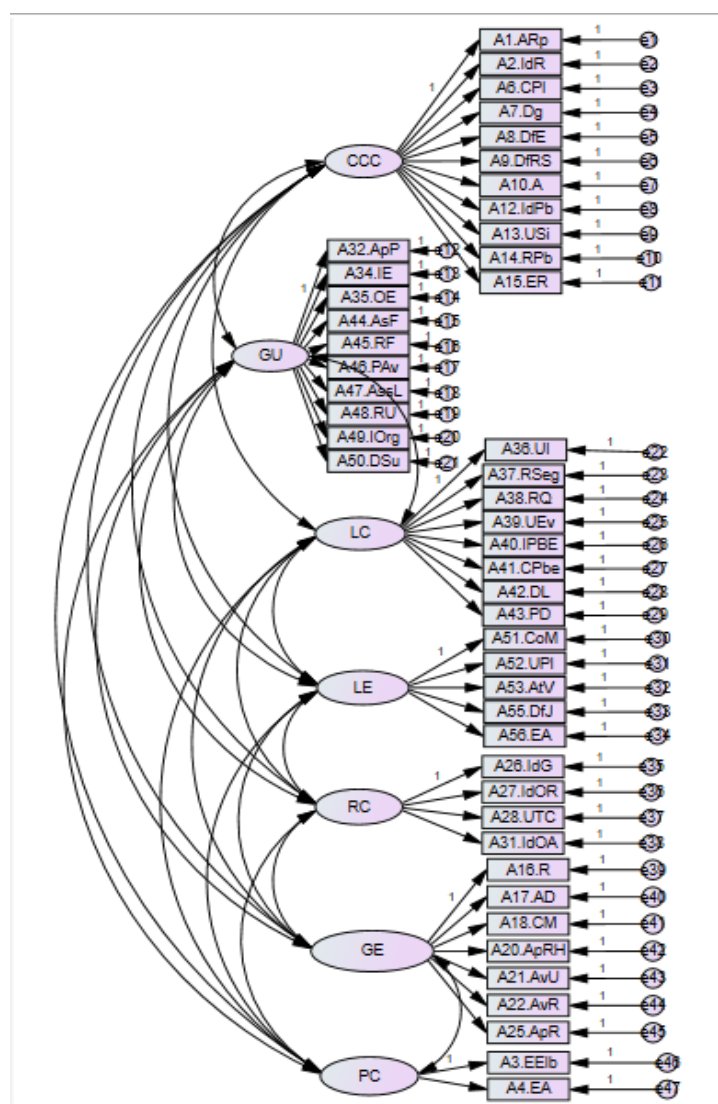
e) Conclui-se que há correlação linear muito fraca a moderada entre a dimensão 5 e as dimensões 6 e 7 (r Pearson = 0,380 a 0,468, p -value= 0,01, ou seja, quando em média a dimensão 5 aumenta, *formação contínua*, as dimensões 6 e 7 aumentam em média também.

f) Conclui-se que há correlação linear moderada entre a dimensão 6 e a dimensão 7 (r Pearson = 0,468, p -value= 0,01, ou seja, quando em média a dimensão 6 aumenta, a dimensão 7 aumenta em média também.

Em suma, todas dimensões influenciam-se direta e positivamente, ou seja, as dimensões 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 estão relacionadas positivamente (mesmo sentido) entre si.

A avaliação fatorial do CNLSES-PT numa amostra de enfermeiros líderes clínicos foi avaliada por intermédio de uma análise fatorial confirmatória com software AMOS. A fiabilidade compósita e a variância extraída média para cada fator foram avaliadas como descrito em Marôco (2017). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalabis (D^2) e anormalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e a curtose (Ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$). Quatro observações apresentaram valores de D^2 que sugeriam que essas observações. A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os índices respetivos valores de referência a saber: X^2/df , CFI, GFI, RMSEA, P [$rmsea < \text{ou} = 0,05$] e MECVI. A qualidade e do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi feito a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS e com base em modificações teóricas.

Figura 2: Modelo septa-fatorial da CNLSES-PT ajustado a uma amostra de 329 enfermeiros líderes clínicos



O modelo septa-fatorial da CNLSES-PT ajustado a uma amostra de 329 enfermeiros líderes clínicos revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2/df=2.897$; CFI= 0,903; GFI= 0,898, RMSEA=0,08; $P [rmsea < \text{ou} = 0,05] < 0,001$; MECVI=1,076). Depois de eliminadas quatro observações *ouliers*, removidos os itens, cujos índice de modificação sugeriam a saturação destes itens em fatores diferentes daqueles sugerido na versão original da CNLSES-PT, e correlacionados os erros de medida dos itens. Adicionalmente, o modelo simplificado apresentou uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original na amostra sob estudo ($X^2 (27) = 138.464$, $p < 0.05$) bem como MECV>I consideravelmente menor (0.6 vs 1.085). A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se adequada sendo de 0.783 para o Cuidado Centrado no cliente, 0.874 para a Gestão da Unidade, 0.798 para a Liderança Clínica, 0.845 para a Liderança Estratégica, 0.741 para a Redução de Custos, 0.714 para a Gestão da Equipa e 0.689 para o Planeamento de Cuidados. A variância extraída média (VEM), um indicador da validade convergente dos fatores, revelou-se elevado para o Cuidado Centrado no cliente, para a Gestão da Unidade, a Liderança Clínica e a Liderança Estratégica e aceitável para a Redução de Custos e para a Gestão da Equipa e fraca para o Planeamento de Cuidados. A figura 3 apresenta os valores dos pesos fatoriais estandardizados e a fiabilidade individual de cada um dos itens no modelo final simplificado. A validade discriminante dos fatores foi avaliada pela comparação das VEM com os quadrados da correlação dos fatores. Sendo $VEM_{CCC}=0.70$ e a $VEM_{LC}=0.61$ superiores ao $r^2_{ED}=0.09$ podemos afirmar que os dois fatores têm validade discriminante. De forma semelhante podemos demonstrar a validade discriminante dos fatores subsequentes cujas correlações ao quadrado são consideravelmente inferiores aos valores de VEM de cada um dos fatores.

3 – CONCLUSÕES

Em suma, após percorrer o processo de análise psicométrica do CNLSES-PT, verificamos que este apresenta boa fiabilidade e validade, podendo ser usado de forma segura, em Portugal.

Sabendo que a função desempenhada pelo enfermeiro líder clínico é focada na gestão do cuidado centrado no cliente e na excelência clínica, tornou-se pertinente avaliar a confiança destes enfermeiros. Embora os enfermeiros de prática avançada estivessem confiantes de que tinham influência positiva sobre a prática dos colegas, há uma falta de evidência que demonstra claramente o seu impacto. Assim, validação de uma escala que permita avaliar a confiança dos enfermeiros no desempenho das competências associadas ao papel dos enfermeiros líderes clínicos para a população portuguesa, CNLSES-PT, permite colmatar esta lacuna.

Um outro achado foi que o enfermeiro líder clínico, ainda está a lutar para definir o papel dentro da unidade de saúde. O reconhecimento e apoio pelos colegas enfermeiros e pela instituição é um trampolim para estabelecer a autoconfiança dos mesmos. No entanto, muitos enfermeiros líderes clínicos não estão na prática a exercer funções para a qual estão intitulados ou designados e/ou temem que seu papel seja retirado da cabeceira do cliente, ou eliminados como resultado de restrições económicas dentro de suas organizações, diminuindo assim a sua confiança no desempenho da sua função.

Os resultados deste estudo indicam que o CNLSES-PT pode ser utilizado de forma segura, pois seguiram todos os passos metodológicos de forma sistemática e alcançaram bons resultados quanto à sua fiabilidade e validade.

A fiabilidade do questionário foi determinada pelo alpha de Cronbach. Os resultados obtidos revelaram que o instrumento de recolha de dados tem uma excelente fiabilidade ($\alpha = 0,960$). Observa-se que a dimensão Liderança Clínica, tem consistência muito boa ($\alpha = 0,914$) e as restantes dimensões tais como a dimensão Cuidado Centrado no Cliente ($\alpha = 0,895$), a dimensão Gestão da Unidade ($\alpha = 0,894$), a dimensão Liderança estratégica ($\alpha = 0,863$), a dimensão Redução de Custos ($\alpha = 0,838$), a dimensão Gestão da Equipa ($\alpha = 0,878$) e a dimensão Planeamento de Cuidados ($\alpha = 0,821$) são consideradas boas (Almeida, 2017).

A validade de conteúdo foi assegurada logo na conceção do instrumento através de um pré-teste e pela equipa de peritos. Conclui-se que a linguagem da profissão exige uma

tradução cuidadosa, a fim de melhorar a probabilidade de que a linguagem usada para descrever determinados conceitos, seja equivalente, entre países.

A validade de critério foi determinada através de análise fatorial do tipo exploratória e confirmatória. Pela análise fatorial efetuada, obtivemos resultados com uma matriz de 7 fatores que explicam 61,139% da variância do fenómeno em estudo, com *eigenvalue* de 1,255. Como passo prévio, para avaliação da adequação da amostragem, determinamos o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett's, a fim de aferir a qualidade das correlações (Almeida, 2017). O KMO, apresentou um valor de 0,939 o que indica, uma correlação excelente entre as variáveis do CNLSES – PT, pelo que a análise de componentes principais foi realizada. A correlação linear de Pearson, revelou que todas as dimensões se influenciam direta e positivamente, ou seja, as dimensões estão relacionadas positivamente entre si.

As dimensões de um modo geral sofreram alterações relativamente ao teste piloto realizado pela autora da escala. Este fato deve-se ao fato de por um lado ser uma realidade de cultural diferente e por outro a política de saúde também diferente que nos levou a uma adaptação mais completa e complexa. No entanto, não se verificou a existência de nenhum artigo com este tipo de análise (análise fatorial do tipo confirmatória), assinalado como limitação no estudo piloto, não sendo possível comparar resultados, mas apenas conclusões.

Como limitações para o estudo considera-se a pouca experiência em trabalhos de tradução, validação e adaptação de questionários, o facto de apenas ter sido possível aplicar o questionário a um centro hospitalar, ainda que de referência a nível nacional. Seria útil ampliar este estudo a nível nacional e nos diferentes contextos de prática de cuidados.

Como implicações para a investigação, este trabalho permitiu facultar à comunidade científica um instrumento de colheita de dados validado para a cultura e contexto português. Para o contexto hospitalar, os resultados deste estudo permitem estabelecer benchmarking com os resultados de estudos internacionais e colocar os enfermeiros portugueses na discussão com investigadores mundiais sobre assuntos atuais e de extrema importância para a valorização e qualificação dos sistemas de saúde.

Como implicações para o contexto da prática, este estudo permitiu facultar aos enfermeiros gestores uma ferramenta que quando aplicada aos enfermeiros da prática permite a obtenção de resultados que indicam a confiança dos enfermeiros, relativamente a sua função de liderança clínica, isto é a funções chave que os enfermeiros responsáveis de turno/equipa desempenham e que não são reconhecidos como tal, ainda que com importância a nível dos resultados aos clientes e consequentemente ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ AACN (2007). American Association of Colleges of Nursing white paper on the education and role of the Clinical Nurse Leader. Nurse Leader. *American Association College of Nursing*. 2007(fevereiro), 1–40. Acedido em março de 2019. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/cnl>
- ✓ AACN (2007). *Implementing a new nursing role – the Clinical Nurse Leader – for improved patient care outcomes. Final report of the implementation task force*. Washington, DC: Author.
- ✓ AACN (2013). Competencies and Curricular Expectations for Clinical Nurse Leader Education and Practice. *American Association of Colleges of Nursing*. 2013 (outubro), 1-43. Acedido em março de 2019. Disponível em: <http://faculty.sites.uci.edu/ncrc/files/2016/01/60.pdf>
- ✓ Aguiar, Pedro (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Climepsi Editores: Lisboa.
- ✓ Aiken, L., Cimiotti J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L., & Neff D. (2012) Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *The Journal of Nursing Administration*, 42 (10), 10-16.
- ✓ Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em ciências da Saúde- Um guia com o SPSS*. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- ✓ APEGEL. (s.d.). Referencial de competências para enfermeiros na área da gestão. Obtido de Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança: Acedido em fevereiro de 2019. Disponível em: <http://www.apegel.org/pages.aspx?pg=pagina14>
- ✓ Australian College of Nursing (ACN) (2015). *Nurse Leadership*. Acedido em fevereiro de 2019. Disponível em: www.acn.edu.au
- ✓ Baernholdt, M., & Cottingham, S. (2011). The Clinical Nurse Leader - new nursing role with global implications. *International Nursing Review*. 58 (1), 74-78. Obtido de Associação

Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança: Acedido em fevereiro de 2019.
Disponível em: <https://doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00835.x>

- ✓ Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*. (24)25. 3186-3191.
- ✓ Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*. 1(1), 1–45. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
- ✓ Bender, M. (2014). The current evidence base for the clinical nurse leader: A narrative review of the literature. *Journal of Professional Nursing*. 30(2), 110-123.
- ✓ Bender, M. (2016 a). Clinical nurse leader integration into practice: developing theory to guide best practice. *Journal of Professional Nursing*, 32(1), 32–40.
- ✓ Bender, M. (2016 b). Conceptualizing clinical nurse leader practice: an interpretive synthesis. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 23 - 31.
- ✓ Bender, M., Williams, M., & Su, W. (2016). Diffusion of a Nurse-led healthcare innovation: Describing certified clinical Nurse Leader integration into care delivery. *Journal of Nursing Administration*, 46(7–8), 400–407. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000365>
- ✓ Bombard, E., Chapman, K., Doyle, M., Wright, D., Shippee-Rice, R., & Kasik, D. (2010). Answering the Question, “What Is a Clinical Nurse Leader?” *Journal of Professional Nursing*. 26(6), 332–340. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.04.001>
- ✓ Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., Dussault G. (2013). Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. *Revista Latino-Americana*, 21, 1-10.

- ✓ Burns, N. & Grove, S. (2017). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5ª ed.). St Louis: Elsevier/Saunders.

- ✓ Câmara, P., Guerra, P., & Rodrigues, J. (2016). *Humanator XXI. Recursos Humanos e Sucesso Empresarial* (7ª ed.). Alfragide: D. Quixote.

