



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

**A INTENÇÃO DE *TURNOVER* E O COMPROMETIMENTO
ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS**

Ana Maria Alves Póvoa Callado



**Lisboa
2020**



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

**A INTENÇÃO DE *TURNOVER* E O COMPROMETIMENTO
ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS EM CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS**

Ana Maria Alves Póvoa Callado



Orientador: Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“The best way to find yourself is to lose yourself
in the service of the others”*

(Mahatma Ghandi, s.d.)

“- Quem está nas trincheiras ao teu lado?

- E isso importa?

- Mais do que própria guerra.”

(Ernest Hemingway, s.d.)

AGRADECIMENTOS

Este caminho apenas foi possível porque se cruzaram no meu caminho um conjunto de pessoas fantásticas, a quem quero manifestar a minha enorme gratidão.

Agradeço à Diretora Executiva do ACES por ter autorizado a realização deste estudo, e em especial a todos os enfermeiros que nele participaram, graças ao seu contributo foi possível levá-lo a cabo.

Ao Professor Doutor Pedro Lucas, bem-haja por me ter concedido o privilégio da sua orientação. Agradeço profundamente a exigência, o empenho e as sugestões que me trouxeram a oportunidade para crescer enquanto investigadora e pessoa. É, sem dúvida, uma inspiração que orienta o meu percurso profissional. À Professora Doutora Teresa Potra pelos contributos fundamentais que promoveram o desenvolvimento do meu espírito crítico.

À Mestre Susana Sul, que em parceria com o Professor Doutor Pedro Lucas, gentilmente me autorizaram utilizar a escala de intenção de *Turnover*. Ao Professor Doutor Rui Gomes que igualmente me cedeu o questionário de Comprometimento Organizacional.

Ao Diogo, meu filho amado, pelas tardes de ausência e jantares atrasados. A sua compreensão e entusiasmo foram determinantes, desde o início deste percurso. Ao José, por acreditar em mim e me substituir nas minhas ausências.

À minha mãe e irmãs, pela sua alegria e orgulho neste meu percurso académico.

À Deolinda, colega de percurso, pelo companheirismo e apoio mútuo que mantivemos até ao final desta caminhada.

Às minhas colegas, pela disponibilidade demonstrada e pelo incentivo que me deram quando o cansaço já era visível no meu rosto.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AONE - *American Organization of Nurse Executives*

APE – Ambiente de Prática de Enfermagem

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CE - Cuidados de enfermagem

QCE - Qualidade dos cuidados de enfermagem

CO – Comprometimento Organizacional

CFI - *Comparative Fit Index*

CSP – Cuidados de saúde primários

GFI - *Googness-of-fit*

GRH – Gestão de Recursos Humanos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM - Institute of Medicine

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin *of Sample Adequacy*

PCC – *Patient Centred Care* (Cuidados Centrados no Cliente)

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

RMSEA - *Root-Square Error of Aproximation*

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

s - Desvio Padrão

SRMR - Raiz do Resíduo Quadrático Médio Padronizado

RESUMO

O *turnover* representa uma disrupção na atividade normal das organizações por comprometer a sua eficiência, ao mesmo tempo que aumenta os custos e leva à perda de capital humano, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados. A intenção de *turnover* é considerada o melhor preditor e antecessor da decisão final de sair da organização. O comprometimento organizacional corresponde ao sentimento de pertença do profissional com a organização onde exerce. Quando este sentimento é forte, o profissional fica mais empenhado com os objetivos organizacionais e desenvolve o desejo de nela permanecer. Existe uma correlação negativa entre o comprometimento organizacional e a intenção de *turnover*. Assim, realizámos um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com a aplicação da Escala de Intenção de *Turnover* e o Questionário de Comprometimento Organizacional a uma amostra de enfermeiros a exercer em Cuidados de Saúde Primários, com os objetivos de identificar a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional dos de um ACES de Lisboa, e avaliar a relação existente entre a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional. Participaram 97 enfermeiros. A intenção de *turnover* obteve o valor médio de 2,79, inferior ao valor de corte, e apenas 13,2% dos enfermeiros pretendiam sair do seu local de trabalho atual, o que significa que a nossa amostra tem baixa intenção de *turnover*. O comprometimento organizacional obteve o valor médio de 3,72, superior ao valor de corte, 84,5% dos enfermeiros sentem-se dispostos a esforçarem-se pela organização e 54,6% considerou que os seus valores pessoais e os valores organizacionais são semelhantes, o que significa que a nossa amostra tem elevado comprometimento organizacional. O Coeficiente de *Pearson* mostra a existência de uma correlação negativa significativa entre a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional. A análise destes resultados proporciona tempo e pode orientar os enfermeiros gestores na implementação de estratégias que promovam o aumento do comprometimento organizacional e permitam minimizar a problemática do *turnover* e da intenção de *turnover* nas suas equipas, considerando a influência que estes exercem na promoção de cuidados de enfermagem de qualidade.

Descritores: Ambiente de Prática de Enfermagem; *Turnover*; Intenção; Comprometimento Organizacional; Enfermeiro Gestor.

ABSTRACT

The turnover represents a disruption in the normal activity of organizations because it compromises their efficiency, while increasing costs and leading to the loss of human capital, decreasing the quality of care provided. The turnover intention is considered the best predictor and predecessor of the final decision to leave the organization. Organizational commitment corresponds to the professional's feeling of belonging to the organization in which he works. When this feeling is strong, the professional becomes more committed to organizational goals and develops the desire to remain there. There is a negative correlation between organizational commitment and the intention to turnover. Thus, we carried out a quantitative, descriptive and correlational study, with the application of the Turnover Intention Scale and the Organizational Commitment Questionnaire to a sample of nurses to practice in Primary Health Care, with the objectives of identifying the intention of turnover and the organizational commitment of those of a Lisbon ACES, and to evaluate the relationship between the intention of turnover and the organizational commitment. 97 nurses participated. The intention to turnover obtained an average value of 2.79, lower than the cutoff value, and only 13.2% of nurses intended to leave their current workplace, which means that our sample has a low intention of turnover. Organizational commitment obtained an average value of 3.72, higher than the cutoff value, 84.5% of nurses feel willing to work for the organization and 54.6% considered that their personal values and organizational values are similar, which means that our sample has high organizational commitment. Pearson's coefficient shows the existence of a significant negative correlation between the intention to turnover and organizational commitment. The analysis of these results provides time and can guide nurse managers in the implementation of strategies that promote the increase of organizational commitment and allow to minimize the problem of turnover and the intention of turnover in their teams, considering the influence they have on the promotion of healthcare quality nursing.

Descriptors: Practice Environment; Turnover; Intention; Organizational Commitment; Nurse Manager.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1-O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	9
2-TURNOVER EM ENFERMAGEM	19
3-COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS	27
4- GESTÃO EM ENFERMAGEM	33
4.2-Quadro de Referência	48
PARTE II – TRABALHO EMPIRICO	61
1-METODOLOGIA	63
1.1-Tipo De Estudo	63
1.2-População	66
1.3-Instrumentos de Recolha de Dados	67
1.4-Análise Dos Dados	70
1.5- Considerações Éticas	74
2-APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	76
2.1-Characterização Sociodemográfica da Amostra	76
2.2-Análise da Fiabilidade e Validade dos Construtos	82
2.3-Análise das Variáveis em estudo	91
2.4- Relação entre as variáveis dependentes em estudo	105
CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	
Anexo I – Autorização para a utilização da Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	
Anexo II – Autorização para a utilização do Questionário de Comprometimento Organizacional	
APÊNDICES	

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Apêndice II – Pedido de Autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética e da Saúde da ARSLVT

Apêndice III – Instrumento de Recolha de dados distribuido

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Impacto do desempenho do Enfermeiro Gestor para as organizações de saúde e para os enfermeiros.....	37
Figura 2: Mapeamento do quadro de referência	50
Figura 3: Representação do Quality Health Outcomes Model – Mitchell, Ferketich e Jennings (1998).....	51
Figura 4: Mapeamento da relação existente entre a intenção de Turnover e o comprometimento organizacional e das variáveis independentes que os influenciam	66
Figura 5: Representação dos fatores e respectivos Eigenvalues da Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	84
Figura 6: Representação dos fatores e respectivos Eigenvalues do Questionário de CO	85
Figura 7: Estrutura fatorial da Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	89
Figura 8: Estrutura fatorial do Questionário de CO	90
Figura 9: Representação da relação negativa estabelecida entre a Intenção de <i>Turnover</i> e o CO.....	106
Figura 10: Representação da relação negativa estabelecida entre o fator Intenção de sair e o fator Comprometido com a Organização	107
Figura 11: Representação da relação positiva estabelecida entre o fator Intenção de permanecer e o fator Comprometido com a Organização.....	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra por Género	77
Gráfico 2: Caracterização da amostra relativamente ao Estado Civil	78
Gráfico 3: Caracterização da amostra relativamente à Categoria Profissional.....	79
Gráfico 4: Caracterização da amostra relativamente às Habilitações Académicas e Profissionais.....	79
Gráfico 5: Caracterização da amostra relativamente à UF do ACES.....	80

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Estudos sobre a intenção de <i>turnover</i> e os fatores que possam atuar como mediadores ou preditores.....	25
Quadro 2: Síntese das competências do enfermeiro gestor	40
Quadro 3: Tabela de identificação de componentes principais da Escala Intenção de <i>Turnover</i>	86
Quadro 4: Tabela de identificação de componentes principais do Questionário de CO	87
Quadro 5: Valores de referência do teste Alfa de <i>Cronbach</i>	88
Quadro 6: Quadro resumo de processamento dos dados para avaliação do Alfa de <i>Cronbach</i>	88
Quadro 7: Alfa de <i>Cronbach</i> para a Escala Intenção de <i>Turnover</i> e os dois fatores identificados	89
Quadro 8: Alfa de <i>Cronbach</i> para o Questionário de CO e o fator identificado	89
Quadro 9: Índices de ajustamento do modelo proposto para a Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	90
Quadro 10: Índice de ajustamento do modelo para o Questionário de CO	91
Quadro 11: Resultados obtidos pela aplicação da Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	92
Quadro 12: Scores obtidos na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> e nos fatores latentes identificados	93
Quadro 13: Score obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica - Género	93
Quadro 14: Score obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – Estado Cível	94
Quadro 15: Score obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – Idade em Escalões Etários.....	94

Quadro 16: <i>Score</i> obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – Categoria Profissional	95
Quadro 17: <i>Score</i> obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – Habilitações académicas.....	95
Quadro 18: <i>Score</i> obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – UF atual.....	96
Quadro 19: <i>Score</i> obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na Profissão	97
Quadro 20: <i>Score</i> obtido na Escala de Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na UF atual	97
Quadro 21: Resultados obtidos pela aplicação do Questionário de CO.....	99
Quadro 22: Scores obtidos no Questionário de CO	99
Quadro 23: <i>Score</i> obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica - Género	100
Quadro 24: <i>Score</i> obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Estado Cível	100
Quadro 25: <i>Score</i> obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Escalões Etários.....	101
Quadro 26: <i>Score</i> obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Categoria Profissional	101
Quadro 27: <i>Score</i> obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Habilitações académicas.....	102
Quadro 28: <i>Score</i> obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – UF atual.....	102
Quadro 29: <i>Score</i> obtidos no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na Profissão	104
Quadro 30: <i>Score</i> obtidos no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na UF atual	104
Quadro 31: Coeficiente de <i>Pearson</i> entre Intenção de <i>Turnover</i> e CO	106

Quadro 32: Coeficiente de <i>Pearson</i> entre os fatores latentes identificados	107
Quadro 33: Scores da Intenção de <i>Turnover</i> em estudos internacionais	113
Quadro 34: Scores do CO em estudos internacionais	117

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de retorno dos Questionários.....	76
Tabela 2: Número da Amostra (n)	76
Tabela 3: Caracterização da amostra relativamente à Idade.....	77
Tabela 4: Caracterização da amostra relativamente à Idade Por Classes	78
Tabela 5: Caracterização da amostra relativamente ao Tempo de Exercício na Profissão	80
Tabela 6: Caracterização da amostra relativamente ao Tempo de Serviço na Profissão Por Classes.....	81
Tabela 7: Caracterização da amostra relativamente ao Tempo de Exercício na UF	81
Tabela 8: Caracterização da amostra relativamente Tempo de Serviço na UF Por Classes	82
Tabela 9: Resultados da aplicação do Teste KMO e <i>Bartlett</i> à Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	83
Tabela 10: Resultados da aplicação do Teste KMO e <i>Bartlett</i> Questionário CO	83
Tabela 11: Extração dos fatores principais da Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	84
Tabela 12: Extração dos fatores principais do Questionário de CO.....	85
Tabela 13: <i>Pos-hoc</i> - Teste de <i>Bonferroni</i> – Intenção de <i>Turnover</i> para a variável sociodemografica UF atual.....	96
Tabela 14: <i>Pos-hoc</i> - Teste de <i>Bonferroni</i> – CO para a variável sociodemografica UF atual	103
Tabela 15: <i>Pos-hoc</i> - Teste de <i>Bonferroni</i> – CO para a variável sociodemografica - Tempo de serviço na UF atual	105
Tabela 16: Valores de correlação item a item.....	110

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros são considerados o coração das organizações de saúde (Labrague, McEnroe-Petitte, Tsaras, Cruz, Colet & Gloe, 2018a). Mantê-los nas organizações de saúde é crucial dada a diminuição permanente de enfermeiros nos serviços, a pouca contratação de novos profissionais e a crescente necessidade de cuidados de saúde, provocada pelo envelhecimento populacional (Shacklock, Brunetto, Teo & Farr-Wharton, 2014) e pelos desafios provocados pela atual pandemia vírica COVID 19.

A intenção de *turnover* nos enfermeiros é um problema da maior importância para as organizações de saúde (Yu & Lee, 2018) pois pode ter um impacto negativo nas organizações e na profissão de enfermagem (Almalki, FitzGerald & Clark, 2012, Yurumezoglu, Kocaman & Haydari, 2018). O *turnover* e a intenção de *turnover* aumentam os custos da organização relacionados com o recrutamento e seleção de novos profissionais, com a sua integração nos serviços e, por outro lado, conduz à perda de profissionais experientes. Como resultado as equipas ficam reduzidas conduzindo a perdas de eficiência e produtividade (Hashish, 2017), com menor capacidade para responder às solicitações e necessidades dos clientes e de prestar cuidados de qualidade (Almalki et al., 2012).

Vários estudos demonstram a relação entre a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional (CO) (Nasurdin, Tan & Khan, 2018; Fernet, Trépanier, Demers & Austin, 2017; Yurumezoglu & Kocaman, 2012; Shacklock et al, 2014; Han, Han, An & Lim, 2015; Brunetto, Rodwell, Shacklock, Farr-Wharton & Demir, 2016; Hashish, 2017; Fernet et al, 2017; Labrague et al., 2018a; McCane & Sambrook, 2014; Sanaranayake, Gellatly & Cummings, 2018; Yurumezoglu et al., 2018). Este conceito é entendido como uma dimensão da eficiência organizacional, que contribui para melhorar a perceção dos enfermeiros sobre o desempenho no trabalho, na sua identificação com os valores e objetivos organizacionais, estabelecendo-se uma ligação afetiva entre o trabalhador e o local de trabalho (Nasurdin et al., 2018; Hashish, 2017). Mais comprometido com o serviço onde exerce, o enfermeiro está mais predisposto a empenhar-se nas atividades e nos objetivos organizacionais, traduzindo-se na redução de *turnover* (Hashish, 2017).

A intenção de *turnover* e o CO não podem ser analisados isoladamente, devem sim, ser analisados à luz do quadro de referência para a gestão em enfermagem. De acordo com o *Quality Health Outcomes Model*, proposto por Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), sistema (indivíduo, organização e grupo), intervenções, características dos clientes e resultados em saúde, influenciam-se mutuamente através de conexões bidirecionais, sendo por isso, suficientemente amplo para promover a relevância de todos os fatores no desempenho dos enfermeiros para a melhoria da qualidade, e das estratégias e políticas de gestão, permitindo a comparação dos resultados e de intervenções ao nível das organizações de saúde. Por outro lado, os enfermeiros são responsáveis por suprir as necessidades fundamentais dos seus clientes, considerados por estes como os cuidados mais importantes (Matinolli, Mieronkoski & Salantera, 2019), garantindo-lhes uma experiência de cuidados positiva (Feo & Kitson, 2016; Pentecost et al., 2019). A realização deste tipo de cuidados surgem integrados no cuidar holístico, centrado na pessoa, onde se promove a participação e o envolvimento do cliente, respeitando a sua unicidade e autonomia, e adequando os cuidados em função das necessidades físicas, psicossociais, culturais e emocionais do cliente (Feo & Kitson, 2016).

Tendo em conta que a qualidade dos cuidados afeta os *outcomes* dos clientes, otimizar as equipas – rácios enfermeiros-clientes, combinação de competências dos profissionais, e promover um ambiente de prática de enfermagem (APE) favorável (McCormack & McCance, 2006; Kitson et al., 2013a; Feo & Kitson, 2016), pelos efeitos positivos nos *outcomes* dos clientes - menor mortalidade, menor morbilidade, menos complicações e menos reclamações (Kitson et al., 2013a; Feo & Kitson, 2016), é essencial para as organizações de saúde, tendo aqui, o enfermeiro gestor, um papel decisivo. Através de competências e saberes específicos de gestão em saúde, aliados a competências de liderança, o enfermeiro gestor contribui para o desenvolvimento de competências clínicas nos enfermeiros e, subsequentemente, influencia a qualidade dos cuidados (Barkhordari-Sharifabad, Ashktorab & Atashzadeh-Shoorideh, 2018; McCane & Sambrook, 2014; Han et al., 2015).

A maior complexidade e exigência dos cuidados prestados obriga a que o enfermeiro gestor estabeleça uma relação de suporte e apoio com os elementos da sua equipa, e contribua para a construção de CO como estratégia para diminuir a intenção de *turnover* no serviço ou na organização (Shacklock et al., 2014; McCane & Sambrook, 2013). Neste sentido, podemos encontrar na literatura a recomendação de

se estudar a intenção de *turnover* associada ao estudo do CO, tal o efeito mediador que este exerce sobre a intenção de permanecer ou sair de uma organização (Shacklock et al., 2014).

Torna-se, então, importante que os gestores em enfermagem conheçam a intenção de *turnover* e o CO dos seus enfermeiros, de forma a poderem implementar estratégias e as mudanças necessárias para manter as equipas motivadas e empenhadas para os objetivos organizacionais, com uma prática de alta qualidade (Shacklock et al., 2014).

Nos últimos anos os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sofrido várias mudanças organizativas. A constituição de novas equipas e novos modelos de trabalho mostrou a necessidade de equipas empenhadas e competentes. Apesar da importância reconhecida deste contexto para a saúde da população poucos são os estudos realizados a nível internacional em CSP. Realizamos uma pesquisa simples na internet e verificamos que em Portugal este estudo ainda não se realizou. Assim, considerando ser de extrema importância, para as organizações de saúde, conhecer a intenção de *turnover* dos enfermeiros e a sua relação com o CO em CSP (Yu & Lee, 2018), realizámos um estudo que respondesse à seguinte pergunta de investigação:

- ✓ Qual a relação entre a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa?

O objetivo geral que a que nos propusemos foi:

- ✓ Avaliar a relação entre a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa.

Para dar resposta à pergunta de investigação e ao objetivo geral, os objetivos específicos deste estudo foram:

- ✓ Identificar a intenção de *turnover* dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa;
- ✓ Identificar o CO dos enfermeiros de um ACES de Lisboa;
- ✓ Relacionar a intenção de *turnover* com o CO dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

Para a construção do enquadramento teórico, começámos por realizar uma pesquisa inicial para identificarmos os termos de pesquisa e artigos sobre o tema.