- ✓ Clavo-Hall, J., Bender, M., & Harvath, T. (2018). Roles enacted by Clinical Nurse Leaders across the healthcare spectrum: A systematic literature review. *Journal of Professional Nursing*. 34(4), 259–268. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.11.007>

- ✓ Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 Anos*, 234–251. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

- ✓ Cummings, G., Midodzi, W., Wong, C., Estabrooks, C. (2010). The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. *Nursing Research*. 59 (5), 331-339.

- ✓ Davidson, P., Elliott, D., Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*. 14 (3), 180-187.

- ✓ Decreto-Lei nº 104/98 (1998). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I-A (n.º 93/1998 de 1998-04-21), 1739-1757. ELI: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/175784/details/normal?p_p_auth=oJ6DZuLi

- ✓ Decreto-Lei nº 161/96 (1996). Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo decreto-lei nº 161/1996. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I-A (nº 205/1996 de 1996-09-04), 2959-2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

- ✓ Decreto-Lei nº 247/2009 (2009). Regime da Carreira de enfermagem, aprovado pelo Decreto-Lei nº 247/2009. Ministério da Saúde. *Diário da República*, série I (n.º

184/2009 de 2009-09-22), 6758-6761. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2009/09/22/p/dre/pt/html>

- ✓ Decreto-Lei nº 248/2009 (2009). Regime da Carreira especial de Enfermagem, aprovado pelo Decreto-Lei nº 248/2009. Ministério da Saúde. *Diário da República*, série I (n.º 184/2009 de 2009-09-22), 6761-6765. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/248/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- ✓ Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010). *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*, OECD Health Working Papers. OECD Publishing, Paris. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- ✓ Despacho nº 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, aprovado pelo despacho nº 1400-A/2015. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1º suplemento, série II (Nº 28 de 2015-02-10), 3882(2)-3882(10). ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>
- ✓ Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- ✓ Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2ª ed.). USA: Jones & Bartlett Learning.
- ✓ Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 38(1), 29-39. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x
- ✓ Downey, M., Parlson, S., Smart, M. (2011) The hidden treasure in nursing leadership: informal nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. 19 (4), 517-521.
- ✓ 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 (286), 1-15. doi: 10.1186/1472-6963-12-286

- ✓ Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: Findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1079–1090. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x>

- ✓ Gilmartin, M. J. (2014). Variations in clinical nurse leaders' confidence with performing the core role functions. *Journal of Professional Nursing*. 30(4), 307–316. Acedido em janeiro de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.11.002>

- ✓ Gilmartin, M.J. & Nokes, K. (2015). A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®: Results of a Pilot Study. *Nursing Economic\$*. 33 (3). 133-143.

- ✓ Godinho, N. (2018). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- ✓ Gray, J. R. (2017). Capítulo 9: Ethics in Research. In Gray, J., Grove, S. & Sutherland, S.(coord.), *The Practice of Nursing Research*. 8ª ed. (157-191). St Louis: Elsevier/Saunders.

- ✓ Guimarães, R. & Cabral, S. (2010). *Estatística*. Lisboa: Edições Profissionais Sociedade Unipessoal.

- ✓ Houskamp, E. S. (2013). A Case Study Investigating: The Development, Implementation, And Perceptions of Transformational Leadership Practices Of The Clinical Nurse Leader. *ProQuest Dissertations and Theses*. Acedido em janeiro de 2018. Disponível em:
http://ezproxy.net.ucf.edu/login?url=http://search.proquest.com/docview/1353398980?accountid=10003%5Cnhttp://sfx.fcla.edu/ucf?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+&+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+&+

- ✓ Huber, D. (2010). *Leadership and nursing care management* (4ª ed.). Filadélfia: Saunders.

- ✓ Institute of Medicine (IOM) (2011). *The Future of Nursing Leading Change, Advancing Health*. Washington. DC: The National Academies Press.

- ✓ International Council of Nurses (ICN) (2019). International Workforce Forum calls for urgent action from governments to address global nursing shortage. International Council of Nurses: Genebra. Acedido em março de 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/news/icn-international-workforce-forum-calls-urgent-action-governments-address-global-nursing>

- ✓ Irvine, D., Sidani, S. & Hall, M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic*.16 (87) 58–64.

- ✓ Kimball, B., Joynt, J., Cherner, D., O'Neil, E. (2007). The quest for new innovative care delivery models. *Journal of Nursing Administration*. 37(9), 392–398.

- ✓ Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide.

- ✓ Laschinger, H., Wong, C., Grau, A. (2012). Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*. 21 (3), 541-552.

- ✓ Lei nº 158/2015 (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pela Lei nº 182/2015. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (nº 182/2015 de 2015-09-17), 8202-8219. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/158/2015/09/17/p/dre/pt/html>

- ✓ Locke, R., Leach, C., Kitsell, F., Griffith, J. (2011). The impact on the workload of the Ward manager with the introduction of administrative assistants. *Journal of Nursing Management*. 19 (2), 177-185.

- ✓ Lopes, D., Castro, E. & Simões, J. (2018). *Saúde 2040: Planeamento de médicos e enfermeiros em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina.

- ✓ Maier, C., Aiken L. and Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, nº. 98, OECD Publishing,

Paris. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>

- ✓ Marôco, J. & Bispo, R (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi editora.
- ✓ Marôco, J. (2014). *Análise de Equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. 2ª ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- ✓ Martsolf, G., Gordon, T., May, L., Mason, D., Sullivan, C., Villarruel, A. (2016). Innovative nursing care models and culture of health: Early evidence. *Nurs Outlook*. 64(4), 367-376. doi: 10.1016/j.outlook.2016.02.009.
- ✓ McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472–479.
- ✓ McDowell I. (2006). *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3ª ed. Oxford: University Press.
- ✓ Mitchell, P., Ferketich, S., Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursingscholarship*. 30(1), 43-46.
- ✓ OCDE (2017). *Health at a Glance 2017: OCDE Indicators*. OCDE Publishing, Paris. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health-glance-2017-en>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007). Parecer conjunto nº 01/2017. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica 2016-2019. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). Enfermeiros: Uma voz para Liderar – A saúde é um direito humano, Dia Internacional do Enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: www.ordemdosenfermeiros.pt

- ✓ Perry, A. (2013). The clinical nurse leader: Improving outcomes and efficacy in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 39(4), 334-339. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.10.001>.

- ✓ Pestana, M. & Gageiro, J (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*, 5ªed. Lisboa: Silabo.

- ✓ Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2015) *Methodology for JBI reviews. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide (Australia): The Joanna Briggs Institute.

- ✓ Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos e avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- ✓ Regulamento n.º 190/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. Ordem dos enfermeiros. *Diário da República*, série II (N.º 79 de 2015-04-23), 10087-10090. ELI: <https://dre.pt/home/dre/67058782/details/5/maximized?serie=II&dreId=67059992>

- ✓ Regulamento nº 122/2011 (2011). Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas, aprovado pelo Regulamento nº 122/2011. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (Nº 35 de 2011-02-18), 8648-8653. ELI: https://dre.pt/web/quest/pesquisa-avancada/-/asearch/3477011/details/maximized?serie=II&search=Pesquisar&ano=2011&parte_fi_lter=33&types=DR&dreId=741508

- ✓ Regulamento nº 76/2018 (2018). Regulamento Competência Acrescida Avançada em Gestão, aprovado pelo Regulamento nº 21/2018. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, série II (Nº 21 de 2018-01-30), 3478-3487.ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114599547/details/normal?l=1>

- ✓ Ritter-Teitel, J. (2012). Evolving forms of accountable care organizations: Implications for nurse leaders. *Nurse Leader*. 10(6), 36-38.

- ✓ Schmidt, S., & Bullinger, M. (2003). Current Issues in Cross-Cultural Quality of Life Instrument Development. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(2), 29-34. doi:10.1053/apmr.2003.50244.

- ✓ Sorbello, B. (2010). *Clinical nurse leader stories: a phenomenological study about the meaning of leadership at the bedside*. (tese de doutoramento). Florida Atlantic University, Florida.

- ✓ Sotomayor, G. (2017). Clinical Nurse Leaders: *Fulfilling the Promise of the Role*. *MEDSURG Nursing*. 26(1), 21–32. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=121353509&site=ehost-live>

- ✓ Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 17(2): 268-274. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

- ✓ Stavrianopoulos T. (2012). The clinical nurse leader. *Health Science Journal*. 6(3), 392-401.

- ✓ Temido, M. & Dussault, G. (2015). How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: Lessons from England. *Health Policy*, 19(4), 475–487. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.005>

- ✓ Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S., Van Heusden D., Wouters, K., Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events – a cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 51 (8), 1123-1134.

- ✓ Vilelas, J. & Basto, M. (2011). Validação para a língua portuguesa da Escala de Funck et. al., Barreiras à utilização da investigação. *Pensar em Enfermagem*. 15(1), 25-38.

- ✓ Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

- ✓ Wesolowski, M., Casey, G., Berry, S., & Gannon, J. (2014). The clinical nurse leader in the perioperative setting: A preceptor experience. *AORN Journal*. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.11.021>

- ✓ Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P. (2005) Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 8 (2) 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

- ✓ Wilson, L., Orff, S., Gerry, T., Shirley, B. R., Tabor, D., Caiazzo, K., & Rouleau, D. (2013). Evolution of an innovative role: The clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 175–181. Acedido em janeiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01454.x>

- ✓ Wong C., Cummings G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 15 (5), 508-521.

ANEXOS

Anexo I: Regulamento de Competência Acrescida Avançada
em Gestão (Regulamento nº76/2018)



PARTE D

CONSELHO SUPERIOR DA MAGISTRATURA

Despacho (extrato) n.º 1112/2018

Por despacho do Exmo. Vice-Presidente do Conselho Superior da Magistratura, de 18 de janeiro de 2018, foi deferido ao Exmo. Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça Jubilado, Dr. Carlos Alberto Fernandes Cadilha, o pedido de alteração do prazo da suspensão temporária da condição de jubilado, nos termos e para os efeitos do disposto

no artigo 7.º, n.º 5 do Decreto-Lei n.º 10/2011, de 20 de janeiro, na redação introduzida pela Lei n.º 20/2012, de 14 de maio, para o período de três anos, renovável, com efeitos reportados à data da publicação do despacho (extrato) n.º 133/2018 (2.ª série), *Diário da República* n.º 2, de 03 de janeiro.

18 de janeiro de 2018. — O Juiz Secretário do Conselho Superior da Magistratura, *Carlos Castelo Branco*.

311073561



PARTE E

ORDEM DOS ENFERMEIROS

Regulamento n.º 76/2018

Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão

Preâmbulo

A Ordem dos Enfermeiros, doravante Ordem, enquanto associação pública profissional, tem como atribuições regular e supervisionar o acesso à profissão de enfermeiro e o seu exercício, bem como aprovar as normas técnicas e deontológicas respetivas, conforme previsto no n.º 2 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, doravante EOE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, na versão dada pela entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

Bem assim, cabe à Ordem, “zelar pela função social, dignidade e prestígio da profissão de enfermeiro, promovendo a valorização profissional e científica dos seus membros” e “definir o nível de qualificação profissional e regular o exercício profissional”, nos termos do disposto nas alíneas *a)* e *e)* do n.º 3 do artigo 3.º do EOE.

Considerando que:

O n.º 2 do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, adiante REPE, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, determina que são “autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”;

O n.º 6 do artigo 9.º do REPE estatui que “os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”;

Foi publicado, no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 200, de 17 de outubro de 2017, o Regulamento n.º 555/2017, de 20 de setembro, que estabelece o regime da certificação individual de competências, no âmbito dos procedimentos de atribuição de competência acrescida diferenciada ou avançada e do título de enfermeiro especialista, bem como o Regulamento n.º 556/2017, também de 20 de setembro, que definiu o regime geral das áreas de competência acrescida, regendo o processo de reconhecimento das mesmas;

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela Ordem, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional;

Nos termos da alínea *h)* do n.º 1 do artigo 27.º do EOE, o Conselho Diretivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem e parecer favorável do Conselho Jurisdicional, em reunião de 15 de Novembro de 2017 deliberou aprovar o seguinte Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, o qual foi submetido a consulta pública pelo período de 30 dias, nos termos do disposto do artigo 101.º do Código

do Procedimento Administrativo e aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros em 03 de janeiro de 2018, em Coimbra:

Artigo 1.º

Objeto e fontes

1 — O presente Regulamento define o perfil de competências do Enfermeiro Gestor e os termos da sua certificação como competência acrescida avançada em Gestão, no âmbito do exercício profissional de Enfermagem.

2 — O processo de certificação individual de competências rege-se pelo Regulamento n.º 555/2017, de 20 de setembro, encontrando-se o regime geral das áreas de competência acrescida estabelecido no Regulamento n.º 556/2017, de 20 de setembro.

Artigo 2.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento entende-se por:

a) Competências acrescidas: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade, nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo;

b) Competências acrescidas avançadas: os conhecimentos, habilidades, e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências de enfermeiro especialista, a perícia fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de intervenção avançada, potenciando a promoção da qualidade da intervenção do enfermeiro especialista;

c) Enfermeiro Gestor: o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde;

d) Certificação de competências: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e/ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da enfermagem;

e) Reconhecimento: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios

estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida;

f) Atribuição de competência: o processo de qualificação orientado para potenciar o exercício profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista e que permite reconhecer, validar e certificar competências adquiridas, através de processos de aprendizagem ao longo da vida, em diferentes domínios do exercício profissional e em diferentes áreas disciplinares, conferindo ao enfermeiro ferramentas para ultrapassar situações profissionais, com iniciativa e responsabilidade pela mobilização dos conhecimentos necessários a uma intervenção diferenciada acrescentando ganhos em saúde;

g) Domínio de competência: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;

h) Descritivo de competência: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;

i) Unidade de competência: segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo;

j) Critérios de competência: os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente.

Artigo 3.º

Âmbito e finalidade

1 — O disposto no presente Regulamento aplica-se a todos os enfermeiros, inscritos como membros efetivos da Ordem, independentemente do contexto jurídico institucional onde os mesmos desenvolvem a sua atividade, nomeadamente, público, privado e social, e qualquer que seja o seu regime contratual, em ordem a garantir que o exercício profissional se efetiva em conformidade com a sua Deontologia Profissional e demais normativos específicos da enfermagem, assegurando, assim, uma gestão de qualidade.