Encontramos um artigo de revisão integrativa da literatura (RIL) recente, numa revista de grande fator de impacto. Após a sua leitura verificámos que não relacionava a intenção de *turnover* e o CO às práticas de gestão e liderança dos enfermeiros gestores, nem definia o contexto de prestação de cuidados para a seleção dos artigos incluídos. Assim, sendo objeto de interesse para este estudo conhecer as variáveis - intenção de *turnover* e CO - no âmbito da gestão em enfermagem, em contexto de CSP, realizámos pesquisa bibliográfica, através da metodologia de Revisão Integrativa da Literatura, com o objetivo de definirmos os conceitos de investigação (Gray, Grove & Sutherland, 2017). Após testarmos todas as palavras-chave selecionadas conjugadas com os respetivos *booleanos*, verificamos que a inclusão do contexto inviabilizava a pesquisa. Assim, optámos por incluir todos os contextos. A pesquisa foi realizada nas várias etapas previstas, nas bases CINAHL Complete e na MEDLINE Complete, MedicLatina, Cochrane Database of Systematic Reviews e na Scopus, e pela verificação das referências bibliográficas dos artigos selecionados, de forma a incluir artigos que não tivessem surgido nas pesquisas realizadas, mas cujo contributo foi considerado de grande importância na compreensão da problemática em estudo. Definimos como critérios de seleção serem artigos sobre a intenção de *turnover* e CO, com enfermeiros, disponíveis em texto completo, entre 2012 e 2019, escritos em inglês, espanhol ou português. Como critério adicional, considerámos os artigos que referissem a perspetiva da gestão em enfermagem ou intervenções do enfermeiro gestor, de forma explícita. A inclusão ou exclusão dos artigos foi feita pela leitura do título, seguidamente pela leitura do resumo e, se necessário, procedemos à leitura do texto integral. Foram selecionados 15 artigos, sendo apenas um de contexto de Cuidados de Saúde Primários. As *keywords* foram Intenção de *turnover* (*Turnover Intention*), *Atempted Turnover Scale*, Comprometimento Organizacional (*Organizacional Commitment*), *Organizational Commitment Questionnaire*, Enfermeiro Gestor (*Nurse Manager*).

Para realizármos este estudo, optámos por utilizar escalas consideradas cientificamente credíveis, traduzidas e validadas para a população portuguesa, após ser solicitada autorização aos respetivos autores.

Para avaliar a intenção de *turnover*, utilizámos a *Atempted Turnover Scale*, de Hinshaw e Atwood (1984), traduzida e validada para Portugal por Sul & Lucas em 2019 e publicada em 2020. Esta escala tem sido largamente utilizada em estudos internacionais por apresentar grande consistência interna, com Alfa de *Cronbach* de

0,94 (Hart, 2005). Para avaliar o CO utilizámos o *Organizational Commitment Questionnaire* (OCQ), desenvolvido nos anos 80, por Mowday, Steers e Porter (1979), traduzido e validado para Portugal, num estudo com médicos e enfermeiros, por Gomes (2007). Nos últimos anos, esta escala mantém-se a ser amplamente utilizada, em múltiplos estudos internacionais, dado ter conquistado elevados níveis de confiabilidade (Pinho, Silva, Oliveira & Oliveira, 2018) sendo que a escala original tem elevada consistência interna com Alfa de *Conbach* de 0,90 (Mowday, Steers & Porter, 1979).

Este relatório encontra-se estruturado em 7 partes distintas: após esta Introdução, onde apresentamos os conceitos e o propósito do estudo, surge a Parte I, constituído pelo Enquadramento teórico, onde definimos os conceitos centrais: Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários; *Turnover* na Enfermagem; o Comportamento Organizacional dos enfermeiros e Gestão em Enfermagem, onde desenvolvemos o Quadro de Referência. Na Parte II, apresentamos o Trabalho Empírico, com foco na Metodologia de Investigação e nas escalas escolhidas para a recolha dos dados. Seguidamente apresentamos os Resultados e a respetiva Análise. Segue-se a Conclusão, onde fazemos uma síntese do trabalho desenvolvido, as Referências Bibliográficas consultadas e, por último, apresentamos os Anexos e os Apêndices.

As citações e referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas APA 6ª Edição.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1-O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O ambiente de prática de enfermagem (APE) é definido como um conjunto de características que favorecem ou constroem a prática profissional dos enfermeiros (Lake, 2002; Moreno et al., 2013; Twigg & McCullough, 2014; Anderson, Johnson, Massey & Bamford-Wade, 2018; Chen, Ramalhal & Lucas, 2019).

O APE ganhou importância nos anos 70, nos hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), onde se verificou uma elevada escassez de enfermeiros e aumento do *turnover* dos profissionais existentes. Dadas as consequências da carência destes profissionais nas organizações, a *American Nurses Association* efetuou estudos nas organizações que conseguiam atrair e reter os enfermeiros, designados, por isso, de hospitais *Magnet* (Lake, 2002). Estas organizações incorporam determinadas forças ou componentes que suscitam maior envolvimento, satisfação profissional e diminuição do *Turnover*, maior satisfação do cliente e melhores resultados em saúde, e maior retorno financeiro para a organização de saúde (Anderson et al., 2018). Nelas, verifica-se a existência de uma liderança transformacional, de empoderamento estrutural, uma prática profissional exemplar, a incorporação de novos conhecimentos, inovação e melhorias, e resultados empíricos (Lake, 2002, Anderson et al., 2018). Nos anos 90, o reconhecimento dessas características lançou o conceito numa nova fase, procurando relacioná-lo com a qualidade dos cuidados e resultados obtidos nos clientes, pois verificava-se o compromisso com uma cultura de excelência, com distribuição cuidada dos recursos, com sistemas de apoio na prestação de cuidados aos clientes e com interesse pelo desenvolvimento dos seus profissionais (Lake, 2002). Surge, assim, um programa de creditação para a obtenção do status *Magnet*, considerado a mais alta distinção que uma organização pode receber no âmbito da excelência dos cuidados de enfermagem, nos EUA. Para além das forças enunciadas anteriormente, este programa de reconhecimento tem como princípios orientadores: a qualidade da gestão em enfermagem; a estrutura organizativa; a liderança efetiva; a existência de políticas e programas de recursos humanos; a organização dos cuidados de enfermagem; a qualidade dos cuidados; preocupação com a melhoria contínua da qualidade; informação e recursos; autonomia profissional; a organização e a comunidade; os enfermeiros como educadores; a imagem profissional dos enfermeiros; as relações entre as equipas multidisciplinares e o

desenvolvimento profissional (Haller, Berends & Skillin, 2018). A distinção *Magnet* é, por isso, atribuído às organizações de saúde com elevado nível de qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE), bem como distingue organizações com um APE saudável e resultados positivos para os enfermeiros e para os clientes dos cuidados (Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018). Muitas organizações compreenderam que o modelo para melhorar os ambientes de trabalho dos enfermeiros, que consta do Programa *Magnet Recognized*, é um guia útil para prosseguir com os desafios da mudança de cultura organizacional, baseada em valores, atitudes e crenças sobre a prática profissional e em processos através dos quais a prática profissional é apoiada no ambiente de trabalho (Anderson et al., 2018).

Lake (2002) indentificou cinco aspetos que caracterizam APE favoráveis: (I) envolvimento dos enfermeiros nas tomadas de decisão; (II) organização dos cuidados de enfermagem (tempo para atender às necessidades dos clientes); (III) apoio e suporte por parte das chefias; (IV) adequação das equipas (tendo em conta as competências profissionais e horários de trabalho equilibrados) e dos recursos; (V) relações eficientes entre médicos e enfermeiros (Aiken et al., 2012; Moreno et al., 2013; Copanitsanou, Fotos & Brokalak, 2017; Gea-Caballero et al., 2018). APE favorável é, então, definido como um local de trabalho seguro, capacitante e satisfatório para os enfermeiros e é considerado de vital importância para a prevenção de erros médicos e para o estabelecimento de equipas de enfermagem estáveis (Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018). O Institute of Medicine (IOM) dos EUA estabeleceu a ligação entre a segurança do cliente e o ambiente de trabalho dos enfermeiros, após a publicação do relatório *To Err is Human*, em 1999 (Ulrich, Barden, Cassidy & Varn-Davis, 2019a). Após realizar estudos, esta organização considerou que APE's favoráveis são essenciais para a satisfação e retenção dos enfermeiros, para a segurança do cliente e para a QCE prestados, ao mesmo tempo que assume um papel fundamental na viabilidade financeira das organizações de saúde (Wei et al., 2018). Estes ambientes de trabalho permitem ao enfermeiro exercer a prática clínica com autonomia, mantendo controlo sobre o ambiente envolvente, participando nas decisões organizacionais que afetam a prestação de cuidados, ao mesmo tempo que se verificam boas relações entre médicos e enfermeiros, suporte organizacional (Wei et al., 2018; Nogueira et al., 2018) e reconhecimento do papel do enfermeiro para a qualidade dos cuidados prestados ao cliente (Nogueira et al., 2018). APE favoráveis influenciam a capacidade dos enfermeiros de exercer com profissionalismo,

empoderando-os e conduzindo-os à prestação de CE de qualidade e seguros, valorizando e reconhecendo a profissão de enfermagem, o que contribui para manter um APE positivo (Twigg & McCullough, 2014).

Os estudos realizados nos últimos anos demonstram a associação entre os fatores relacionados com o contexto da prática clínica e os *outcomes* para os enfermeiros e para os clientes (Aiken et al., 2012; Liu, You, Chen, Hao, Zhu, Zhang & Aiken, 2012; Moreno et al, 2013; Poghosyan, Shang, Lui, Poghosyan, Lui & Berkowitz, 2014; Poghosyan, Boyd & Clarke, 2016; Poghosyan, Lui, Shang & D'Aunno, 2017; Copanitsanou et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2018; Nogueira et al., 2018; Wei et al., 2018; Ulrich et al., 2019a). É, por isso, considerado uma variável que afeta a QCE (Poghosyan et al. 2014; Poghosyan et al., 2016; Wei et al., 2018; Ulrich et al., 2019a; Chen et al., 2019).

Quando o APE é percebido pelos enfermeiros como positivo, os resultados encontrados são sugestivos de melhor qualidade e segurança dos cuidados prestados (Aiken et al., 2012; Anderson et al, 2013; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019a), com menores taxas de mortalidade (Aiken et al., 2012; Anderson et al, 2013; Poghosyan et al., 2016), e menos complicações (Aiken et al., 2012) para os clientes, com melhor desempenho global (Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, 2013; Ulrich et al., 2019a) e aumento da produtividade (Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, 2013). Neste cenário, verifica-se ainda maior satisfação profissional dos enfermeiros (Aiken et al., 2012; Moreno et al, 2013; Ayamolowo et al., 2013; Poghosyan et al., 2016; Copanitsanou et al., 2017, Ulrich et al., 2019; Chen et al., 2019), menor intenção de *turnover* (Aiken et al., 2012; Moreno et al, 2013; Ayamolowo et al., 2013; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019a), e maior estabilidade da equipa de enfermagem (Moreno et al, 2013) por diminuição do *turnover* (Ayamolowo et al., 2013; Poghosyan, Shang, Lui, Poghosyan, Lui & Berkowitz, 2015; Poghosyan et al., 2016) e menor taxa de absentismo (Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, 2013). Por outro lado, quando este é percebido como negativo, encontram-se *outcomes* negativos para os enfermeiros, tais como baixa eficiência, insatisfação profissional, *turnover* (Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2017, Chen et al., 2019) e *burnout* (Chen et al, 2019; Nogueira et al., 2018; Ulrich et al., 2019); e para os clientes, verificando-se o aumento da mortalidade e de outras complicações (Aiken et al., 2012, Copanitsanou et al., 2017; Wei et al., 2018; Ulrich et al., 2019a), tais como maior tempo de internamento (Moreno et al, 2013; Wei et al., 2018), mais erros relacionados com a administração de

medicamentos (Moreno et al, 2013; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019a), comprometendo a segurança dos cuidados (Poghosyan et al., 2016) e, por último, menor satisfação do clientes relativamente aos cuidados recebidos (Moreno et al, 2013).

O APE surge, então, associado à QCE, à satisfação profissional, ao *burnout* e à intenção de *turnover*.

A evidência mostra que frequentemente os enfermeiros avaliam o seu ambiente de trabalho como stressante e complexo, com escassez de pessoal e recursos limitados (Copanitsanou et al., 2017). O *stress* característico da profissão leva, muitas vezes, ao esgotamento, baixa produtividade, absentismo e, a longo prazo, contribui para a escassez de profissionais, o que contribui para o agravamento do problema, considerando que a falta de profissionais se relaciona estritamente com a segurança dos cuidados (Copanitsanou et al., 2017). Vários estudos mostraram que um ou mais atributos desfavoráveis no APE estão associados a maiores taxas de mortalidade (Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2014), devido à ocorrência de erros, muitos dos quais relacionados com um ambiente de trabalho insalubre, caracterizado por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, resistência à mudança e à falta de liderança efetiva (Moreno et al., 2013). Por outro lado, os enfermeiros sentem muitas vezes que o seu papel é desvalorizado nas organizações e, por isso, tornado invisível, não se sentindo apoiados por parte dos gestores de topo. Cuidar de clientes cada vez mais complexos, com elevada carga de trabalho e rácios cliente/ enfermeiro elevados, predispõem os enfermeiros a resultados negativos tais como insatisfação no trabalho, *burnout* e *turnover*, que influenciam o seu desempenho e levam à diminuição da QCE (Poghosyan et al., 2016). Aiken et al. (2018) realizaram estudos em vários países com o objetivo de relacionarem a constituição das equipas de enfermagem hospitalares com os resultados dos clientes. Concluíram que nas organizações com recursos adequados de enfermeiros, os clientes apresentaram uma menor probabilidade de morrer em todos os níveis de risco e os custos dos cuidados que receberam foram iguais ou menores nessas organizações do que naquelas que revelaram recursos desadequados de enfermeiros. Os hospitais com recursos adequados de enfermeiros obtiveram, ainda, melhores resultados para os clientes com os mesmos custos ou custos menores que os hospitais com resultados piores, considerando que admitiram menos 40% de clientes em unidades de cuidados intensivos e tiveram um menor tempo de internamento (Aiken et al., 2018). Os

resultados destes estudos permitem concluir que os custos associados à contratação de mais enfermeiros são compensados pela redução de tratamentos intensivos, menor tempo de internamento, menos 30% de infecções nosocomiais (Aiken et al., 2012, Aiken et al., 2018), o que se traduz em segurança e qualidade nos cuidados (Liu et al., 2012; Poghosyan et al., 2014; Poghosyan et al., 2016; Copanitsanou et al., 2017; Wei et al., 2018). Por outro lado, os resultados evidenciam que por cada cliente adicional atribuído à responsabilidade de um enfermeiro está associado a um aumento de 6 a 9% nas readmissões por pneumonia, insuficiência cardíaca e enfarte agudo do miocárdio, ao aumento de 8% nas readmissões por fratura do colo do fêmur, ao aumento de 3% nas readmissões após cirurgia geral e ao aumento de 11% nas readmissões para crianças hospitalizadas, aumentando desnecessariamente o custo dos cuidados. É ainda de salientar que metade dos enfermeiros assumem não ter tido tempo para concluir o planeamento da alta e realizar os cuidados antecipatórios ao cliente (Aiken et al., 2018), diminuindo a QCE. A evidência demonstra que quando a avaliação dos enfermeiros sobre os padrões da prática profissional de enfermagem aumenta, a adequação da equipa e as relações profissionais são avaliadas como melhores (Copanitsanou et al., 2017), concluindo-se que quando os enfermeiros percecionam que realizam CE com qualidade, as equipas de enfermagem encontram-se dotadas de elementos com as competências necessárias e em número suficiente (Moreno et al., 2013). Estas conclusões corroboram os resultados verificados nos estudos realizados por Aiken et al. (2018) quando referem que nos hospitais onde se verificou a existência de enfermeiros com competências necessárias e em número adequado, a taxa de úlceras por pressão, lesões por quedas e infecções do trato urinário são menores. Então, num APE favorável, os profissionais têm acesso a informações, recursos e oportunidades para desenvolver os seus conhecimentos e competências, o que se traduz em maior produtividade para a organização, maior comprometimento com a equipa, melhores resultados para o cliente no âmbito da segurança dos cuidados (Moreno et al., 2013). Este tipo de ambiente de trabalho pode influenciar significativamente as atitudes dos enfermeiros e as suas escolhas de carreira (Galletta, Portoghese, Carta, D'Aloja & Campagna, 2016).

O absentismo profissional, provocado pelo *burnout*, e o *turnover* afetam a prestação de CE de qualidade por condicionarem a capacidade de resposta da equipa de enfermagem, que se encontra reduzida. Embora a mudança de organização possa, às vezes, promover o desenvolvimento profissional de enfermeiros, o *turnover* pode

tornar-se um problema para as organizações se a mudança for impulsionada por características desfavoráveis do APE (Galletta et al., 2016). A saída de profissionais experientes leva a que as equipas de enfermagem percam o conhecimento e a competência desses elementos (Hashish, 2017). Tendo em conta o modelo de desenvolvimento de Benner (2001) os enfermeiros desenvolvem a aquisição de competências segundo uma sequência lógica de cinco estádios, iniciando-se pela ausência de experiência nas situações clínicas com o qual é confrontado e, de forma gradual, à medida em que é confrontado com situações reais, torna-se perito, o último estádio de desenvolvimento profissional, pois desenvolve o julgamento clínico e uma grande experiência, desenvolve flexibilidade e capacidade de se adaptar às situações reais, agindo rapidamente e em conformidade com a situação, traduzindo-se em capacidade de agir, antecipar e prever cuidados adequados como resposta às necessidades dos clientes (Benner, 2001). Assim, tendo em conta este processo, mesmo que se proceda à substituição do enfermeiro que realizou *turnover*, o novo elemento tem que aprender com a experiência, de forma a desenvolver as suas competências e o julgamento clínico que lhe permitam agir perante situações complexas e priorizar cuidados, sendo que estes são influenciados pelo conhecimento da unidade e das suas rotinas, assim como dos detalhes específicos dos clientes (Tanner, 2006). Este processo de desenvolvimento leva tempo e durante esse período a QCE pode ficar comprometida. Assim, para além dos custos relacionados com a seleção e a integração dos novos elementos, a equipa fica reduzida e perde *now how*, o que leva à diminuição de eficácia e à redução da produtividade (Hashish, 2017).

Por outro lado, a perceção pelos enfermeiros de não realizarem todos os cuidados necessários ou deixarem cuidados omissos, provocada pela elevada carga de trabalho ou por equipas desadequadas, pode originar elevados níveis de *burnout* e insatisfação dos enfermeiros, afetando igualmente a qualidade dos cuidados de saúde (Liu et al., 2012).

O *burnout* é definido como um síndrome psicológico como resposta ao *stress* prolongado que consome os recursos internos do profissional para lidar com as exigências relacionadas com o posto de trabalho e com a complexidade dos cuidados que são necessários realizar (Silva & Gomes, 2009; Wong & Laschinger, 2015). Este termo foi introduzido por Freudenberg, em 1974, após observar a perda de motivação e a redução do compromisso nos voluntários de uma clínica de saúde mental (Dall’Ora, Ball, Reinius & Griffiths, 2020). Maslach et al. (1996) identificou três

dimensões distintas de *burnout*: exaustão emocional, cinismo ou despersonalização e realização pessoal reduzida (Laschinger & Leiter, 2006; Leiter & Laschinger, 2006; Tecedeiro, 2010; Wong & Laschinger, 2015; Nantsupawat et al., 2017; Aronsson et al, 2017; Dall’Ora et al., 2020). A exaustão emocional representa a dimensão individual de *stress* e esgotamento físico, correspondendo a sentimentos de esgotamento dos recursos emocionais e físicos; a despersonalização representa a dimensão do contexto interpessoal do *burnout*; a realização reduzida representa a dimensão da autoavaliação do *burnout* e refere-se a sentimentos de incompetência, falta de confiança e autoeficiência no trabalho (Aronsson et al, 2017). O modelo conceptual do *burnout* estabelece o papel chave da exaustão emocional na mediação da relação do ambiente de trabalho com a despersonalização que, por sua vez, medeia a relação da exaustão com a realização pessoal (Leiter & Laschinger, 2006), ou seja, o aumento do esforço pessoal para corresponder à elevada exigência do posto de trabalho leva à exaustão emocional, que atua como *trigger* para a despersonalização, o que, por sua vez, leva à realização pessoal diminuída e esta à exaustão emocional (Aronsson et al, 2017; Nogueira et al., 2018; Dall’Ora et al., 2020), instalando-se uma espiral descendente a partir da qual pode ser difícil de recuperar (Leiter & Laschinger, 2006). Por isso, é entendida como uma doença que se instala gradualmente e de forma continua ao longo do tempo (Leiter & Laschinger, 2006), com mudanças negativas de atitudes e comportamentos em relação aos clientes, muitas vezes associadas à desilusão dos trabalhadores relativamente às expectativas iniciais face ao posto de trabalho (Dall’Ora et al., 2020), levando muitas vezes à intenção de *turnover* e ao *turnover* (Aiken et al., 2018). Sabe-se que o *burnout* está dependente de características individuais, assim como sofre grande influência pelo ambiente em que o profissional exerce, estando particularmente relacionado com a organização inadequada do trabalho, pela falta de autonomia na prática clínica e de suporte pelas chefias (Aronsson et al, 2017; Nogueira et al., 2018), *stress* e tensão acumulada provocada pela carga de trabalho excessiva, pela necessidade de executar tarefas administrativas adicionais, aos quais se acrescenta o relacionamento pobre com a equipe médica (Han et al., 2015). Por esta razão, é um dos fatores que influencia a intenção de *turnover* (Han et al., 2015; Galletta et al., 2016; Nantsupawat et al., 2017). A evidência mostra que quando exercem em APE desfavoráveis, os enfermeiros tendem a apresentar elevada exaustão emocional (Nogueira et al., 2018; Dall’Ora et al., 2020), prosseguindo para as restantes fases apenas quando apresentam um enfrentamento disfuncional (Dall’Ora et al., 2020). É por isso que este síndrome é