2 — O perfil do enfermeiro com competência acrescida avançada em gestão integra, cumulativamente, as competências do enfermeiro especialista comuns e específicas, previamente adquiridas, e enforma um modelo de competências distintivas, que definem e se constituem como referencial do enquadramento regulador para o seu exercício.

3 — O processo de gestão, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, desenvolve-se de acordo com a gradação da complexidade das suas funções, nos diversos contextos do exercício profissional de enfermagem, e aos três níveis da gestão, nomeadamente:

a) Nível estratégico ou institucional, referente à gestão de topo da Organização;

b) Nível tático ou intermédio, referente à gestão de um conjunto de unidades e/ou serviços ou departamentos;

c) Nível operacional, referente à gestão de serviço e/ou unidade assistencial.

4 — O desempenho das competências inerentes às funções de gestão, referidas no número anterior, no âmbito do exercício profissional de enfermagem compete, exclusivamente, aos detentores de título de enfermeiro especialista, com atribuição da competência acrescida avançada em gestão, devidamente inscrita na cédula profissional.

5 — Relativamente aos níveis de gestão tática e estratégica, os critérios de competência diferenciadores e específicos constituem-se como um referencial a observar no exercício de funções nestes níveis de gestão.

Artigo 4.º

Domínios da competência acrescida avançada em Gestão

Os domínios da competência acrescida avançada em gestão são:

a) Domínio da gestão;

b) Domínio da assessoria e consultadoria.

Artigo 5.º

Competências do domínio da gestão

1 — As áreas e as respetivas competências do domínio da gestão são as seguintes:

a) A prática profissional ética e legal (A):

Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

b) A gestão pela qualidade e segurança (B):

Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

c) A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional (C):

Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

d) O planeamento, organização, direção e controlo (D):

Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

e) A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (E):

Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

2 — Na estruturação do referencial de competências do presente Regulamento, cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de competência, nos termos do disposto no Anexo I.

3 — As áreas e as respetivas competências referidas no n.º 1 e as unidades de competência são comuns aos três níveis de gestão.

4 — Os critérios de competência, identificados como diferenciadores dos níveis de desempenho relativos à gestão tática e estratégica, no âmbito das unidades de competência enunciadas, integram os do nível de gestão operacional, numa lógica cumulativa, conferindo a proficiência inerente ao exercício dos respetivos níveis de gestão. Esta está relacionada, nomeadamente, com:

a) A profundidade e compreensão do conhecimento;

b) A amplitude, profundidade e compreensão das aptidões;

c) A responsabilidade e autonomia.

Artigo 6.º

Competência do domínio da assessoria e consultadoria

1 — A área e a respetiva competência do domínio da assessoria e consultadoria é a seguinte: O exercício da assessoria e consultadoria (F):

Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

2 — Na estruturação do referencial de competências do presente Regulamento, a competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de competência, nos termos do disposto no Anexo II.

Artigo 7.º

Requisitos

1 — Podem requerer a certificação individual da competência acrescida avançada em gestão os enfermeiros que reúnam os seguintes requisitos:

a) Estar inscrito na Ordem como membro efetivo;

b) Ter o pagamento de quotas regularizado;

c) Ser detentor do título de enfermeiro especialista, atribuído pela Ordem há, pelo menos, três anos;

d) Ser detentor do título de enfermeiro, atribuído pela Ordem há, pelo menos, 10 anos;

e) Ser detentor de formação pós-graduada, realizada em instituição de ensino superior, com um mínimo de 30 ECTS, cujo programa formativo deve integrar as áreas temáticas constantes do Anexo III ao presente Regulamento e tenha beneficiado de acreditação pela Ordem, de acordo com o Regulamento n.º 557/2017 (com as Declarações de retificação n.º 774/2017 e n.º 831/2017), ou ser detentor de formação na área da gestão, conferente de grau académico, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 2 e 3;

f) Deter experiência profissional na área da gestão e demonstrar atividade profissional, de acordo com o Anexo IV ao presente Regulamento, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 2, 3 e 4.

2 — Estão dispensados dos requisitos previstos nas alíneas e) e f) do número anterior os detentores de categoria profissional subsistente (enfermeiro-chefe e enfermeiro-supervisor), nos termos do disposto no artigo 24.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, e do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, bem como os detento-

res de categoria profissional subsistente, cujo acesso às mesmas se fez nos termos do n.º 3 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro.

3 — Estão igualmente dispensados dos requisitos previstos nas alíneas e) e f) do n.º 1, os enfermeiros que, à data de publicação do presente regulamento, tenham, pelo menos, 5 anos de exercício comprovado de funções em cargos de direção e administração do Sistema Nacional de Saúde, sendo os seus casos apreciados e decididos nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 11.º

4 — Estão dispensados do requisito previsto na alínea f) do n.º 1 os enfermeiros que preencham, pelo menos, 15 dos descritores de atividade profissional complementar previstos no Anexo IV ao presente Regulamento.

Artigo 8.º

Apresentação do pedido

1 — O pedido de certificação individual de competências deve ser formalizado através de requerimento, constante de formulário próprio, o qual deve ser submetido na plataforma eletrónica disponível para o efeito.

2 — O requerimento deve ser dirigido ao Presidente do Conselho Diretivo.

3 — Do requerimento deve constar, nomeadamente, o nome completo do requerente, o nome profissional, a data de nascimento, o sexo, o estado civil, a nacionalidade, a naturalidade, a filiação, a residência habitual, o número de membro da Ordem, o domicílio profissional, o correio eletrónico, os contactos telefónicos, os números de identificação civil e fiscal, a formação académica que sustenta o pedido de certificação individual de competências, a instituição de ensino superior onde a mesma foi realizada, o ano de conclusão da formação, a descrição do percurso formativo e profissional e a competência acrescida avançada requerida.

4 — Devem acompanhar o requerimento:

a) Digitalização do diploma, certidão ou certificado da formação habilitante, nos termos referidos na alínea e) do n.º 1 do artigo 7.º;

b) Comprovativo de experiência profissional na área da gestão, nos termos referidos na alínea f) do n.º 1 do artigo 7.º;

c) Digitalização de documentos comprovativos da sua atividade profissional, que sustentem as atividades complementares, constantes no Anexo IV ao presente regulamento.

5 — Após a submissão do requerimento e dos documentos através da plataforma eletrónica, o requerente é notificado para, no prazo de 30 dias úteis, proceder à apresentação e/ou envio dos originais ou cópias autenticadas daqueles documentos, junto da Secção Regional na qual o processo será tramitado.

6 — Em caso de lapso no preenchimento do formulário referido no n.º 1, de não apresentação ou remessa de todos os documentos exigidos, ou da necessidade de esclarecimentos adicionais, a Ordem notifica o requerente para que este apresente/junte ao processo os documentos em falta ou preste os devidos esclarecimentos.

7 — A apresentação/junção dos documentos e a prestação dos esclarecimentos nos termos referidos no número anterior devem ser efetuadas no prazo de 10 dias úteis a contar da notificação, sob pena de caducidade do processo.

8 — A caducidade prevista no número anterior não impede o interessado de iniciar novo processo de certificação individual de competências, mediante pagamento das taxas e dos emolumentos que se encontrem em vigor.

Artigo 9.º

Validação e atribuição de competência

1 — Recebido o requerimento e os documentos através da plataforma eletrónica disponível para o efeito, os mesmos são submetidos à análise do Júri Nacional, constituído nos termos do n.º 2 do artigo 4.º do Regulamento n.º 555/2017, de 20 de setembro.

2 — Compete ao Júri Nacional analisar os processos de desenvolvimento, com base nos descritores previstos no Anexo IV ao presente Regulamento.

3 — O Júri Nacional pode solicitar ao requerente, aos demais órgãos da Ordem, a enfermeiros ou enfermeiros especialistas ou a qualquer entidade pública ou privada, informações adicionais que repute convenientes para a apreciação do mérito do pedido formulado.

4 — Após instrução completa do processo, o Júri Nacional, no prazo máximo de 90 dias úteis, deve concluir a análise do processo e remeter parecer, devidamente fundamentado, ao Conselho Diretivo.

5 — O parecer referido no número anterior deve ser dado a conhecer ao requerente, sendo concedido, ao mesmo, o prazo de 10 dias úteis para, querendo, dizer o que se lhe oferecer.

Artigo 10.º

Decisão

1 — Recebido o parecer nos termos do disposto no n.º 4 do artigo anterior, bem como, sendo caso disso, as alegações que tenham sido apresentadas pelo requerente, o Conselho Diretivo delibera sobre a atribuição, ou não, da competência acrescida avançada em gestão.

2 — O Conselho Diretivo, sob proposta do Júri Nacional, pode rejeitar liminarmente o requerimento se constatar que o mesmo não cumpre o disposto nos artigos anteriores, após ter concedido ao requerente, por uma única vez, a possibilidade de, no prazo de 10 dias, aperfeiçoar o seu pedido, juntando os elementos em falta.

3 — A deliberação prevista no n.º 1 é comunicada ao requerente, podendo a mesma ser impugnada nos termos gerais.

Artigo 11.º

Disposições transitórias

1 — O presente Regulamento é aplicável aos processos iniciados após a sua entrada em vigor, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

2 — Estão dispensados de realizar formação, com respeito pelo programa formativo para atribuição da competência acrescida avançada em gestão constante do Anexo III ao presente Regulamento, os enfermeiros que tenham concluído formação conferente de grau académico, à data em que foi obtido, ou formação pós-graduada, na área de Gestão, com um mínimo de 30 ECTS, no período anterior à aprovação do presente Regulamento.

3 — Em relação a outros requerentes que reúnam condições formativas e competências profissionais comprovadas, nomeadamente quanto aos detentores do Curso de Estudos Superiores Especializados em Administração dos Serviços de Enfermagem, os seus casos serão decididos, casuisticamente, pelo Conselho Diretivo.

Artigo 12.º

Casos omissos

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Diretivo e publicados na página eletrónica da Ordem, caso se conclua pela aplicação a um grupo alargado de interessados, sendo qualquer lacuna integrada com recurso à aplicação da legislação e regulamentação aplicável.

Artigo 13.º

Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação, revogando o Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor).

3 de janeiro de 2018. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

ANEXO I

Domínio da gestão

A — A prática profissional, ética e legal

Competência: Desenvolve uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

Descritivo: O Enfermeiro Gestor reconhece e demonstra um exercício de gestão com conduta ética que reflete o seu compromisso social com o bem-estar e segurança do cidadão, bem como a responsabilidade da qualidade e segurança do ambiente de trabalho, utilizando como referências, na sua prática diária, as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.

A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do âmbito profissional, ético-deontológico e legislativo, traduzido na transparência dos processos de tomada de decisão e na utilização judiciosa do poder.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns		Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica	
A1 — Respeita os valores, princípios éticos e deontológicos e normas legais da profissão, no contexto da sua relação de trabalho com as Pessoas/os Colaboradores.	A1.1 — Aplica na ação o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a <i>legis artis</i>. A1.2 — Constrói com e no seio da sua equipa uma cultura de valores, num ambiente de empatia, confiança e credibilidade. A1.3 — Capacita os cidadãos, utilizadores dos serviços, para o seu envolvimento efetivo nas decisões sobre a sua saúde. A1.4 — Monitoriza regularmente o nível de satisfação das Pessoas/Clientes, as suas reclamações e sugestões. A1.5 — Agrega os diferentes saberes e aptidões dos Enfermeiros, contribuindo para o seu desenvolvimento profissional e satisfação, procurando de forma efetiva conciliar as necessidades e expectativas individuais com as organizacionais. A1.6 — Opera as condições para um exercício profissional de acordo com as melhores práticas, sustentado na garantia do exercício dos direitos e deveres definidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. A1.7 — Estabelece as condições para um processo corresponsável de decisão partilhada, que coexiste com a responsabilidade individual pelas decisões e atos praticados. A1.8 — Assegura condições no seio da equipa de liberdade e urbanidade para dar e receber <i>feedback</i>, com compreensão e aceitação. A1.9 — Demonstra compromisso organizacional através da sua identificação com a visão, missão, valores e objetivos organizacionais. A1.10 — Demonstra disponibilidade e compromisso para a atualização de conhecimento e procura de informação. A1.11 — Exerce uma influência, assente no autoconhecimento e traduzida como um exemplo para os outros.	A1.12 — Monitoriza diretamente a aplicação da estratégia e/ou diretivas estabelecidas. A1.13 — Propõe as medidas corretivas no âmbito dos desvios identificados e ações de melhoria. A1.14 — Monitoriza as variáveis relativas ao bem-estar laboral, atuando preventivamente e corrigindo os desvios identificados. A1.15 — Interpreta os resultados da avaliação do grau de satisfação das Pessoas/Clientes, fazendo propostas de melhoria.	A1.16 — Documenta uma estratégia para o Serviço de Enfermagem, de participação efetiva das Pessoas/Clientes, no seu processo de saúde e na melhoria da qualidade dos Serviços Prestados. A1.17 — Atua, como elemento de referência do Serviço de Enfermagem, de acordo com as boas práticas de gestão. A1.18 — Fundamenta os princípios, critérios que suportam a tomada de decisões relevantes. A1.19 — Representa o Serviço de Enfermagem estabelecendo as ligações externas, projetando para o exterior a valorização e contributo social dos Enfermeiros.	

B — A gestão pela qualidade e segurança

Competência: Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

Descritivo: O Enfermeiro Gestor conceptualiza e operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços, num contexto de prática multidisciplinar e integrada, visando a obtenção de elevados padrões de qualidade, de altos níveis da satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais, garantindo as medidas

estruturais que promovem e sustentam uma cultura de gestão pela qualidade total, em que a governação clínica se integra.