comum na enfermagem e noutras profissões da saúde (Laschinger & Leiter, 2006). Na tentativa de superar as suas consequências negativas os enfermeiros podem negligenciar as suas obrigações profissionais, com repercussões negativas na QCE, na satisfação do cliente sobre os cuidados recebidos e ainda na sua adesão ao tratamento (Silva & Gomes, 2009). Apesar do *stress* e do alto risco de esgotamento, nem todos os enfermeiros desenvolvem *burnout* e intenção de *turnover* (Yu & Lee, 2018). Sobre isto, a evidência reforça que quando é dado apoio e suporte por parte das chefias e maior autonomia na realização dos cuidados, o enfermeiro pode recuperar da situação stressante, reaver a capacidade de trabalho e aumentar a sua satisfação profissional (Nogueira et al., 2018; Yu & Lee, 2018; Dall'Ora et al., 2020).

A satisfação profissional pode ser descrita como um estado emocional agradável que resulta da avaliação que o profissional faz do trabalho que realiza. Corresponde a uma reação afetiva, a uma atitude em relação ao trabalho. A satisfação profissional pode ser um indicador importante de como os enfermeiros se sentem em relação ao seu trabalho, bem como um preditor de comportamentos no trabalho (Hashish, 2017). Trata-se de um construto multidimensional onde se incluem requisitos, autonomia profissional, relações de trabalho e condições organizacionais (Chen et al., 2019). A evidência relaciona a satisfação profissional com a diminuição do absentismo, com melhor clima organizacional (Hashish, 2017), ao aumento da produtividade e melhor desempenho no trabalho (Hashish, 2017; Kim & Yi, 2019). Ela pode fortalecer o compromisso afetivo do profissional com a sua organização (Chen et al., 2019). Por outro lado, a insatisfação provocará menor comprometimento organizacional, maior absentismo e aumento do *turnover* (Hashish, 2017). De forma a promover maior satisfação e melhorar os níveis de produtividade, contribuindo positivamente para os *outcomes* das organizações e para a qualidade dos cuidados de enfermagem, encontramos referência a várias estratégias tais como os rácios enfermeiro/ cliente adequados, investir em formação, promover a participação dos enfermeiros na tomada de decisão e nas políticas organizacionais (Chen et al., 2019).

Assume-se, portanto, que num APE favorável à prática dos enfermeiros, pela presença de elementos chave no local de trabalho que fortalecem as suas competências, dando-lhes acesso a informações, recursos e oportunidades para desenvolver os seus conhecimentos e competências, implementando uma prática baseada em evidência, traduzindo-se em maior produtividade para a organização e melhores *outcomes* para os enfermeiros e para os clientes (Moreno et al, 2013;

Ayamolowo et al., 2013; Poghosyan et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2018). É, então, determinante para a QCE, sendo composto pelo efeito cumulativo de um conjunto de fatores (Aiken et al., 2012) que afetam o desempenho e a satisfação profissional (Aiken et al., 2012; Ayamolowo et al., 2013, Chen et al., 2019), contribuindo para aumentar o comprometimento organizacional (Ayamolowo et al., 2013; Twigg & McCullough, 2014) e para reduzir a intenção de *turnover* e o *turnover* (Aiken et al., 2012; Ayamolowo et al., 2013; Poghosyan et al., 2017).

O APE propício e de qualidade tem sido referido como a influência mais importante da satisfação profissional dos enfermeiros no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Almalki et al., 2012; Moreno et al., 2013). Dada a crescente procura de cuidados de enfermagem e a maior complexidade na prestação de cuidados em CSP, provocada pela elevada taxa de envelhecimento global (Moreno et al., 2013), pela transferência do acompanhamento do cliente com doença crónica dos hospitais para a comunidade – domicílio, escolas, para serem vigiados pelas equipas de CSP (Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, 2013), pela reduzida taxa de enfermeiros a exercer neste contexto, verificada em vários países (Moreno et al., 2013) e pelos desafios decorrentes da atual pandemia virica COVID 19, são necessários profissionais motivados e empenhados no cumprimento das metas organizacionais e na prestação dos cuidados necessários, não comprometendo o desempenho organizacional (Ayamolowo et al., 2013). Neste contexto de cuidados é necessária a existência de uma filosofia e a definição de um modelo de cuidados de enfermagem, como um conjunto de valores e crenças organizacionais, aceite e incorporada nos enfermeiros, onde sejam valorizados os cuidados especializados, condição verificada nas organizações *Magnet* pela elevada proporção de enfermeiros especialistas existentes (Gea-Caballero et al., 2018). Porém, isto é um desafio, dado o foco no médico e no modelo biomédico. A evidência em CSP destaca que relações de trabalho apropriadas entre enfermeiros e médicos (Poghosyan et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2018) promovem o respeito profissional e a maior independência para tomar decisões, com melhoria do cuidado ao cliente com doença crónica. Esta maior autonomia nos enfermeiros permite-lhes a incorporação de práticas avançadas nos cuidados, tornando-os mais eficientes e qualitativamente positivos (Gea-Caballero et al., 2018). Assim, é fundamental incentivar um clima de trabalho positivo definido como aquele que incentiva a continuidade de cuidados, promove baixos níveis de *stress* e boas relações médico/enfermeiro, maior autonomia profissional dos

enfermeiros e cuidados de alta qualidade (Moreno et al., 2013), acesso à inovação e à melhoria contínua da qualidade dos CE (Gea-Caballero et al., 2018), como forma de responder com eficácia e eficiência às necessidades de cuidados de saúde da população (Moreno et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018).

Considerando que a insatisfação dos enfermeiros em CSP provoca invariavelmente implicações significativas na saúde da população e, se constituir uma insatisfação profissional prolongada, pode resultar em problemas de saúde para o profissional (Ayamolowo et al., 2013), os enfermeiros gestores desempenham um papel vital na criação de APE favoráveis em CSP (Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2018). Nestes, os enfermeiros gestores expressaram uma percepção positiva em vários dos itens avaliados, sugerido que ocupar um cargo que exige liderança incentiva um comprometimento organizacional mais profundo. Este resultado parece contribuir para promover um melhor ambiente de trabalho (Moreno et al., 2013) e conduzir a alterações organizacionais que promovam melhores condições de trabalho (Poghosyan et al., 2017), assim como promovem um melhor relacionamento médico/enfermeiro, reduzindo o *stress* e outras influências ameaçadoras (Moreno et al., 2013). Por outro lado, o apoio da chefia/ liderança foi identificado como o fator mais importante para a melhoria dos cuidados (Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, 2013; Gea-Caballero et al., 2018). De acordo com os autores, este elemento, combinado com o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e a capacidade para participar nas tomadas de decisão, promovem a incorporação de práticas clínicas baseadas em evidência, que contribuem para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados (Gea-Caballero et al., 2018).

Nestes tempos economicamente difíceis, as organizações de saúde devem investir em enfermeiros competentes, tal como verificado nos hospitais *Magnet*, pois enfermeiros com treino, experiência e formação especializada podem justificar a melhoria de qualidade verificada nessas organizações (Gea-Caballero et al., 2018). Da mesma forma, devem investir em chefias de enfermagem e no desenvolvimento de estilos de liderança que promovam APE favoráveis, permitindo a otimização dos recursos humanos e manter os profissionais adequados, tanto de um ponto de vista quantitativo (Moreno et al., 2013), retendo os bons profissionais, através da redução do *turnover* (Aiken et al., 2012; Poghosyan et al., 2017) quer do ponto de vista qualitativo (Moreno et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018), através do aumento do comprometimento organizacional e da redução da intenção de *turnover*.

2-TURNOVER EM ENFERMAGEM

O fenómeno do *turnover* tem sido um desafio para a maioria das organizações de saúde uma vez que altas taxas de *turnover* provocam uma disrupção na atividade normal das organizações, comprometendo a sua competitividade e eficiência (Han et al., 2015; Galletta, et al., 2016; Yurumezuglu et al., 2018), diminuindo a qualidade dos cuidados prestados (McCane & Sambrook, 2014; Han et al., 2015; Galletta et al., 2016; Fernet et al., 2017; Yurumezoglu et al., 2018). Pode, ainda, ter um impacto negativo nos *outcomes* dos enfermeiros assim como nos *outcomes* dos clientes (Almalki et al., 2012; Shacklock, et al., 2014; Galletta et al., 2016), e nos custos com a substituição dos enfermeiros que saíram (McCane & Sambrook, 2014; Duffield, Roche, Homer, Buchan & Dimitrelis, 2014).

Turnover é definido como qualquer mudança de local de trabalho, seja ela interna, dentro da organização entre serviços, ou externa, entre organizações diferentes, ou mesmo a saída da profissão (Duffield et al, 2014). A maioria dos estudos consideram que esta mudança corresponde à saída ou mobilidade voluntária do enfermeiro, por qualquer motivo, da unidade, departamento ou organização onde se encontra atualmente a exercer (Duffield et al, 2014; Galletta, et al., 2016; Kurnat-Thoma, Ganger, Peterson & Channell, 2017). Poucos são os estudos que consideram para a taxa de turnover as movimentações involuntárias tais como o fim do contrato (Duffield et al, 2014; Kurnat-Thoma et al., 2017).

O *turnover* voluntário dos enfermeiros, associado à escassez crónica dos profissionais nas equipas de saúde, adquire uma importância significativa pelas consequências que provoca nos indivíduos e em toda a equipa de enfermagem (Galletta, et al., 2016; Kurnat-Thoma et al., 2017; Sul & Lucas, 2020).