A competência assenta num corpo de conhecimentos, aptidões e atitudes no âmbito dos princípios da qualidade. Esta constitui o modelo de excelência e referência para estruturar, avaliar e melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados de saúde e das Organizações, evidenciando responsabilidade social e transparência. Este sistema de gestão desenvolve-se na base de três princípios fundamentais: orientação para o cidadão, melhoria dos processos e envolvimento total.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
B1 — Orienta a prática dos cuidados para os resultados a atingir, tendo como foco as pessoas/clientes e/ou comunidade.	B1.1 — Identifica as necessidades e expectativas das Pessoas e/ou comunidades. B1.2 — Traduz as necessidades identificadas em requisitos quantificados, a avaliar, através de indicadores. B1.3 — Reconhece o direito, às Pessoas/Clientes, de participar ativamente no seu processo de saúde. B1.4 — Capacita as Pessoas/clientes, para o autocuidado, através de relação de ajuda. B1.5 — Utiliza, como referencial, os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional. B1.6 — Acompanha a prática de Enfermagem, motivando os profissionais para a melhoria contínua do seu desempenho. B1.7 — Utiliza na sua prática profissional guias orientadores de boas práticas. B1.8 — Atualiza com periodicidade os guias orientadores de boas práticas, com vista à sua atualização. B1.9 — Controla a melhoria dos processos críticos, através da sua identificação, análise, medição, avaliação e plano de melhoria. B1.10 — Identifica os custos da não qualidade. B1.11 — Utiliza a comunicação como meio de envolvimento dos profissionais e fator motivacional. B1.12 — Estimula a coesão e favorecendo o espírito de equipa. B1.13 — Orienta a ação para os resultados a alcançar, monitorizando os indicadores aferidos para o serviço. B1.14 — Avalia regularmente o grau de satisfação das Pessoas/Clientes. B1.15 — Avalia regularmente o grau de satisfação dos profissionais. B1.16 — Assume o erro como oportunidade de melhoria e fonte de aprendizagem. B1.17 — Promove consensos, em função de objetivos comuns, partilha de responsabilidades e comprometimento. B1.18 — Avalia com regularidade a eficácia da equipa de trabalho dando informação de retorno. B1.19 — Reconhece que a avaliação de desempenho e a avaliação da organização, concorrem para o processo de melhoria.	B1.20 — Valida se os objetivos e estratégias traduzem a política e estratégia definida pela gestão estratégica. B1.21 — Articula-se com todos os níveis de gestão para a otimização de esforços. B1.22 — Motiva os profissionais, transferindo informação, conhecimento e recursos necessários. B1.23 — Identifica a variabilidade dos processos para atuar preventivamente. B1.24 — Lidera com ética, transparência, transmitindo confiança e credibilidade	B1.25 — Divulga o plano de atividades e a sua política de qualidade, alinhado com a estratégia e política de qualidade da Organização. B1.26 — Demonstra o seu compromisso com a política de qualidade e segurança. Esta está presente nos critérios de avaliação do desempenho, em indicadores de avaliação dos resultados da Organização. B1.27 — Cria procedimentos, diretivas e orientações que substanciam os requisitos de conformidade com as exigências da qualidade. B1.28 — Define as linhas de orientação para a formação e capacitação dos profissionais, enquanto instrumentos de gestão. B1.29 — Organiza uma estrutura de suporte assente nas regras e procedimentos de trabalho e no desenvolvimento de papéis e responsabilidades. B1.30 — Assegura o controlo e avaliação dos planos, programas e projetos em desenvolvimento.
B2 — Contribui para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica.	B2.1 — Operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade, focada nos processos de trabalho e auditorias. B2.2 — Exerce uma liderança, centrada nas pessoas e na monitorização dos processos. B2.3 — Orienta uma prática baseada na evidência. B2.4 — Apoia as iniciativas e práticas inovadoras dos colaboradores. B2.5 — Acompanha a atividade desenvolvida pela estrutura de gestão de risco.	B2.9 — Coordena os recursos humanos, otimizando meios e utilizando medidas que simplifiquem e agilizem os processos. B2.10 — Monitoriza os objetivos relacionados com segurança, efetividade, gestão de risco, auditoria clínica, centralidade nas Pessoas/Clientes, formação, investigação e desenvolvimento. B2.11 — Interpreta os relatórios de auditoria identificando quais as ações de melhoria a desenvolver.	B2.12 — Integra a estrutura da Governação Clínica. B2.13 — Define a estrutura de enfermagem que integra o sistema de qualidade/Governação clínica. B2.14 — Identifica os objetivos para a melhoria contínua da qualidade, de acordo com a política de qualidade definida para a Organização e, em concreto, para o Serviço de Enfermagem atuando para a obtenção de resultados.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
	B2.6 — Analisa os eventos adversos, agindo em conformidade. B2.7 — Cria condições para manter ambientes seguros, introduzindo medidas corretivas quando são detetados desvios. B2.8 — Prioriza os problemas, em função das queixas/reclamações das Pessoas/Clientes.		

C — A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional

Competência: Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

Descritivo: O Enfermeiro Gestor interpreta e desenvolve os processos de mudança através dos métodos e atitudes de gestão adequados, no contexto das variáveis internas e externas que influenciam a dinâmica organizacional. Assumindo-se como agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da sua equipa e con-

sequentemente, pelo desenvolvimento organizacional. Aborda este, como uma estratégia educacional, de pesquisa-ação, para a mudança planeada. Reconhece o desenvolvimento profissional como um processo contínuo de aquisição e aprofundamento de competências para um desempenho excelente e, um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional.

A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, articuladas e sistematizadas relativas às ciências comportamentais, processo de planeamento, formação e pesquisa, traduzidos na governação clínica.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
C1 — Reconhece a importância da gestão da mudança.	C1.1 — Compreende a dinâmica organizacional, face aos seus desafios internos e aos do ambiente externo. C1.2 — Gere, continuamente, processos de mudança. C1.3 — Identifica tendências e sinais de mudança com impacto no processo assistencial e de inter-relações, através de observação e sistematização. C1.4 — Assume-se como agente da mudança, avaliando as opções e os recursos necessários para a sua implementação. C1.5 — Identifica as características da mudança em presença, as suas forças de impulso e de resistência. C1.6 — Propõe soluções inovadoras ao nível de métodos e processos de trabalho.	C1.7 — Revela ter uma perspetiva sistémica da Organização e iniciativa para coordenar a gestão da mudança. C1.8 — Demonstra flexibilidade e adaptação em contextos de incerteza e ambiguidade. C1.9 — Estabelece a conexão executando as principais atividades de sustentação e desenvolvimento organizacional. C1.10 — Integra diferentes recursos e atividades, agregando esforços. C1.11 — Explicita o modo de operacionalizar a estratégia de mudança, conferindo crédito ao processo. C1.12 — Cria ambiente de partilha, cooperação e coesão, inter-serviços. C1.13 — Envolve os profissionais, motivando-os com a perspetiva de melhoria e de utilização do seu potencial. C1.14 — Estabelece consensos e acordos através da negociação e na base de objetivos comuns, sendo flexível, mas persistente.	C1.15 — Demonstra um conhecimento profundo e abrangente da Organização como um todo, da sua complexidade e do modo como as várias componentes da estrutura interagem e se complementam. C1.16 — Conhece o meio ambiente externo e a forma como a Organização se relaciona com ele. C1.17 — Constrói cenários/alternativas para a mudança planeada. C1.18 — Processa a informação interna e externa para a tomada de decisão. C1.19 — Define a estratégia de mudança, mantendo a congruência entre as componentes da Organização, tanto na mudança planeada como na não planeada.
C2 — Operacionaliza um Programa de Desenvolvimento Organizacional como planeamento da mudança.	C2.1 — Define as etapas do Programa de Desenvolvimento Organizacional. C2.2 — Identifica os elementos chave para o processo de mudança. C2.3 — Envolve os elementos chave nos processos de mudança. C2.4 — Fomenta ambientes de trabalho com foco nos fatores motivacionais. C2.5 — Atua na base de práticas colaborativas, fomentando o apoio e confiança entre os Enfermeiros e outros profissionais.	C2.10 — Identifica os elementos chave para o processo de mudança. C2.11 — Alinha a estratégia organizacional com os interesses e necessidades dos profissionais. C2.12 — Demonstra sentido crítico, capacidade analítica e pensamento dedutivo. C2.13 — Coordena reuniões periódicas, com as chefias para análise e avaliação dos processos de mudança e intercâmbio de experiências. C2.14 — Estimula a realização de projetos inovadores que traduzam ganhos e práticas distintivas.	C2.17 — Mostra o sentido, a orientação e o propósito da mudança planeada, evidenciando suporte contínuo. C2.18 — Valoriza a mudança alargada e de longo prazo. C2.19 — Estabelece um circuito de comunicação eficaz a todos os níveis onde a expressão de ideias e a escuta ativa são valorizados. C2.20 — Mostra capacidade para envolver e influenciar os colaboradores no desenvolvimento dos processos de mudança. C2.21 — Dissemina os resultados da mudança organizacional e das transformações e melhorias produzidas.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
	C2.6 — Atua como dinamizador de iniciativas que agreguem valor para os serviços e/ou Organização. C2.7 — Analisa os problemas valorizando as soluções integrativas para a sua resolução. C2.8 — Demonstra coerência, autoconfiança e autocontrolo. C2.9 — Evidencia criatividade na ação.	C2.15 — Utiliza estratégias para a aprendizagem, na equipa. C2.16 — Promove projetos formativos, de médio prazo, em áreas relacionadas com a prática de gestão.	C2.22 — Analisa o impacto dos resultados no ambiente interno e o seu nível de perceção no ambiente externo, em relação à comunidade local. C2.23 — Assegura as condições necessárias para a atribuição da acreditação aos serviços/unidades.
C3 — Assegura o desenvolvimento profissional como estratégia de capacitação individual e coletiva para uma prática profissional de excelência.	C3.1 — Operacionaliza o processo de avaliação de desempenho dos profissionais de acordo com os normativos em vigor. C3.2 — Estimula a autoaprendizagem como fonte de motivação individual, autoconhecimento e projeto de desenvolvimento. C3.3 — Assegura a coexistência da formação informal e formal. C3.4 — Organiza espaços de reflexão sobre as práticas. C3.5 — Incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica. C3.6 — Assume o papel de formador na equipa multidisciplinar e multiprofissional. C3.7 — Comunica com clareza e precisão, demonstrando respeito pelas ideias dos outros e valorização dos seus contributos. C3.8 — Estimula a comunicação assertiva. C3.9 — Participa na definição de prioridades formativas da organização. C3.10 — Participa na definição de prioridades de investigação da organização. C3.11 — Colabora na formação graduada em enfermagem. C3.12 — Colabora na formação pós-graduada em enfermagem. C3.13 — Participa na implementação do processo de desenvolvimento e valorização profissional em articulação com a Ordem dos Enfermeiros e outras entidades.	C3.14 — Valoriza maximizando os conhecimentos e contributos de cada profissional em prol da equipa. C3.15 — Operacionaliza o processo de avaliação de desempenho dos profissionais ao nível da gestão operacional.	C3.16 — Define a estratégia de operacionalização da avaliação de desempenho. C3.17 — Assegura os requisitos necessários ao desenvolvimento do processo de avaliação do desempenho. C3.18 — Assegura as condições para a implementação e consolidação do Processo de Desenvolvimento e Valorização Profissional. C3.19 — Define uma política de desenvolvimento para os Enfermeiros, que valorize o plano de formação da Organização como instrumento de gestão estratégica. C3.20 — Define uma política de desenvolvimento profissional, que valorize a investigação como fonte de evidência para a prática profissional. C3.21 — Estabelece protocolos, parcerias com a comunidade académica e científica que acrescentem valor à organização e aos profissionais. C3.22 — Participa na implementação do processo de desenvolvimento e valorização profissional em articulação com a OE e outras entidades.

D — O planeamento, organização, direção e controlo

Competência: Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

Descritivo: O Enfermeiro Gestor relaciona e desenvolve as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, ao

nível do pensar, decidir e agir, orientado para a obtenção de resultados, através do desempenho dos profissionais. Através de regulação, apoio e acompanhamento, utiliza um modelo de gestão facilitador do desenvolvimento organizacional promotor da qualidade e segurança, tendo como foco a satisfação das Pessoas: clientes e profissionais. Demonstra capacidade de conceptualização, analítica e pensamento lógico. Evidencia raciocínio indutivo e dedutivo.

A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes ao desenvolvimento das funções de gestão e ao processo de tomada de decisão.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
D1 — Desenvolve o Planeamento tendo em conta as condicionantes internas e externas.	D1.1 — Identifica problemas e determinando as necessidades a atender.	D1.6 — Valida a identificação de problemas priorizando a sua resolução.	D1.11 — Demonstra possuir conhecimento abrangente da Organização.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
	D1.2 — Prioriza os problemas, fazendo a sua seleção e hierarquização. D1.3 — Propõe objetivos realistas, tangíveis e mensuráveis e estratégias, em conformidade com os resultados a atingir, tendo em conta os recursos disponíveis e estabelecendo prazos. D1.4 — Participa na elaboração procedimentos, processos e orientações técnicas D1.5 — Planeia a atividade de Enfermagem suportada por um enquadramento conceptual e métodos de trabalho definidos.	D1.7 — Participa na elaboração de políticas e procedimentos. D1.8 — Operacionaliza a estratégia em planos e programas sectoriais. D1.9 — Supervisiona a elaboração dos planos de ação dos serviços. D1.10 — Articula continuamente a sua atividade com a gestão estratégica, estabelecendo-se como elo de ligação entre esta e a gestão operacional.	D1.12 — Demonstra capacidade de conceptualização, de análise crítica, de visão e antecipação. D1.13 — Atua de forma integrada, pluridisciplinar e colaborativa na gestão da Organização. D1.14 — Interpreta o plano estratégico do Serviço de Enfermagem, como guia de orientação de comportamentos e decisões, a longo prazo. D1.15 — Aprova políticas e procedimentos.
D2 — Entende a função “Organização”, ilustrativa da forma como a estrutura organizacional interage interna e externamente.	D2.1 — Implementa métodos de trabalho. D2.2 — Participa na identificação, através de métodos de cálculo e avaliação de competências, da dotação de profissionais adequada e segura. D2.3 — Afeta os recursos em função das necessidades, tendo como referência as Dotações seguras. D2.4 — Elabora plano de integração dos diferentes profissionais. D2.5 — Assegura a gestão eficiente dos recursos materiais. D2.6 — Monitoriza o cumprimento dos procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos. D2.7 — Valida o nível de adequação dos dispositivos médicos às necessidades de cuidados. D2.8 — Participa na conceção, remodelação e adequação dos espaços físicos de forma a garantir a sua funcionalidade. D2.9 — Elabora procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos. D2.10 — Atualiza procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos. D2.11 — Assegura a utilização os métodos de aprovisionamento e gestão de <i>stocks</i>, de forma adequada. D2.12 — Participa na definição de critérios de qualidade dos materiais. D2.13 — Participa na gestão e controlo orçamental do serviço/unidade ou organização. D2.14 — Participa no processo de contratualização interna e externa.	D2.15 — Coordena serviços e seus profissionais, estimulando uma prática colaborativa para o alcance dos objetivos estratégicos e operacionais. D2.16 — Participa na identificação, através de métodos de cálculo e avaliação de competências, da dotação de profissionais adequada e segura, para a sua área de responsabilidade. D2.17 — Valida a afetação de recursos em função das necessidades, tendo como referência as dotações seguras. D2.18 — Explicita os ganhos de eficácia e eficiência a obter. D2.19 — Coordena o processo de integração dos profissionais. D2.20 — Diagnostica os fatores-chave e a sua interação. D2.21 — Analisa de forma continuada as condições do ambiente de trabalho.	D2.22 — Estabelece a hierarquia funcional aos vários níveis, tendo por base as funções estruturais e formais e os processos de trabalho, publicitando-a. D2.23 — Define uma política de provisão de Enfermeiros, de acolhimento e integração e alocação. D2.24 — Elabora, através de métodos de cálculo e avaliação de competências, a dotação de profissionais adequada e segura, para a Organização.
D3 — Compreende a função “Direção” como um processo de influência sobre o comportamento dos elementos da equipa de trabalho.	D3.1 — Pratica uma liderança suportada em valores. D3.2 — Procura colaboração para unificar e motivar	D3.5 — Valoriza maximizando os conhecimentos e contributos de cada profissional em prol da equipa.	D3.6 — Interage relacionando-se com diferentes grupos profissionais, em articulação e complementaridade.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
	D3.3 — Transfere informação, conhecimento, através de uma comunicação efetiva. D3.4 — Utiliza abordagens técnicas e metodológicas para resolver problemas de gestão.		
D4 — Estabelece o “Controlo” como uma função contínua de verificação da execução do plano de ação.	D4.1 — Monitoriza o grau de conformidade, introduzindo as medidas corretivas. D4.2 — Analisa a progressão dos indicadores.	D4.3 — Acompanha, controlando e avaliando, a execução do plano de atividades assegurando o seu desenvolvimento e a sua realização, de acordo com os prazos e recursos definidos.	D4.4 — Analisa resultados e a evolução do plano. D4.5 — Gere o compromisso dos profissionais para elevados níveis de desempenho. D4.6 — Analisa a viabilidade de eventuais oportunidades identificadas.

E — A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde

Competência: Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

Descritivo: O Enfermeiro Gestor reconhece e utiliza as evidências científicas produzidas por estudos/trabalhos de investigação credíveis, na prática da Enfermagem como forma de melhorar a sua qualidade, efetividade e os custos operacionais associados. Apoia a tomada de

decisão, suportada em princípios científicos, articulando a teoria com a prática. Interpreta a obtenção de ganhos em saúde como um processo de planeamento para identificação de necessidades em saúde e de ganhos potenciais, traduzidos em indicadores de avaliação, ao nível da estrutura, processos e resultados.

A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes no domínio da investigação-ação e da avaliação de indicadores do contexto e prática profissional.

Unidades de competência	Critérios de competência comuns	Critérios de competência específicos	
	Gestão operacional	Gestão tática	Gestão estratégica
E1 — Valoriza a investigação como ferramenta de trabalho para a aquisição de evidência científica que suporte a tomada de decisão no contexto da prática profissional.	E1.1 — Fomenta a investigação como ferramenta de trabalho, em linha com a política de investigação definida, criando as condições necessárias para o efeito. E1.2 — Envolve os profissionais para a utilização dos resultados da investigação. E1.3 — Promove a divulgação dos resultados da investigação realizada. E1.4 — Estimula o pensamento crítico.	E1.5 — Revela interesse e disponibilidade para o desenvolvimento de projetos de investigação com valor para a organização e impacto a nível externo. E1.6 — Apoia o desenvolvimento de projetos de investigação e sua divulgação.	E1.7 — Estabelece um plano de investigação de acordo com as linhas e prioridades identificadas. E1.8 — Identifica, no âmbito da política e estratégia do Serviço de Enfermagem, as linhas de investigação a desenvolver prioritariamente. E1.9 — Articula-se com entidades da comunidade académica e científica para estabelecimento de protocolos/parcerias.
E2 — Operacionaliza os indicadores de unidade de medida sensíveis aos cuidados de enfermagem.	E2.1 — Participa na definição de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em cada área específica. E2.2 — Monitoriza a operacionalização dos indicadores em execução.	E2.3 — Responsabiliza-se pela definição dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem da sua área de responsabilidade. E2.4 — Monitoriza a operacionalização dos indicadores em execução da sua área de responsabilidade.	E2.5 — Define os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. E2.6 — Acompanha a monitorização dos indicadores de qualidade e introduz as medidas corretivas necessárias.

ANEXO II

Domínio da assessoria e consultadoria

F — O exercício da assessoria e consultadoria

Competência: Desenvolve a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde.

Descritivo: O Enfermeiro Gestor identifica e desenvolve a assessoria, a nível de um organismo local/Organização, regional ou nacional, no âmbito de apoio técnico para o desenvolvimento de políticas de saúde, envolvendo-se e interferindo diretamente em todas as fases dos processos. Identificar e desenvolver a consultadoria numa perspetiva de aconselhamento, visando processos de transformação que agreguem valor às organizações, formulando diagnósticos e soluções, não se envolvendo na ação.

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio do planeamento estratégico, liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política, assessoria e consultadoria.

Critérios de competência	Unidades de competência
F1 — Concebe o planeamento estratégico, no contexto das funções de assessoria e consultadoria ao nível de políticas e processos de melhoria das Organizações.	F1.1 — Colabora na definição de políticas e estratégias de saúde. F1.2 — Participa na implementação de políticas de saúde. F1.3 — Incorpora os conceitos organizacionais de missão e de visão.

Crítérios de competência	Unidades de competência
	F1.4 — Gere estratégias de <i>marketing</i>. F1.5 — Participa em redes de conhecimento F1.6 — Participa na implementação dos sistemas de informação. F1.7 — Participa em equipas de projeto. F1.8 — Participa na construção de indicadores de avaliação. F1.9 — Acompanha de forma sistemática a ação, envolvendo-se e interferindo diretamente nos processos. F1.10 — Efetua avaliação de políticas de saúde. F1.11 — Utiliza instrumentos de gestão económico-financeira. F1.12 — Elabora planos de intervenção e projetos sectoriais. F1.13 — Compreende as implicações económicas dos processos desenvolvidos. F1.14 — Garante a cooperação intersectorial para a consecução de projetos/programas de intervenção. F1.15 — Participa em processos de contratualização interna e externa. F1.16 — Participa no planeamento da construção e remodelação de unidades de saúde. F1.17 — Conduz projetos no longo prazo. F1.18 — Demonstra disponibilidade, compromisso, credibilidade e autoconfiança. F1.19 — Demonstra possuir pensamento sistematizado, capacidade crítica e analítica. F1.20 — Demonstra independência e racionalidade, quando realiza consultadoria. F1.21 — Orienta a sua ação de consultadoria para o diagnóstico, sugestão de estratégias de ação e apoio na tomada de decisões estratégicas.

ANEXO III

Programa formativo para a atribuição da competência acrescida avançada em gestão

O programa formativo deve integrar uma componente teórica e/ou teórico-prática, num mínimo de 30 ECTS, com vista à aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos na área da Gestão. Do total de ECTS, devem corresponder pelo menos 20 ECTS às áreas temáticas obrigatórias, sendo os restantes distribuídos por estas e/ou por áreas temáticas optativas.

Áreas temáticas	N.º mínimo de ECTS	Observações
Comportamento Organizacional	2	Obrigatória.
Economia da Saúde e Finanças	2	Obrigatória.
Gestão da Qualidade	2	Obrigatória.
Gestão de Recursos Humanos e Liderança	2	Obrigatória.
Governança Clínica	2	Obrigatória.

Áreas temáticas	N.º mínimo de ECTS	Observações
Métodos Estatísticos	2	Obrigatória.
Operações e Logística	2	Obrigatória.
Planeamento	2	Obrigatória.
Políticas e Sistemas de Saúde	2	Obrigatória.
Sistemas de Informação	2	Obrigatória.
Comunicação	—	Optativa.
Contratualização	—	Optativa.
Direito da Saúde	—	Optativa.
Epidemiologia	—	Optativa.
Ética Organizacional	—	Optativa.
Marketing	—	Optativa.
Prática Baseada na Evidência	—	Optativa.
Resumo Mínimo de Dados	—	Optativa.
Segurança e Gestão de Risco	—	Optativa.
Segurança e Proteção de Dados em Saúde	—	Optativa.
Sistemas de Decisão	—	Optativa.
Supervisão Clínica	—	Optativa.

ANEXO IV

Grelha de verificação — Descritores aplicáveis à atribuição da Competência Acrescida Avançada em Gestão

ATRIBUIÇÃO DA COMPETÊNCIA ACRESIDA AVANÇADA EM GESTÃO					
Identificação do Candidato:		Organização:			
		ÁMBITO		PERCURSO	
CONTEXTO	Não Aplicável				
EXERCÍCIO PROFISSIONAL	1. Detentor de Título de Enfermeiro, atribuído pela Ordem (≥ 10 anos)	Cidadania	Sim	☐	Não ☐
	2. Detentor de Título de Enf. Especialista, atribuído pela Ordem (≥ 3 anos)	Cidadania	Sim	☐	Não ☐
FORMAÇÃO FORMAL	3. Curso/Pós-graduação na área da gestão (≥ 30 ECTS)	Cidadania	Sim	☐	Não ☐
	4. Exercício de funções de direção/administração, assessoria e consultadoria em organismos locais, regionais ou nacionais (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	+ 4 Atividades Profissionais Complementares
PRINCIPAL	5. Exercício de funções de chefia/coordenação de serviços/unidades com atividade assistencial (≥ 3 anos)	Sim	☐	Não ☐	+ 4 Atividades Profissionais Complementares
	6. Exercício de funções de chefia/coordenação de serviços/unidades sem atividade assistencial (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	+ 6 Atividades Profissionais Complementares
PERCURSO	7. Exercício de funções de substituição de chefia/coordenação de serviços/unidades, nas suas ausências e impedimentos (de forma continuada) - (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	+ 8 Atividades Profissionais Complementares
	8. Sem exercício de funções referidos nos pontos 4, 5, 6, 7. (nos termos do artigo 21.º, n.º 4)	Sim	☐	Não ☐	+ 10 Atividades Profissionais Complementares
ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL	a) Participação no planeamento e abertura de serviços/unidades	Sim	☐	Não ☐	
	b) Participação em grupos de trabalho, comissões técnicas e/ou júris de concurso	Sim	☐	Não ☐	
COMPLEMENTAR	c) Coordenação de equipas multidisciplinares, projetos, programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	Sim	☐	Não ☐	
	d) Diretor de projetos inovadores e relevantes para o desenvolvimento profissional/de desenvolvimento organizacional	Sim	☐	Não ☐	
	e) Auditor na área de qualidade e segurança do doente a nível institucional, regional e/ou nacional	Sim	☐	Não ☐	
	f) Membro de equipas de gestão de risco, comissões de qualidade e segurança, gestão de crises, equipas coordenadoras locais ou regionais de RSCG, comités de infeção (OPICIS)	Sim	☐	Não ☐	
	g) Adjuvante do Enfermeiro Diretor ou do Enfermeiro Vigilante do Conselho Clínico e de Saúde (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	
	h) Membro do Centro de Formação e Investigação	Sim	☐	Não ☐	
	i) Responsável pela Formação em Serviço (≥ 3 anos)	Sim	☐	Não ☐	
	j) Detentor de competência acrescida	Sim	☐	Não ☐	
	k) Autor/co-autor de estudos de investigação	Sim	☐	Não ☐	
	l) Orientador / co-orientador de trabalhos de investigação concluídos	Sim	☐	Não ☐	
	m) Membro de júri de provas de doutoramento, mestrado, licenciatura e/ou de especialidade ensino superior	Sim	☐	Não ☐	
	n) Autor/co-autor de artigo publicado em revistas indexadas	Sim	☐	Não ☐	
	o) Autor/co-autor de artigo publicado em revistas não indexadas (≥ 2)	Sim	☐	Não ☐	
	p) Exercício de atividades de docência, de forma continuada, em colaboração com ensino superior de enfermagem (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	
	q) Colaboração com instituições superiores de enfermagem na orientação, supervisão e avaliação de estudantes em ensino clínico (≥ 10 estudantes)	Sim	☐	Não ☐	
	r) Apresentação de comunicação em eventos técnico-científicos (≥ 3)	Sim	☐	Não ☐	
	s) Participação em Comissões Organizadoras / Científicas de eventos Científicos (≥ 3)	Sim	☐	Não ☐	
	t) Participação em Órgãos Estatutários da Ordem dos Enfermeiros	Sim	☐	Não ☐	
	u) Participação em órgãos sociais de associações profissionais / associações de doentes / sociedades científicas	Sim	☐	Não ☐	
	v) Participação em atividades cívicas relevantes (órgãos autárquicos, regionais e nacionais, júris sociais, etc.)	Sim	☐	Não ☐	
	w) Enfermeiro avaliador (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	
	x) Membro do Conselho Coordenador de Avaliação	Sim	☐	Não ☐	
	y) Exercício de funções de direção/administração, assessoria e consultadoria (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	
	z) Exercício de funções de chefia/coordenação de serviços/unidades com ou sem atividade assistencial (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	
	aa) Exercício de funções de substituição de chefia / coordenação de serviços / unidades (≥ 2 anos)	Sim	☐	Não ☐	

311074825

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Aviso n.º 1420/2018

Nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 36.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, com a nova redação dada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril, torna-se pública que a lista unitária de ordenação final dos candidatos aprovados, no âmbito do procedimento concursal comum, destinado ao recrutamento para provimento de quatro postos de

Anexo II: Autorização da autora do questionário CNLSES ®

Re: Requeste for permission to use the Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders questionnaire

Mattia Gilmartin <[REDACTED]>

Seg, 22/05/2017 20:53

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

Cc: marlene carvalho <ortiga_m@hotmail.com>

Dear Pedro,

Thank you for your message. I created the CNL Self-Efficacy Scale to assess the role development for Clinical Nurse Leaders, a masters-prepared generalist role that is being developed in the US.