Para os profissionais, a saída de enfermeiros experientes leva a equipas desadequadas (Almalki et al., 2012; Sul & Lucas, 2020), com maiores rácios de clientes-enfermeiros (Falatah & Conway, 2019), e com menos *skills* e conhecimentos (Sanaranayake et al., 2018; Hashish, 2017; Sul & Lucas, 2020). Isto pode conduzir ao aumento do *stress* dos que permanecem na equipa, podendo influenciar a sua performance, que por seu lado conduz à menor satisfação profissional, baixa produtividade e, por fim, à intenção de *turnover* e ao *turnover* (Almalki et al., 2012; Hashish, 2017). Estudos recentes mostram que a pior performance do enfermeiro está

largamente associada à menor qualidade dos cuidados e a piores resultados em saúde (Hashish, 2017; Labrague et al., 2018a; Sul & Lucas, 2020), tais como o aumento das taxas de mortalidade dos doentes, o aumento dos eventos sentinela (Han et al., 2015; Labrague, McEnroe-Petitte, Leocadio, Bogaert & Tsaras, 2018b), as quedas dos clientes (Han et al., 2015; Falatah & Conway, 2019), o aumento de erros com medicamentos (Galletta, et al., 2016) e ao aumento de úlceras por pressão (Falatah & Conway, 2019). É, por isso, referido na literatura que sem equipas experientes e adequadas a ocorrência de erros pode aumentar e a satisfação dos clientes pode diminuir (Almalki et al. 2012; Falatah & Conway, 2019), sendo do interesse de qualquer organização de saúde evitar estas consequências, controlando o *turnover* nas equipas de enfermagem como estratégia para melhorar a eficácia da equipa (Galletta et al., 2016).

A nível da organização o *turnover* acarreta custos vários (Almalki et al., 2012; Galletta, et al., 2016; Sanaranayake, Gellatly & Cummings, 2018; Labrague, 2018b; Nasurdin et al., 2018; Sul & Lucas, 2020), uma vez que consome recursos (com o recrutamento e a integração) que poderiam ser direccionados para atividades relacionadas com projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, estratégias de desenvolvimento dos profissionais e atividades que promovessem a manutenção dos melhores profissionais (Almalki et al., 2012). Por outro lado, a saída de profissionais competentes leva a baixa produtividade (Kurnat-Thoma et al., 2017; Labrague et al., 2018a; Sul & Lucas, 2020), perda de conhecimento e de capital humano (Kurnat-Thoma et al., 2017; Sanaranayake et al., 2018; Hashish, 2017; Nasurdin et al., 2018; Sul & Lucas, 2020), que não é fácil de substituir.

De forma a ser possível quantificar os custos do *turnover*, Hall (1981) e Duffield et al. (2014), elaboraram um método denominado *Nurse Turnover Cost Calculation Methodology*, onde surgem custos diretos e indiretos associados ao *turnover*. Assim, nos custos diretos estão incluídos a (I) publicidade e treino – correspondente a despesas de recrutamento, de salários, de formação, às visitas dos estudantes de enfermagem e aos gastos com publicidade; (II) custos relacionados com a contratação de enfermeiros para as vagas disponíveis, que se mantêm ao longo do tempo (Duffield et al. 2014; Kurnat-Thoma et al., 2017), levando a equipas desadequadas (Aiken et al., 2012; Kurnat-Thoma et al., 2017; Aiken et al., 2018) e a diminuição de camas nos serviços; (III) custos relacionados com a contratação, tais como o tempo gasto nas entrevistas de seleção, e o próprio processo de recrutamento (Duffield et al. 2014;

Kurnat-Thoma et al., 2017). Nos custos indiretos são nomeados o (I) período de integração (Duffield et al. 2014; Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017), do qual fazem parte a disponibilização de um profissional experiente, remuneração e equipamentos; e a (II) diminuição da resposta na produção de cuidados pelo recém-chegado à equipa (Duffield et al. 2014; Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017) o que diminuiu a eficiência e a QCE (Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017), remuneração e férias desse elemento (Duffield et al. 2014).

Considerada uma variável do *turnover*, a intenção de *turnover* foi definida por Hinshaw e Atwood, em 1985, como a forma como cada pessoa percebe o fim da sua relação laboral no local atual de trabalho, no futuro. Este conceito é particularmente importante para a gestão. Nesta linha de pensamento, as autoras propuseram uma escala que permite avaliar essa intenção – a *Anticipated Turnover Scale*, que utilizámos no presente estudo. Assim, o conhecimento dessa intenção proporciona tempo para planear e intervir sobre o *turnover* real (Volk & Lucas, 1991; Sul & Lucas, 2020).

A intenção de *turnover* corresponde, por isso, à disposição/ vontade de um trabalhador terminar a sua relação contratual com a organização onde se encontra atualmente (Wong & Laschinger, 2015; Han et al., 2015; Hashish, 2017; Labrague et al., 2018a; Nasurdin et al., 2018) ou às tentativas de deixar esse local de trabalho (Wong & Laschinger, 2015). Trata-se de um processo multifatorial, onde as componentes emocional, cognitiva e comportamental estão presentes, correspondendo a reações geradas por aspetos negativos que existem na organização e/ ou na profissão (Yurumezoglu et al., 2018). Apesar de se ponderar a saída da organização, ou da profissão, essa intenção corresponderá a um processo interno de decisão que vai evoluindo e ganhando consistência ao longo do tempo, pelo que deve ser considerado como importante para a concretização de *turnover* (Galletta, et al., 2016; Yurumezoglu et al., 2018, Hashish, 2017, Pishgooei, 2019).

A intenção de *turnover* é, assim, um excelente preditor e antecessor da decisão final de abandonar a organização ou a profissão (Han et al., 2015; Galletta, et al., 2016; Wang, Li, Wang & Gao, 2017; Nasurdin et al., 2018), reflete a tendência, disposição e plano de partida. Um grande número de estudos empíricos mostra que existe uma correlação positiva significativa entre a intenção de *turnover* e o comportamento real de *turnover* (Wang et al., 2017). Iniciando-se, muitas vezes, pela mudança de serviço dentro da organização, posteriormente de organização e, por

último, deixar a profissão (Yurumezoglu et al., 2018; Hashish, 2017), o que sugere que a unidade de trabalho/ organização tem um papel importante na formação desta intenção nos indivíduos (Galleta et al., 2016).

A evidência científica aponta para níveis de intenção de *turnover* muito diferentes nos vários países, variando de 6% a 59% nos primeiros 5 anos de experiência profissional dos enfermeiros (Filkman & Salantera, 2015), 4% a 54% nos enfermeiros de forma geral (Yurumezoglu et al., 2018), sendo de 19% a 49% na Europa - 21.9% em Itália, 15% na Alemanha, 49% na Grécia, 52% na Turquia e de 14% nos Estados Unidos da América (Yurumezoglu et al., 2018). Considerando que a intenção de *turnover* é o principal preditor do *turnover* real (Wong & Laschinger, 2015; Galleta et al., 2016), é mais custo-efetivo avaliar a intenção de *turnover* do que o comportamento de *turnover*, com a vantagem de se poder implementar modificações organizacionais que promovam menor intenção de *turnover* (Volk & Lucas, 1991; Han et al., 2015), considerando que este não resulta, por si só, de desajustamentos individuais do enfermeiro à organização, invés disso, reflete um problema organizacional (Filkman & Salantera, 2015).

Vários fatores são apontados como influenciadores da intenção de *turnover*: os fatores individuais e os fatores organizacionais. Externos aos fatores organizacionais, são considerados as oportunidades de emprego e condições relacionadas com o mercado de trabalho (Wang, Li, Wang & Gao, 2017), podem também influenciar a intenção de *turnover*.

Nos fatores individuais, vários investigadores estudaram o efeito da idade (Yurumezoglu et al., 2018, Hashish, 2017, Sanaranayake et al., 2018, Almalki et al., 2012, Labrague et al., 2018a), do género, do estado civil, do grau académico, da posição profissional e o posto de trabalho ocupado dentro da organização (Shacklock et al., 2014; Wang et al., 2017; Sanaranayake et al., 2018, Almalki et al., 2012, Labrague et al., 2018a, Yurumezoglu et al., 2018), e da experiência profissional (Wang et al., 2017; Yurumezoglu et al., 2018), como importantes preditores da intenção de *turnover*.

Nos fatores organizacionais, a evidência científica revela que a intenção de *turnover* está ligada às características do APE (Dyo, Kalowes & Devries, 2016; Wang et al., 2017) relativamente à qualidade das relações de trabalho e colaboração com os colegas, com as chefias de enfermagem e com os médicos, e com a satisfação

provocada pelas atividades realizadas no local de trabalho (Galleta et al., 2016). Vários estudos referem que a relação entre um APE adverso (Filkman & Salantera, 2015; Han et al., 2015; Shacklock et al., 2014; Sanaranayake et al., 2018; Labrague et al., 2018a; Labrague et al., 2018b; Yurumezoglu et al., 2018), com fraco apoio e suporte pelas chefias (Filkman & Salantera, 2015; Shacklock et al., 2014; Sanaranayake et al., 2018; Labrague et al., 2018a; Labrague et al., 2018b; Yurumezoglu et al., 2018), onde prevalecem os conflitos, a indefinição de papéis, o *burnout* (Aiken et al., 2013; Aiken et al., 2018; Han et al., 2015; Labrague et al., 2018a), a insatisfação profissional (Almalki et al., 2012; Brunetto et al., 2016), altos níveis de *stress* (Shacklock et al., 2014; Filkman & Salantera, 2015; Brunetto et al., 2016; Labrague et al., 2018b; Hashis, 2017; Yurumezoglu et al., 2018), a dimensão da organização (número de camas), equipas com poucos elementos (Aiken et al., 2013; Labrague et al., 2018a; Labrague et al., 2018b), a exigência e as condições do posto de trabalho, poucas oportunidades de desenvolvimento profissional (Yurumezoglu et al., 2018), são fatores que influenciam a intenção de *turnover*. Ainda encontramos referência a horários pouco flexíveis (Labrague et al., 2018b; Shacklock et al., 2014; Hashis, 2017; Yurumezoglu et al., 2018), baixa remuneração (Labrague et al., 2018b; Shacklock et al., 2014; Hashis, 2017) e maior utilização de tecnologia nos locais de trabalho (Shacklock et al., 2014; Hashis, 2017), como fatores relacionados com a maior intenção de *turnover*. Por outro lado, foi associado que ambientes stressantes, que exigem muito trabalho emocional dos seus enfermeiros, tendem a aumentar o *burnout*, sentimentos de insatisfação profissional (Aiken et al., 2013; Aiken et al., 2018) e reduzem o comprometimento organizacional dos enfermeiros (Yu & Lee, 2018). Porém, nem todos os enfermeiros que experienciam *stress* no seu serviço têm intenção de *turnover*. Ultrapassar as adversidades permite a alguns enfermeiros manter-se comprometidos com a sua organização, gerir o *stress*, aumentar a satisfação profissional e reduzir a intenção de *turnover* (Yu & Lee, 2018), sendo sugestivo de que a intenção de *turnover* e o *turnover* estão associados à satisfação profissional, ao APE e ao comprometimento organizacional dos enfermeiros.

Podemos, então, afirmar que a qualidade das características do APE podem influenciar significativamente as escolhas de carreira e a atitude dos enfermeiros relativamente ao seu local de trabalho atual. Embora a mudança de unidade ou organização possa, por vezes, promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Galleta et al., 2016; Sul & Lucas, 2020), o *turnover* voluntário pode tornar-

se um problema para as organizações caso esta mudança seja impulsionada por características indesejáveis do APE (Galleta et al., 2016).

Tendo em conta o *Quality Health Outcomes Quality*, de Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), verificou-se que o ajustamento numa das quatro dimensões identificadas neste modelo, tal como a dimensão sistema, onde o APE se insere, pode provocar modificações que permitem obter melhores resultados para todos os intervenientes, e assim, corrigir os fatores relacionados com a organização e, consequentemente diminuir a intenção de *turnover*. Assim, a evidência científica demonstra a relevância das políticas organizacionais e estratégias de gestão de recursos humanos, do relacionamento com as chefias (Filkman & Salantera, 2015; Shacklock et al., 2014; Sanaranayake et al., 2018), do clima organizacional e da perceção de justiça, do tipo de trabalho realizado, da existência de conflitos e ambiguidade na definição de papéis com a intenção de *turnover* e a sua concretização (Shacklock et al., 2014; Sanaranayake et al., 2018).

Ao longo dos anos, têm sido conduzidos vários estudos sobre a intenção de *turnover* relativamente aos fatores que possam atuar como mediadores ou preditores deste fenómeno apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Estudos sobre a intenção de *turnover* e os fatores que possam atuar como mediadores ou preditores

Autores/ Ano/ País	Objetivo do estudo
Almalki, M.J., Fitzgerald, G., Clark, M. 2012/ Arabia Saudita	Analisar a relação entre a qualidade de vida no trabalho e a intenção de <i>turnover</i>
Han, Han, An e Lim 2015/ Coreia	Conhecer os efeitos de ambiente conflituoso e da ambiguidade de papéis com a intenção de <i>turnover</i> e os efeitos mediadores do CO e do <i>burnout</i>
Brunetto, Rodwell, Shacklock, Farr-Wharton e Demir 2016/ Austrália	Avaliar o impacto dos recursos individuais (capital psicológico) com os recursos organizacionais (suporte pelas chefias) na intenção de <i>turnover</i>
Hashish, E.A. 2017 / Egito	Determinar a relação entre clima de trabalho ético e a percepção dos enfermeiros sobre o suporte organizacional, CO, satisfação profissional e intenção de <i>turnover</i>
Fernet, Trépanier, Demers e Austin 2017/ (Canadá	Analisar se as diferentes formas de motivação são preditivas da intenção de <i>turnover</i> da organização e da profissão e determinar os níveis de CO
Labrague, McEnroe-Petitte, Tsaras, Cruz, Colet & Gloe 2018/ Filipinas	Identificar e relacionar o grau de intenção de <i>turnover</i> e o CO
Labrague, McEnroe-Petitte, Leocadio, Bogaert & Tsaras 2018/ Filipinas	Identificar o impacto do suporte organizacional relativamente aos <i>outcomes</i> profissionais dos enfermeiros (autonomia, performance, CO, satisfação profissional, <i>stress</i> no trabalho e intenção de <i>turnover</i>)
Yurumezoglu, Kocaman e Haydari 2018 / Turquia	Analisar os preditores da relação entre o CO e a intenção de <i>turnover</i> organizacional, e da relação entre o comprometimento profissional e a intenção de <i>turnover</i> profissional.
Falatah, R., Conway, E. 2018/ Arabia Saudita	Estudar a correlação entre a coordenação relacional com a satisfação profissional, CO afetivo e intenção de <i>turnover</i>
Samaranayake, Gellatly, Cummings & Ogilvie 2018/ Sri Lanka	Apresentar um modelo teórico - os fatores contextuais que mais afetam a experiência de trabalho e a vida e que influenciam a intenção de CO e a intenção de <i>turnover</i> de enfermeiros no Sri Lanka
Nasurdin, Tan & Khan 2018/ Malasia	Estudar o efeito mediador do comprometimento organizacional na prática de alto rendimento e na intenção de <i>turnover</i>
Pishgooie, A.M., Shoorideh, F.A., Pegueroles, A.F., Lotfi, Z. 2019/ Irão	Investigar a relação entre estilos de liderança com o <i>stress</i> profissional e intenção de <i>turnover</i>

Dois fatores foram largamente associados como influenciando a intenção de *turnover* e o *turnover*. A satisfação profissional e o CO são atitudes que podem mudar ao longo da experiência de trabalho de um indivíduo, dependendo de características existentes na organização, dos colegas de trabalho, das chefias e das responsabilidades (Galleta et al., 2016; Falatah & Conway, 2018). Esta circunstância destaca a importância de promover a coesão entre os enfermeiros, os *outcomes*

relacionados com o trabalho, a colaboração com os médicos e o apoio e suporte pelas chefias (Aiken et al., 2012; Galleta et al., 2016; Aiken et al., 2018). Existem, porém, evidências consistentes de que a satisfação profissional influencia a intenção de *turnover* pelos efeitos que provoca no CO (Galleta et al., 2016), pois quando o enfermeiro exerce num APE favorável, com uma boa adequação de recursos, participa nas decisões organizacionais, quando existe colaboração enfermeiro-médico, entre outros, o profissional tem oportunidade de prestar CE de qualidade, o que está associado a menores níveis de *burnout* e maiores níveis de satisfação profissional (Galleta et al., 2016; Chen et al., 2019). Sentindo-se valorizado, o profissional tende a aceitar os valores e objetivos da organização, a promover a sua identificação e sentimento de pertença, o que tem um efeito positivo na satisfação profissional e no comprometimento organizacional do enfermeiro com a organização (Almalki et al., 2012; Galleta et al., 2016; Kim & Yi, 2019) e, por último, no desempenho organizacional (Chen et al., 2019).

O CO tem uma importância considerável na intenção de *turnover* pois atua como mediador e estabelece uma relação negativa entre eles (Yurumezoglu & Kocaman, 2012; Shaclock et al, 2014; Han et al, 2015; Wong & Laschinger, 2015; Brunetto et al., 2016; Galleta et al., 2016; Hashish, 2017, Fernet et al, 2017, Labrague et al., 2018a, McCane e Sambrook, 2014; Samaranayake et al, 2018; Nasurdin et al., 2018). A correlação entre estas duas variáveis de resultados – intenção de *turnover* e CO - mostra que baixo nível de CO contribui para uma elevada intenção de *turnover* (Aiken et al., 2013; Wong & Laschinger, 2015), o que acarreta custos para o profissional e para a organização, sendo assim, do interesse dos gestores conhecerem a intenção de *turnover* e o CO dos seus enfermeiros como forma de implementar estratégias que fomentem o envolvimento dos profissionais com os objetivos e valores organizacionais, proporcionando melhores experiências de cuidados e a melhoria da performance das organizações (Aiken et al., 2013), aumentando a satisfação dos clientes, face aos cuidados recebidos, e dos enfermeiros, levando à diminuição da intenção de *turnover*.

3-COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL DOS ENFERMEIROS

O comprometimento organizacional (CO) dos enfermeiros é considerado um componente essencial para que as organizações de saúde atinjam os seus objetivos, a sua visão e e sua missão, uma vez que diz respeito ao relacionamento do profissional com a organização em que ele trabalha (Krestainiti & Prezerakos, 2014).

Kelman (1958) foi o primeiro investigador a referir apego psicológico dos funcionários como um dos princípios de uma organização (Krestainiti & Prezerakos, 2014). Dando continuidade a esta linha de pensamento, na década de 60, também Becker estabeleceu a ligação favorável entre o envolvimento dos indivíduos à organização onde trabalham com o prolongamento do seu vínculo contratual nessa organização (Pinho et al., 2018).

Seguiram-se, na década de 70, vários estudos sobre a relação entre o CO e intenção de *turnover*. Estes evidenciaram que funcionários com alto CO estavam dispostos a empreender mais esforços para atingir as metas organizacionais (Krestainit & Prezerakos, 2014; Wang et al., 2017) e tendiam a permanecer na organização para alcançar objetivos mais elevados (Wang et al., 2017). Estas evidencias levaram à conclusão de que quanto maior era o CO dos funcionários, quanto mais tempo e energia despendiam pela organização, e quanto maiores eram os sentimentos que sentiam pela organização, menores eram as possibilidades de deixar essa organização. Da mesma forma, funcionários sem perfil de CO apresentaram maior taxa de *turnover* (Wang et al., 2017).

A investigação sobre o CO surgiu, por isso, da necessidade de se estabelecer uma relação entre os seus antecedentes e os *outcomes* organizacionais (Pinho et al., 2018), tendo em conta a noção do papel que este desempenha na constituição e funcionamento das equipas e das organizações (Menezes, Aguiar & Bastos, 2016), com a finalidade de se criar e manter uma força de trabalho comprometida com os objetivos e metas organizacionais (Pinho et al., 2018).

Apesar de não existir uma única definição de CO, algumas tendências são evidentes pois centram-se em comportamentos e atitudes que permitem determinar a identificação de uma pessoa com uma organização específica e com os seus

objetivos, culminando no desejo de manter a relação contratual e perseguir os objetivos organizacionais (Mowday et al., 1979).