It seems to me that while the scale does measure aspects of unit-level nursing leadership it is designed for a specific set of competencies and advanced practice role.

Because the scale is in the public domain (ie. the Nursing Economics piece) you would be welcome to use the scale presented in the article.

Sincerely, Mattia

Mattia J. Gilmartin PhD, RN
Executive Director, NICHE Program
New York University Rory Meyers College of Nursing
433 First Avenue, Room 678
New York, New York 10010
212-992-7128
mjg14@nyu.edu

NICHE Program Office
250 Park Avenue South, 6th Floor
New York, NY 10003
212-992-9753
<http://www.nicheprogram.org/>

Anexo III: Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética

(Nota: o nome do Hospital e dos serviços onde foi realizada a recolha de dados foram omitidos, assegurando a confidencialidade dos dados obtidos dos participantes em estudo)

Nome: Marlene Carvalho

Morada: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Comissão de Ética P
parecer
- 7 MAIO 2018

Exmo. Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED]

Enf. [REDACTED]

[REDACTED] Lisboa
sec.ca.tw@ [REDACTED] min-saude.pt

Assunto: Pedido de Autorização para Aplicação de Questionário no âmbito de um Estudo Académico

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho, enfermeira a exercer funções no serviço de Puerpério do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., com o número mecanográfico [REDACTED] a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um estudo científico, intitulado "Adaptação e validação para o contexto cultural português do questionário: *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*", sob orientação do Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas, com vista à obtenção de grau de mestre.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: traduzir e adaptar a escala "*A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*", para o contexto cultural português dando origem à versão Portuguesa da mesma e determinar as características psicométricas da escala nos enfermeiros portugueses.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência aplicação para a aplicação de questionários aos enfermeiros responsáveis de turno ou que já tenham exercido essa função dos serviços de [REDACTED].

Os questionários serão entregues nos respetivos serviços, realçando que o conteúdo das respostas facultadas, terão um carácter anónimo e a sua realização terá por base os princípios éticos da livre participação, confidencialidade e respectivo consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A Enfermeira

~~Marlene Celeste Ortiga de Carvalho~~ [REDACTED]

(Marlene Celeste Ortiga de Carvalho)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
Secretaria
Nº: 22053
Entrada: 3 ABR 2018
Saída: 7 MAIO 2018

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
Comissão de Ética para a Saúde
Nº: 588
Entrada: 02.05.18
Saída: 25.06.18

Lisboa, 2 de maio de 2018

100

100

Parecer

Título: “Adaptação e validação para o contexto cultural português do questionário: A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®”

Investigador: Marlene Celeste Ortiga de Carvalho, Enf (aluna do Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Parecer:

Principal objetivo: traduzir e adaptar a escala A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®, para o contexto cultural português dando origem à versão portuguesa da mesma e determinar as características psicométricas da escala nos enfermeiros portugueses.

Metodologia: questionários.

Participantes: enfermeiros responsáveis de turno ou que já tenham exercido essa função dos serviços de [REDACTED]

Duração: Junho 2018

O estudo tem interesse científica uma vez que é referido que o papel dos CNL (Clinical Nurse Leaders) é recente e, em Portugal não existem escalas validadas que permitam a sua validação.

O estudo a realizar é quantitativo, observacional e descritivo-transversal, dirige-se exclusivamente a enfermeiros e não tem participantes pacientes nem envolve dados de saúde dos participantes. A sua participação está, por isso, na exclusiva esfera da autonomia da vontade dos enfermeiros participantes que gozam de capacidade e autonomia plenas não sendo encontrados quaisquer aspectos que permitam explorar qualquer vulnerabilidade individual.

Conclusão:

Assim sendo, não foram encontradas quaisquer objeções éticas que obstem à aprovação do estudo e que possam ser suscitados no âmbito das competências desta Comissão de Ética pelo que se entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Conselho
Autore.

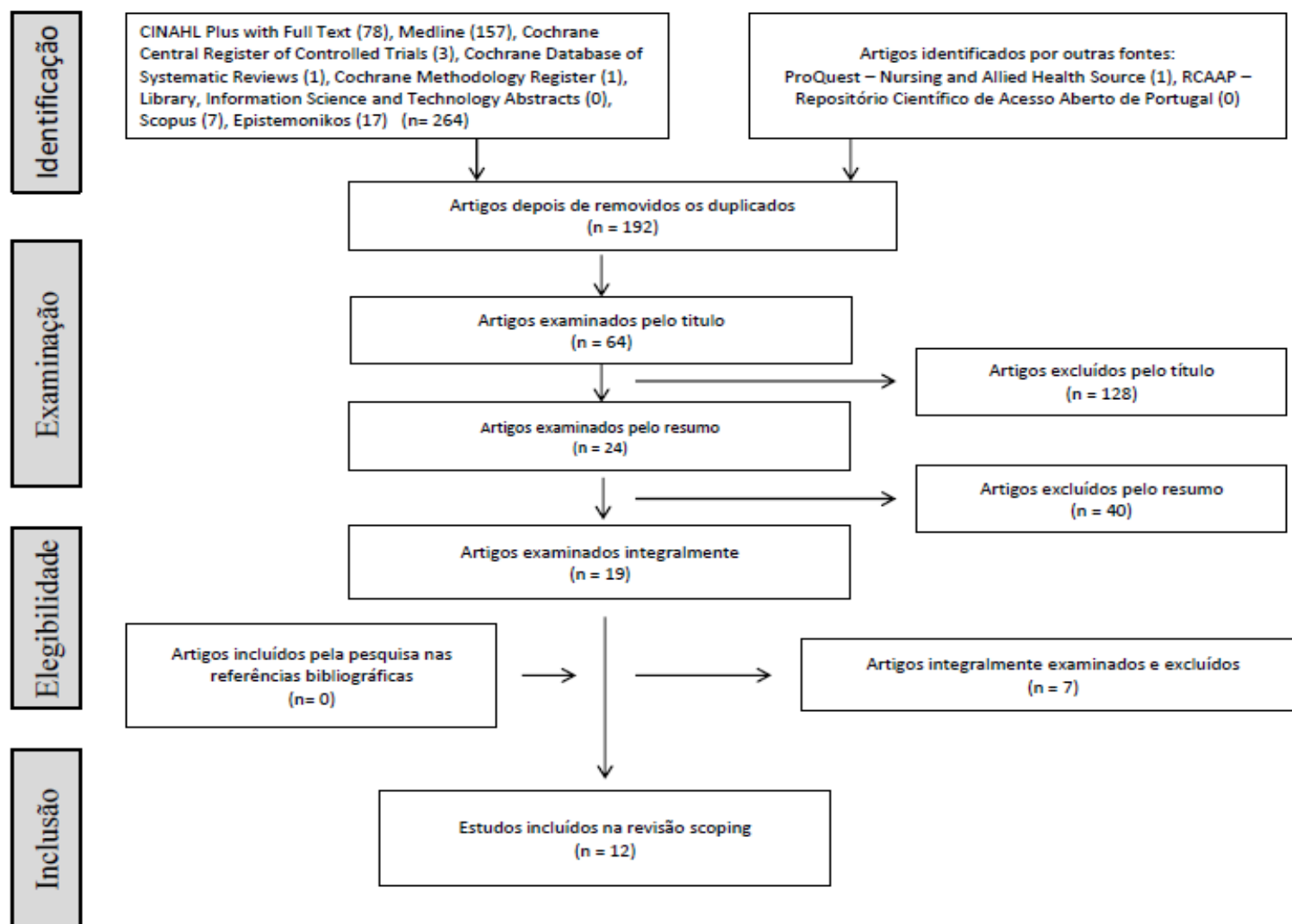
O Presidente da Comissão de Ética

Secretariado [REDACTED]
[REDACTED] p [REDACTED]

PRESENTE A SESSÃO DO
 CAS. DE [REDACTED]
 A Presidente [REDACTED]
 A Presidente [REDACTED]
 O Vogal [REDACTED]
 O Vogal [REDACTED]
 O Vogal [REDACTED]
 O Vogal [REDACTED]
 O Vogal [REDACTED]
 O Diretor C. [REDACTED]
 O Diretor C. [REDACTED]
 O Diretor C. [REDACTED]
 A Enf. Direto. [REDACTED]
 A Enf. Direto. [REDACTED]
 A Enf. Direto. [REDACTED]
 26

APÊNDICES

Apêndice I: Fluxograma do PRISMA do processo de
seleção de artigos



Apêndice II: Tradução da CNLSES ® (exemplo T1)

Como Enfermeiro líder clínico quão confiante se sente ...					
1. Assume a responsabilidade pelo bem-estar da população de clientes atendidas na sua unidade?	1	2	3	4	5
2. Identifica os riscos da população cliente com base numa avaliação geral/global?	1	2	3	4	5
3. Colabora com o grupo/conjunto de clientes na realização de um plano de cuidados?	1	2	3	4	5
4. Colabora com o cliente para obter o seu apoio/envolvimento no plano de cuidados?	1	2	3	4	5
5. Consulta de forma adequada outros profissionais de saúde para organizar um plano de cuidados com os seus clientes?	1	2	3	4	5
6. Comunica um plano geral de cuidados aos clientes com outros membros da equipa de trabalho?	1	2	3	4	5
7. Delega aspetos de um plano geral/global de cuidados para outros membros da equipa de trabalho?	1	2	3	4	5
8. Advoga efetivamente em nome do cliente com a equipa de trabalho?/ Defende efetivamente os interesses do cliente com a equipa de trabalho?	1	2	3	4	5
9. Advoga em nome do cliente com a rede de suporte/familiar do cliente?/ Defende os interesses do cliente com a rede de suporte/familiar do cliente?	1	2	3	4	5
10. Adquire informações sobre a população através dos sistemas de informação?	1	2	3	4	5
11. Procura conhecimentos sobre populações específicas na pesquisa de literatura?	1	2	3	4	5
12. Identifica o tipo/o nível de problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5
13. Utiliza os sistemas de informação para rastrear os tipos/níveis de resultados clínicos da população?	1	2	3	4	5
14. Resolve os tipos de problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5
15. Envolve a equipa de trabalho na avaliação dos progressos para a obtenção de resultados clínicos desejados?	1	2	3	4	5
16. Encontra-se regularmente com a equipa de trabalho?	1	2	3	4	5
17. Avalia o desempenho da equipa de trabalho com a realização de objetivos para os resultados dos cuidados ao cliente?	1	2	3	4	5
18. Comunica as mudanças no plano de cuidados dos clientes com os membros da equipa de trabalho?	1	2	3	4	5

19. Partilha o conhecimento da literatura com outros membros da equipa de trabalho com vista a melhoraria dos cuidados?	1	2	3	4	5
20. Aplica adequadamente os recursos humanos na equipa de forma a melhorar os resultados?	1	2	3	4	5
21. Avalia como a sua unidade se ajusta ao trabalho da sua organização?	1	2	3	4	5
22. Avalia a capacidade dos recursos disponíveis para a sua unidade realizar o seu trabalho?	1	2	3	4	5
23. Mobiliza gestores para aplicar recursos?	1	2	3	4	5
24. Mobiliza líderes informais para implementar recursos?	1	2	3	4	5
25. Aplica na unidade recursos efetivamente com vista a melhorar o conjunto dos resultados clínicos?	1	2	3	4	5
26. Identifica os gastos desnecessários na sua unidade?	1	2	3	4	5
27. Identifica as oportunidades de poupança de custos na sua unidade?	1	2	3	4	5
28. Utiliza a tecnologia como redução de custos?	1	2	3	4	5
29. Utiliza a tecnologia para melhorar os resultados clínicos?	1	2	3	4	5
30. Define prioridades para trabalhar com eficiência sem comprometer a qualidade?	1	2	3	4	5
31. Identifica oportunidades de aumento da receita para beneficiar os clientes?	1	2	3	4	5
32. Cria propostas para modificar a sua unidade utilizando modelos alternativos de negócios?	1	2	3	4	5
33. Cria propostas para modificar a sua unidade incorporando o retorno das análises de investimento?	1	2	3	4	5
34. É mentor/orientador de outros enfermeiros líderes?	1	2	3	4	5
35. Atua como preceptor/orientador de outros enfermeiros líderes?	1	2	3	4	5
36. Aplica a pesquisa clínica para melhorar as rotinas da prática clínica?	1	2	3	4	5
37. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar o risco de segurança do cliente?	1	2	3	4	5
38. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar os riscos para a qualidade dos cuidados?	1	2	3	4	5
39. Utiliza a evidência para desafiar/confrontar as práticas clínicas existentes?	1	2	3	4	5
40. Inclui mudanças da prática baseada em evidência nos sistemas de informação clínica?	1	2	3	4	5

41. Comunica as mudanças da prática baseada em evidência com outros profissionais de saúde?	1	2	3	4	5
42. Realiza liderança clínica dentro da sua unidade?	1	2	3	4	5
43. Promove o desenvolvimento profissional dos membros da equipe?	1	2	3	4	5
44. Assegura a formação contínua dos membros da equipe?	1	2	3	4	5
45. Realiza formação dos funcionários da sua unidade em práticas inovadoras?	1	2	3	4	5
46. Participa na avaliação de desempenho dos membros da equipa de trabalho?	1	2	3	4	5
47. Assume liderança em atividades de administração organizacional?	1	2	3	4	5
48. Representa a sua unidade em comissões da organização?	1	2	3	4	5
49. Atua como líder em organizações profissionais relevantes?	1	2	3	4	5
50. Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para a comunidade geral de enfermagem? / Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para o grupo profissional de enfermagem?	1	2	3	4	5
51. Conhece a missão da organização?	1	2	3	4	5
52. Aplica o plano estratégico da organização para orientar a prática na sua unidade?	1	2	3	4	5
53. Atua de acordo com os valores da organização?	1	2	3	4	5
54. Participa no desenvolvimento do plano estratégico da organização?	1	2	3	4	5
55. Defende a justiça social nas atividades da sua unidade?	1	2	3	4	5
56. Envolve-se em atividades de desenvolvimento profissional?	1	2	3	4	5

Apêndice III: Síntese da tradução T1 e T2 – T12 da CNLSES ®

Como enfermeiro líder clínico quão confiante se sente ...					
1. É responsável pelo bem-estar dos clientes atendidos na sua unidade?	1	2	3	4	5
2. Identifica os riscos dos clientes baseado na avaliação das suas necessidades?	1	2	3	4	5
3. Envolve os clientes na elaboração do plano de cuidados?	1	2	3	4	5
4. Envolve o cliente de modo obter o seu aval ao plano de cuidados?	1	2	3	4	5
5. Consulta outros profissionais de saúde na organização do plano de cuidados?	1	2	3	4	5
6. Comunicar aos outros membros da equipa o plano de cuidados?	1	2	3	4	5
7. Delega aspetos do plano de cuidados a outros membros da equipa?	1	2	3	4	5
8. Defende efetivamente os interesses do cliente com a equipa?	1	2	3	4	5
9. Defende os interesses do cliente com a sua rede de suporte?	1	2	3	4	5
10. Adquire informações sobre os clientes através dos sistemas de informação?	1	2	3	4	5
11. Procura conhecimentos sobre as especificidades dos clientes em artigos de investigação?	1	2	3	4	5
12. Identifica o tipo de problemas de saúde dos clientes?	1	2	3	4	5
13. Utiliza os sistemas de informação para rastrear resultados clínicos dos clientes?	1	2	3	4	5
14. Resolve os problemas de saúde dos clientes?	1	2	3	4	5
15. Envolve a equipa na avaliação dos progressos para a obtenção de resultados clínicos desejados?	1	2	3	4	5
16. Reúne regularmente com a equipa?	1	2	3	4	5
17. Avalia o desempenho da equipa através da consecução dos objetivos e dos resultados dos cuidados ao cliente?	1	2	3	4	5
18. Comunica mudanças no plano de cuidados com os membros da equipa?	1	2	3	4	5
19. Partilha o conhecimento da literatura com outros membros da equipa com vista à melhoria dos cuidados?	1	2	3	4	5
20. Aplica adequadamente os recursos humanos de forma a melhorar os resultados?	1	2	3	4	5
21. Avalia como a sua unidade se ajusta ao trabalho da organização?	1	2	3	4	5
22. Avalia a capacidade dos recursos disponíveis responderem ao desenvolvimento do trabalho na unidade?	1	2	3	4	5
23. Mobiliza gestores para ter recursos à disposição?	1	2	3	4	5
24. Mobiliza líderes informais para ter recursos à disposição?	1	2	3	4	5

25. Aplica os recursos da unidade para melhorar efetivamente o conjunto dos resultados clínicos?	1	2	3	4	5
26. Identifica os gastos desnecessários na sua unidade?	1	2	3	4	5
27. Identifica as oportunidades de redução de custos na sua unidade?	1	2	3	4	5
28. Utiliza a tecnologia para reduzir custos?	1	2	3	4	5
29. Utiliza a tecnologia para otimizar os resultados clínicos?	1	2	3	4	5
30. Definir prioridades para trabalhar com eficiência sem comprometer a qualidade?	1	2	3	4	5
31. Identifica oportunidades de aumento da receita para beneficiar os clientes?	1	2	3	4	5
32. Cria propostas para modificar a sua unidade utilizando modelos alternativos de negócio?	1	2	3	4	5
33. Cria propostas para modificar a sua unidade incorporando o retorno das análises de investimento?	1	2	3	4	5
34. Integra enfermeiros especialistas/chefes de equipa na sua unidade?	1	2	3	4	5
35. Orienta outros enfermeiros especialistas?	1	2	3	4	5
36. Utiliza a investigação para melhorar as rotinas da prática clínica?	1	2	3	4	5
37. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar o risco de segurança do cliente?	1	2	3	4	5
38. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar os riscos para a qualidade dos cuidados?	1	2	3	4	5
39. Utiliza a evidência para mudar as práticas clínicas existentes?	1	2	3	4	5
40. Inclui nos sistemas de informação clínica mudanças da prática baseada na evidência?	1	2	3	4	5
41. Comunica a outros profissionais de saúde as mudanças da prática baseada na evidência?	1	2	3	4	5
42. Desenvolve liderança clínica dentro da sua unidade?	1	2	3	4	5
43. Promove o desenvolvimento profissional dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
44. Assegura a formação contínua dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
45. Realiza formação em práticas inovadoras aos membros da sua unidade?	1	2	3	4	5
46. Participa na avaliação de desempenho dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
47. Assume a liderança de atividades da gestão organizacional?	1	2	3	4	5
48. Representa a sua unidade em comissões/grupos organizacionais?	1	2	3	4	5
49. Atua como líder em organizações profissionais relevantes?	1	2	3	4	5
50. Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para o grupo profissional de enfermagem?	1	2	3	4	5

51. Conhecer a missão da sua organização?	1	2	3	4	5
52. Utilizar o plano estratégico da organização para orientar a prática na sua unidade?	1	2	3	4	5
53. Atuar de acordo com os valores da organização?	1	2	3	4	5
54. Participar no desenvolvimento do plano estratégico da organização?	1	2	3	4	5
55. Defender a justiça social nas atividades da sua unidade?	1	2	3	4	5
56. Envolver-se em atividades de desenvolvimento profissional?	1	2	3	4	5

Apêndice IV: Retro tradução da CNLSES ® (exemplo BT1)

As clinical nurse leader how confidente you feel ...					
1.Are you responsible for your clients well-being served in your unit?	1	2	3	4	5
2. Identify the clientes risks based on assessment of your needs?	1	2	3	4	5
3. Involve clients in designing the care plan?	1	2	3	4	5
4. Involve clientes getting the endorsement of the care plan?	1	2	3	4	5
5. Consult other health professionals in the organization of the care plan?	1	2	3	4	5
6. Comunicate with other team members about the care plan?	1	2	3	4	5
7. Delegate aspects of the care plan to other team members?	1	2	3	4	5
8. Defend effectively the client's interests with the team?	1	2	3	4	5
9. Defend the clients interests with your support network?	1	2	3	4	5
10. Acquire clients information through information systems?	1	2	3	4	5
11. Seek knowledge about the specificities of clients in research articles?	1	2	3	4	5
12. Identify the type of health problems of clients?	1	2	3	4	5
13. Use information systems to track clients' clinical outcomes?	1	2	3	4	5
14. Solve client health problems?	1	2	3	4	5
15. Involve the team in assessing progress towards achieving desired clinical outcomes?	1	2	3	4	5
16. Meet regularly with the team?	1	2	3	4	5
17. Evaluate the team's performance by achieving the goals and results of customer care?	1	2	3	4	5
18. Communicate changes in care plan with team members?	1	2	3	4	5
19. Share knowledge of the literature with other team members to improving care?	1	2	3	4	5
20. Applies adequately human resources to improve results?	1	2	3	4	5
21. Assess how your unit fits the organization's work?	1	2	3	4	5
22. Evaluate the capacity of resources available to respond to the development of the work in the unit?	1	2	3	4	5
23. Mobilize managers to make resources available?	1	2	3	4	5
24. mobilize informal leaders to make resources available?	1	2	3	4	5
25. Applies unit resources effectively to improve clinical outcomes?	1	2	3	4	5
26. Identify wastw in your unit?	1	2	3	4	5

27. Identify opportunities for cost reduction in your unit?	1	2	3	4	5
28. Use technology to reduce costs?	1	2	3	4	5
29. Use technology to optimize clinical outcomes?	1	2	3	4	5
30. Set priorities to work efficiently without compromising quality?	1	2	3	4	5
31. Identify opportunities for revenue growth to benefit customers?	1	2	3	4	5
32. Create proposals to modify your unit using alternative business models?	1	2	3	4	5
33. Create proposals to modify your unit incorporating the return of the investment analyses?	1	2	3	4	5
34. Integrate specialist nurses / team leaders into your unit?	1	2	3	4	5
35. Mentor other specialist nurses?	1	2	3	4	5
36. Use research to improve clinical practice?	1	2	3	4	5
37. Review your unit's performance to assess clients safety risk?	1	2	3	4	5
38. Review the performance of your unit to assess the risks to quality of care??	1	2	3	4	5
39. Do you use evidence to change existing clinical practices	1	2	3	4	5
40. Incorporate changes in evidence-based practice in clinical information systems?	1	2	3	4	5
41. Communicate to other health professionals changes in evidence-based practice?	1	2	3	4	5
42. Develop clinical leadership within your unit?	1	2	3	4	5
43. Promote the professional development of team members?	1	2	3	4	5
44. Ensures the continuous education of team members?	1	2	3	4	5
45. Educate your unit members in innovative practices?	1	2	3	4	5
46. Participate in the performance evaluation of team members?	1	2	3	4	5
47. Take the lead in organizational management activities?	1	2	3	4	5
48. Represent your unit in commissions / organizational groups?	1	2	3	4	5
49. Act as a leader in relevant professional organizations?	1	2	3	4	5
50. Disseminate the successes of your unit's management of care to the professional nursing group?	1	2	3	4	5
51. Know the organization's mission?	1	2	3	4	5
52. Use the organization's strategic plan to guide practice in your unit?	1	2	3	4	5
53. Act according to the values of the organization?	1	2	3	4	5

54. Participate in the development of the strategic plan of the organization?	1	2	3	4	5
55. Defend social justice in the activities of your unit?	1	2	3	4	5
56. Engage in professional development activities?	1	2	3	4	5

Apêndice V: CNLSES – R – Resultado da equivalência e
revisão por especialistas

Como RESPONSÁVEL DE TURNO quão confiante se sente					
...					
1. É responsável pelo bem-estar dos clientes na sua unidade?	1	2	3	4	5
2. Identifica os riscos dos clientes baseado na avaliação das suas necessidades?	1	2	3	4	5
3. Envolve os clientes na elaboração do plano de cuidados?	1	2	3	4	5
4. Envolve o cliente de modo obter o seu aval ao plano de cuidados?	1	2	3	4	5
5. Consulta outros profissionais de saúde na organização do plano de cuidados?	1	2	3	4	5
6. Comunica aos outros membros da equipa o plano de cuidados?	1	2	3	4	5
7. Delega aspetos do plano de cuidados a outros membros da equipa?	1	2	3	4	5
8. Defende efetivamente os interesses do cliente com a equipa?	1	2	3	4	5
9. Defende os interesses do cliente com a sua rede de suporte?	1	2	3	4	5
10. Adquire informações sobre os clientes através dos sistemas de informação?	1	2	3	4	5
11. Procura conhecimentos sobre as especificidades dos clientes em artigos de investigação?	1	2	3	4	5
12. Identifica o tipo de problemas de saúde dos clientes?	1	2	3	4	5
13. Utiliza os sistemas de informação para rastrear resultados clínicos dos clientes?	1	2	3	4	5
14. Resolve os problemas de saúde dos clientes?	1	2	3	4	5
15. Envolve a equipa na avaliação dos progressos para a obtenção de resultados clínicos desejados?	1	2	3	4	5
16. Reúne regularmente com a equipa?	1	2	3	4	5
17. Avalia o desempenho da equipa através da consecução dos objetivos e dos resultados dos cuidados ao cliente?	1	2	3	4	5
18. Comunica mudanças no plano de cuidados com os membros da equipa?	1	2	3	4	5
19. Partilha o conhecimento da literatura com outros membros da equipa?	1	2	3	4	5
20. Aplica adequadamente os recursos humanos de forma a melhorar os resultados?	1	2	3	4	5
21. Avalia como a sua unidade se ajusta ao trabalho da organização?	1	2	3	4	5
22. Avalia a capacidade dos recursos disponíveis responderem ao desenvolvimento do trabalho na unidade?	1	2	3	4	5
23. Mobiliza gestores para ter recursos à disposição?	1	2	3	4	5
24. Mobiliza líderes informais para ter recursos à disposição?	1	2	3	4	5

25. Aplica os recursos da unidade para melhorar efetivamente o conjunto dos resultados clínicos?	1	2	3	4	5
26. Identifica os gastos desnecessários na sua unidade?	1	2	3	4	5
27. Identifica as oportunidades de redução de custos na sua unidade?	1	2	3	4	5
28. Utiliza a tecnologia para reduzir custos?	1	2	3	4	5
29. Utiliza a tecnologia para otimizar os resultados clínicos?	1	2	3	4	5
30. Define prioridades para trabalhar com eficiência sem comprometer a qualidade?	1	2	3	4	5
31. Identifica oportunidades de aumento da receita para beneficiar os clientes?	1	2	3	4	5
32. Apresenta propostas para modificar o método de organização de cuidados de enfermagem na sua unidade?	1	2	3	4	5
33. Discute com a equipa alteração aos métodos de organização de cuidados de enfermagem com vista à melhoria da qualidade?	1	2	3	4	5
34. Integra enfermeiros especialistas/chefes de equipa na sua unidade?	1	2	3	4	5
35. Orienta enfermeiros em ensino clínico no âmbito da especialização?	1	2	3	4	5
36. Utiliza a investigação para melhorar as rotinas da prática clínica?	1	2	3	4	5
37. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar o risco de segurança do cliente?	1	2	3	4	5
38. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar os riscos para a qualidade dos cuidados?	1	2	3	4	5
39. Utiliza a evidência para mudar as práticas clínicas existentes?	1	2	3	4	5
40. Inclui nos sistemas de informação clínica mudanças da prática baseada na evidência?	1	2	3	4	5
41. Comunica a outros profissionais de saúde as mudanças da prática baseada na evidência?	1	2	3	4	5
42. Desenvolve liderança clínica dentro da sua unidade?	1	2	3	4	5
43. Promove o desenvolvimento profissional dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
44. Assegura a formação contínua dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
45. Realiza formação em práticas inovadoras aos membros da sua unidade?	1	2	3	4	5
46. Participa na avaliação de desempenho dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
47. Assume a liderança de atividades da gestão organizacional?	1	2	3	4	5
48. Representa a sua unidade em comissões/grupos organizacionais?	1	2	3	4	5

49. Intervêm em organizações profissionais relevantes?	1	2	3	4	5
50. Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para o grupo profissional de enfermagem?	1	2	3	4	5
51. Conhece a missão da sua organização?	1	2	3	4	5
52. Utiliza o plano estratégico da organização para orientar a prática na sua unidade?	1	2	3	4	5
53. Atua de acordo com os valores da organização?	1	2	3	4	5
54. Participa no desenvolvimento do plano estratégico da organização?	1	2	3	4	5
55. Defende a justiça social nas atividades da sua unidade?	1	2	3	4	5
56. Envolve-se em atividades de desenvolvimento profissional?	1	2	3	4	5

Apêndice VI: Instrumento Final aplicado na amostra

Questionário “Liderança Clínica em Enfermagem”

Aos enfermeiros,

Este questionário surge no âmbito da realização da minha dissertação científica do 8º Curso de Mestrado na área de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a efetuar a adaptação cultural e linguística do questionário: *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*, dando origem à versão portuguesa do mesmo determinando as suas características psicométricas.

Este questionário dirige-se aos enfermeiros que já tenham sido **responsáveis de turno**, ou seja que durante o seu percurso profissional **foi ou é** responsável pela unidade durante um período específico, com três funções/responsabilidades fundamentais: planeamento, coordenação e avaliação das atividades de enfermagem. Destes incluem-se o **responsável de turno, substituto do responsável de turno, segundo elemento do serviço**.

A Parte A do questionário consiste na caracterização dos profissionais, a Parte B relaciona-se com o tema em estudo: Liderança Clínica e a Parte C consiste na aquisição de sugestões do grupo alvo para a melhoria do instrumento de recolha de dados - questionário.

Este questionário é constituído por 5 páginas (incluindo a folha de rosto). As questões colocadas são na sua maioria diretas, objetivas e de resposta curta, pelo que a duração de preenchimento do questionário não será extensa. A escala é apresentada no início das questões.

È garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Os dados serão armazenados e tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, manifestamos desde já os nossos agradecimentos.

Para qualquer informação adicional, inclusive para conhecer os resultados deste trabalho, estou disponível através de Enf^a Marlene Ortiga de Carvalho (████████████████████) ou

A – Caracterização Geral

Por favor, leia com atenção a informação relativa a cada questão. Assinale com **X** no respetivo retângulo a opção adequada à sua situação e quando se justificar, responda à restante informação complementar de forma sucinta.

1. Género:Feminino..... ☐Masculino ☐**2. Idade:** _____**3. Habilitações académicas:**Bacharelato ☐Licenciatura ☐Mestrado ☐Doutoramento..... ☐**4. Categoria profissional:** _____**5. Tem título de enfermeiro especialista?**Sim..... ☐Não..... ☐

Se respondeu **Sim** na resposta nº 5 identifique:

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

6. Tempo de atividade profissional: _____**7. Tempo de atividade profissional na instituição:** _____**8. Tempo de atividade profissional no serviço atual:** _____

B – Liderança clínica em enfermagem

Seguidamente, irá encontrar uma sequência de afirmações relativas à função de enfermeiro responsável de turno. Por favor, responda a cada questão rodeando um dos números com um círculo. A opção 1 será rodeada por um círculo se a resposta for “nada confiante”, as opções de 2 a 4 indicam graus crescentes de confiança, e a opção 5 indica o grau de confiança maior “extremamente confiante”. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nada Confiante	Pouco Confiante	Confiante	Muito Confiante	Extremamente Confiante

9. Considerando a sua opinião como enfermeiro responsável de turno: Quão confiante se sente para desempenhar a sua função?

1. Assume a responsabilidade pelo bem-estar dos clientes na sua unidade?	1	2	3	4	5
2. Identifica os riscos dos clientes baseado na avaliação das suas necessidades?	1	2	3	4	5
3. Envolve os clientes na elaboração do plano de cuidados?	1	2	3	4	5
4. Envolve o cliente de modo obter o seu aval ao plano de cuidados?	1	2	3	4	5
5. Consulta outros profissionais de saúde na organização do plano de cuidados?	1	2	3	4	5
6. Comunica aos outros membros da equipa o plano de cuidados?	1	2	3	4	5
7. Delega aspetos do plano de cuidados a outros membros da equipa?	1	2	3	4	5
8. Defende efetivamente os interesses do cliente com a equipa?	1	2	3	4	5
9. Defende os interesses do cliente com a sua rede de suporte?	1	2	3	4	5
10. Adquire informações sobre os clientes através dos sistemas de informação?	1	2	3	4	5
11. Procura conhecimentos sobre as especificidades dos clientes em artigos de investigação?	1	2	3	4	5
12. Identifica o tipo de problemas de saúde dos clientes?	1	2	3	4	5
13. Utiliza os sistemas de informação para rastrear resultados clínicos dos clientes?	1	2	3	4	5
14. Resolve os problemas de saúde dos clientes?	1	2	3	4	5
15. Envolve a equipa na avaliação dos progressos para a obtenção de resultados clínicos desejados?	1	2	3	4	5
16. Reúne regularmente com a equipa?	1	2	3	4	5
17. Avalia o desempenho da equipa através da consecução dos objetivos e dos resultados dos cuidados ao cliente?	1	2	3	4	5

18. Comunica mudanças no plano de cuidados com os membros da equipa?	1	2	3	4	5
19. Partilha o conhecimento da literatura com outros membros da equipa?	1	2	3	4	5
20. Aplica adequadamente os recursos humanos de forma a melhorar os resultados?	1	2	3	4	5
21. Avalia como a sua unidade se ajusta ao trabalho da organização?	1	2	3	4	5
22. Avalia a capacidade dos recursos disponíveis responderem ao desenvolvimento do trabalho na unidade?	1	2	3	4	5
23. Mobiliza gestores para ter recursos à disposição?	1	2	3	4	5
24. Mobiliza líderes informais para ter recursos à disposição?	1	2	3	4	5
25. Aplica os recursos da unidade para melhorar efetivamente o conjunto dos resultados clínicos?	1	2	3	4	5
26. Identifica os gastos desnecessários na sua unidade?	1	2	3	4	5
27. Identifica as oportunidades de redução de custos na sua unidade?	1	2	3	4	5
28. Utiliza a tecnologia para reduzir custos?	1	2	3	4	5
29. Utiliza a tecnologia para otimizar os resultados clínicos?	1	2	3	4	5
30. Define prioridades para trabalhar com eficiência sem comprometer a qualidade?	1	2	3	4	5
31. Identifica oportunidades de aumento da receita para beneficiar os clientes?	1	2	3	4	5
32. Apresenta propostas para modificar o método de organização de cuidados de enfermagem na sua unidade?	1	2	3	4	5
33. Discute com a equipa alteração aos métodos de organização de cuidados de enfermagem com vista à melhoria da qualidade?	1	2	3	4	5
34. Integra enfermeiros especialistas/chefes de equipa na sua unidade?	1	2	3	4	5
35. Orienta enfermeiros em ensino clínico no âmbito da especialização?	1	2	3	4	5
36. Utiliza a investigação para melhorar as rotinas da prática clínica?	1	2	3	4	5
37. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar o risco de segurança do cliente?	1	2	3	4	5
38. Revê o desempenho da sua unidade para avaliar os riscos para a qualidade dos cuidados?	1	2	3	4	5
39. Utiliza a evidência para mudar as práticas clínicas existentes?	1	2	3	4	5
40. Incluiu nos sistemas de informação clínica mudanças da prática baseada na evidência?	1	2	3	4	5
41. Comunica a outros profissionais de saúde as mudanças da prática baseada na evidência?	1	2	3	4	5
42. Desenvolve liderança clínica dentro da sua unidade?	1	2	3	4	5
43. Promove o desenvolvimento profissional dos membros da equipa?	1	2	3	4	5

44. Assegura a formação contínua dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
45. Realiza formação em práticas inovadoras aos membros da sua unidade?	1	2	3	4	5
46. Participa na avaliação de desempenho dos membros da equipa?	1	2	3	4	5
47. Assume a liderança de atividades da gestão organizacional?	1	2	3	4	5
48. Representa a sua unidade em comissões/grupos organizacionais?	1	2	3	4	5
49. Intervêm em organizações profissionais relevantes?	1	2	3	4	5
50. Divulga os sucessos da gestão de cuidados da sua unidade para o grupo profissional de enfermagem?	1	2	3	4	5
51. Conhece a missão da sua organização?	1	2	3	4	5
52. Utiliza o plano estratégico da organização para orientar a prática na sua unidade?	1	2	3	4	5
53. Atua de acordo com os valores da organização?	1	2	3	4	5
54. Participa no desenvolvimento do plano estratégico da organização?	1	2	3	4	5
55. Defende a justiça social nas atividades da sua unidade?	1	2	3	4	5
56. Envolve-se em atividades de desenvolvimento profissional?	1	2	3	4	5

C – SUGESTÕES

10. Quer apresentar alguma sugestão?

Muito obrigado pela sua participação!

Apêndice VII: Pedido de autorização à autora do questionário CNLSES ®

De: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas
Enviada: quarta-feira, 5 de Abril de 2017 13:29
Para: [REDACTED] <[REDACTED]>
Cc: 'marlene carvalho' <ortiga_m@hotmail.com>
Assunto: Requeste for permission to use the Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders questionnaire

Dear Mrs. Gilmartin

Marlene Carvalho, a nurse in a Maternity Alfredo da Costa - Lisbon, MScN, RN, - Portugal and Pedro Bernardes Lucas, professor at the Nursing College of Lisbon, would like your permission to apply the questionnaire "A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®: Results of a Pilot Study" at several nurses in portuguese hospitals.

Thus, we ask for your permission to adapt, according to portuguese culture, your questionnaire.

If so, the article will have your name on it.

We'll be available to provide any information deemed relevant

Yours faithfully

Marlene & Pedro

Pedro Bernardes Lucas, PhD, MSc, MScN, RN

Professor-Adjunto

Departamento de Administração em Enfermagem

Professor of Nursing Management – Department of Nursing Administration

Nursing College of Lisbon (ESEL)
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)
Polo Artur Ravara

Av. Dom João II, nº 4.69.01, 1990-096 Lisboa

Telefone.: (351) 21 891 22 00

E-mail: prlucas@esel.

Apêndice VIII: Pedido de autorização ao Conselho de Administração e
Comissão de Ética

(Nota: o nome do Hospital e dos serviços onde foi realizada a recolha de dados foram omitidos, assegurando a confidencialidade dos dados obtidos dos participantes em estudo)

Nome: Marlene Carvalho

Morada: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Exmo. Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED]

Dra. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Lisboa
sec.ca.tw@ccp.min-saude.pt

Assunto: Pedido de Autorização para Aplicação de Questionário no âmbito de um Estudo Académico

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho, enfermeira a exercer funções no serviço de Puerpério do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., com o número mecanográfico 0 [REDACTED] a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um estudo científico, intitulado “Adaptação e validação para o contexto cultural português do questionário: *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*”, sob orientação do Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas, com vista à obtenção de grau de mestre.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: traduzir e adaptar a escala “*A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*”, para o contexto cultural português, dando origem à versão Portuguesa da mesma e determinando as suas características psicométricas nos enfermeiros portugueses.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação de questionários aos enfermeiros responsáveis de turno ou que já tenham exercido essa função, dos serviços de [REDACTED]

Os questionários serão entregues nos respetivos serviços, realçando que o conteúdo das respostas facultadas, terão um carácter anónimo e a sua realização terá por base os princípios éticos da livre participação, confidencialidade e respectivo consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A Enfermeira

[REDACTED]

(Marlene Celeste Ortiga de Carvalho)

Lisboa, 2 de maio de 2018

Nome: Marlene Carvalho

Morada: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Exmo. Conselho de Ética para a Saúde (CES) do [REDACTED]

Professor Doutor [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Lisboa
sec.ca.tw@ccp-min-saude.pt

Assunto: Pedido de Autorização para Aplicação de Questionário no âmbito de um Estudo Académico

Marlene Celeste Ortiga de Carvalho, enfermeira a exercer funções no serviço de Puerpério do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., com o número mecanográfico [REDACTED] a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um estudo científico, intitulado “Adaptação e validação para o contexto cultural português do questionário: *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*”, sob orientação do Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas, com vista à obtenção de grau de mestre.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: traduzir e adaptar a escala “*A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*”, para o contexto cultural português, dando origem à versão Portuguesa da mesma e determinando as suas características psicométricas nos enfermeiros portugueses.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a aplicação de questionários aos enfermeiros responsáveis de turno ou que já tenham exercido essa função, dos serviços de [REDACTED]

Os questionários serão entregues nos respetivos serviços, realçando que o conteúdo das respostas facultadas, terão um carácter anónimo e a sua realização terá por base os princípios éticos da livre participação, confidencialidade e respectivo consentimento informado.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

A Enfermeira

(Marlene Celeste Ortiga de Carvalho)

Lisboa, 2 de maio de 2018

Apêndice IX: Instruções para preenchimento do questionário e respectivo
consentimento informado

Questionário “Liderança Clínica em Enfermagem”

Aos enfermeiros,

Este questionário surge no âmbito da realização da minha dissertação científica do 8º Curso de Mestrado na área de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a efetuar a adaptação cultural e linguística do questionário: *A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®*, dando origem à versão portuguesa do mesmo determinando as suas características psicométricas.

Este questionário dirige-se aos enfermeiros que já tenham sido **responsáveis de turno**, ou seja que durante o seu percurso profissional foi ou é responsável pela unidade durante um período específico, com três funções/responsabilidades fundamentais: planeamento, coordenação e avaliação das atividades de enfermagem. Destes incluem-se o responsável de turno, substituto do responsável de turno, segundo elemento do serviço.

A Parte A do questionário consiste na caracterização dos profissionais, a Parte B relaciona-se com o tema em estudo: Liderança Clínica e a Parte C consiste na aquisição de sugestões do grupo alvo para a melhoria do instrumento de recolha de dados - questionário.

Este questionário é constituído por 5 páginas (incluindo a folha de rosto). As questões colocadas são na sua maioria diretas, objetivas e de resposta curta, pelo que a duração de preenchimento do questionário não será extensa. A escala é apresentada no início das questões.

È garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Os dados serão armazenados e tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, manifestamos desde já os nossos agradecimentos.

Para qualquer informação adicional, inclusive para conhecer os resultados deste trabalho, estou disponível através de Enf^a Marlene Ortega de Carvalho ([redacted])
ou [redacted]

Apêndice X: Cronograma

Cronograma

[illegible]