Resultante de estudos sobre o tema, Mowday, Steers & Porter (1979) destacam-se na literatura ao proporem um modelo unidimensional. Para os autores, CO define-se como a força relativa da identificação e do envolvimento de um indivíduo com uma determinada organização, composta por três características diferentes: (i) forte crença nos seus objetivos e valores, (ii) disposição de realizar um esforço considerável em nome da organização e (iii) um forte desejo de nela permanecer. Refere-se, então, à ligação e identificação com a organização e à lealdade para com ela, manifestando-se por envolvimento nas atividades da organização (Mowday et al., 1979; Nunes & Gaspar, 2014; Han et al., 2015; Menezes, Aguiar & Bastos, 2016; Wang et al., 2017; Hashish, 2017), tendo em vista atingir os objetivos organizacionais (Nunes & Gaspar, 2014; Mowday et al., 1979; Nasurdin et al., 2018). Assim, os autores sugerem que o CO se refere ao processo pelo qual os indivíduos se tornam parte de uma organização específica, bem como ao modo como eles lidam com isso (Menezes et al., 2016). Não se trata, por isso, de uma mera crença passiva na filosofia da organização, ao invés disso, contém um relacionamento ativo com os funcionários que parecem ter intenção de realizar esforços pela organização (Krestainiti & Prezerakos, 2014).

Mais autores se referiram aos elementos integrantes do conceito de CO. O envolvimento diz respeito ao vínculo estabelecido pelo trabalhador com organizações de diferentes naturezas, a identificação, surge relacionada com o desejo de afiliação à organização (Menezes et al., 2016).

Várias teorias tentaram explicar o conceito de CO. A abordagem atitudinal enfatiza o processo de identificação do indivíduo com objetivos e valores da organização e coloca a tônica nas possíveis atitudes que predisõem para futuros comportamentos de comprometimento. Por outro lado, a abordagem comportamental enfatiza a forma como o comprometimento se expressa, através de comportamentos ou atos, que resultam de cognições que fortalecem esse vínculo (Menezes et al., 2016). Porém, uma pessoa comprometida não é apenas aquela que relata o seu desejo de permanecer na organização, corresponde, acima de tudo, aos profissionais que trabalham proativamente em defesa dos interesses dessa organização (Mowday, Steers & Porter, 1982; Menezes et al., 2016). De uma forma geral, a abordagem atitudinal considera a importância das atitudes comprometidas sobre o

comportamento e a abordagem comportamental coloca a ênfase na influência de comportamentos de comprometimento sobre as atitudes (Mowday et al., 1982). Assim, vários estudos foram realizados na tentativa de investigar a influência das atitudes sobre os comportamentos, tipicamente avaliados pela intenção de permanecer ou sair da organização (Menezes et al., 2016).

Mowday, Porter & Steers (1982) consideraram importante destacar a importância de características do contexto de trabalho que ampliem, no trabalhador, sentimentos de responsabilidade pelo trabalho realizado, o que induziria a um envolvimento comportamental que, por sua vez, geraria atitudes consistentes (Mowday et al., 1982; Menezes et al., 2016).

Após realizarem estudos sobre o CO, Meyer e Allen (1991) propuseram um modelo tridimensional, onde se identificam três áreas distintas experienciadas pelo trabalhador: o comprometimento afetivo, o normativo e o contínuo. Assim, de acordo com os autores, o comprometimento afetivo reflete o compromisso baseado nos laços emocionais que o trabalhador desenvolve com a organização, principalmente através de experiências de trabalho positivas, sugerindo que o trabalhador permanecerá na organização porque gosta. O comprometimento normativo reflete o compromisso com base no sentimento de obrigação de permanecer na organização, desenvolvido durante a socialização na profissão. O comprometimento de continuidade reflete o compromisso com base nos custos percebidos pelo trabalhador, a nível económico ou social, de sair da organização, ou seja, as opções são consideradas inferiores (Meyer & Allen, 1991).

Dadas estas características, investigadores de múltiplas áreas, também na disciplina de Enfermagem, têm tentado conhecer o CO para preverem resultados organizacionais relacionados com os trabalhadores, incluindo comportamentos de *turnover*, cidadania organizacional, desempenho, absentismo, entre outros (Shacklock et al., 2014). O CO é, portanto, uma variável preditiva do comportamento do trabalhador relativamente à sua decisão de permanecer ou não na organização (Meyer & Allen, 1991; Wang et al., 2017; Nasurdin et al., 2018) sendo, então, preditor da intenção de *turnover* (Han et al., 2015; Wang et al., 2017). É, por isso, um fator importante para o sucesso organizacional (Krestainiti & Prezerakos, 2014).

A evidência estabelece uma relação positiva entre o CO e *outcomes* positivos para os enfermeiros, tais como o envolvimento no trabalho (Krestainiti & Prezerakos,

2014; Labrague et al., 2018a; Labrague et al., 2018b; Nasurdin et al., 2018) e a realização do trabalho com maior eficácia e melhor performance, a redução no *burnout*, do absentismo, do *turnover*, do cansaço no trabalho (Labrague et al., 2018a) e maiores níveis de cidadania organizacional (Krestainiti & Prezerakos, 2014; Labrague et al., 2018b), o que contribui para a adesão a inovação e autonomia no trabalho (Labrague et al., 2018b).

O comprometimento afetivo é descrito como a ligação emocional positiva do trabalhador à profissão (Yurumezoglu et al., 2018) ou à organização onde exerce (Pinho et al., 2018; Falatah & Conway, 2019). Assim, o trabalhador experimenta um sentimento de comprometimento emocional que o faz manter-se na organização porque corresponde a um desejo interno de permanecer (Pinho et al., 2018; Yurumezoglu et al., 2018). Segundo Shacklock et al. (2014), este sentimento emocional do trabalhador com a organização encontra-se mais vezes associados às práticas de gestão, ao clima organizacional e ao APE, do que a características do trabalhador tais como a idade, género ou traços de personalidade. Assim, quando existe comprometimento afetivo, o trabalhador sente um forte sentimento de pertença e está empenhado com os objetivos organizacionais. Os trabalhadores que experienciam estes sentimentos positivos sentem-se satisfeitos com o seu trabalho e desenvolvem um forte desejo de permanecer na organização (Shacklock et al., 2014; Han et al., 2015; Labrague et al., 2018a). Corroborando esta ideia, estudos realizados mostram uma correlação negativa entre o comprometimento organizacional, em qualquer uma das suas três componentes do comprometimento organizacional, com a intenção de *turnover* (Yurumezoglu et al., 2018). No entanto, é a componente afetiva que apresenta a correlação inversa mais forte relativamente à intenção de *turnover*, seguida pela componente normativa e, por último, pela componente contínua (Shacklock et al., 2014, Yurumezoglu et al., 2018).

Existe, portanto, relação negativa entre o CO e a intenção de *turnover* (Yurumezoglu & Kocaman, 2012; Shacklock et al., 2014; Han et al., 2015; Brunetto et al., 2016; Hashisk, 2017; Fernet et al., 2017; Labrague et al., 2018a; McCane & Sambrook, 2014; Samaranayake et al., 2018; Yurumezoglu et al., 2018; Nasurdin et al., 2018). Enfermeiros com elevado CO trabalham com mais empenho e geralmente com melhor performance (McCane & Sambrook, 2014), o que contribui para melhorar a satisfação do cliente, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e maiores níveis de satisfação profissional (McCane & Sambrook, 2014) traduzindo-se em melhores

outcomes para todos os intervenientes do processo de cuidar. Estudos permitiram concluir que o CO afeta mais a intenção de *turnover* do que a satisfação profissional (Han et al., 2015; Wong & Laschinger, 2015) uma vez que atua como mediador do *stress* e da intenção de *turnover*, sendo este o preditor mais preciso da intenção de *turnover* (Han et al., 2015; Wong & Laschinger, 2015). O CO é, por isso, um dos fatores que contribui para a criação de um clima de trabalho favorável, que aumenta a ética organizacional, que conduz à motivação, aumenta a produtividade do trabalhador (Fernet et al. 2017, Labrague et al., 2018a), a sua satisfação profissional (Krestainiti & Prezerakos, 2014). Assim, quando o trabalhador percebe uma relação positiva com a chefia e se sente apoiado na organização, é mais provável que se sinta mais comprometido com o serviço e com menor intenção de *turnover* (Shacklock et al., 2014).

Considerando o *Quality Health Care Model*, de Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), particularmente para a profissão de enfermagem, o CO tem um papel chave no desempenho individual e na eficácia e eficiência da organização, incluídos na dimensão sistema, pois atua como mediador entre a exigência do trabalho dos enfermeiros e os objetivos organizacionais, permitindo manter o foco e a vontade de permanecer na organização (Shacklock et al., 2014; Fernet et al., 2017), sendo por isso visto na dimensão da eficácia organizacional, uma vez que contribui para a eficácia da performance profissional e contribui para a redução do *turnover* (Hashish, 2017; Labregue et al., 2018a). Assim, quando a organização fornece os recursos necessários ao profissional, tais como orientação, suporte, salário competitivo, bem-estar, entre outros, aumenta o compromisso e a confiança organizacional do trabalhador, o que leva a que a possibilidade de comportamento de *turnover* reduza (Wang et al., 2017). As vantagens do CO podem significar, por isso, um aumento na manutenção dos melhores profissionais. Por outro lado, enfermeiros mais comprometidos com a sua organização prestam CE de maior qualidade aos seus clientes, agem em benefício da organização, raramente estão ausentes e preocupam-se genuinamente com o futuro da organização (Krestainiti & Prezerakos, 2014), existindo, portanto, evidência que sustenta que o CO tem efeitos substanciais no desempenho dos enfermeiros e das organizações (Nunes & Gaspar, 2014). Considerando que os seus efeitos são importantes e potencialmente graves no desempenho organizacional, ignorá-los pode ser prejudicial e oneroso para a organização (Bahrami et al., 2015).

Após analisarmos vários artigos onde são relacionadas as três dimensões do comprometimento organizacional propostas por Meyer & Allen, em 1991, concluímos que a dimensão afetiva é a que apresenta a relação mais negativa com a intenção de *turnover*. Por outro lado, podemos verificar que a definição proposta por estes autores para o comprometimento afetivo, consolidada no trabalho de Mowday, Porter & Steers (1979), destaca o apego e a identificação com os objetivos organizacionais (Pinho et al., 2018), estando ainda associada à ideia de lealdade ativa, implicando sentimentos de pertencer, desejo de contribuir, dar algo de si, de dar energia para a organização, contribuindo para o sucesso desta (Mowday et al., 1982; Pinho et al., 2018), o que evidencia que está para além da simples lealdade passiva perante a organização. Optámos, por isso, por utilizar o modelo unidimensional proposto por Mowday, Steers e Porter (1979), pois os sentimentos positivos, que estão na base do CO que o trabalhador desenvolve para com a organização onde trabalha, correspondem à dimensão afetiva do modelo tridimensional citado anteriormente (Mowday et al., 1982; Pinho et al., 2018).

4- GESTÃO EM ENFERMAGEM

O sucesso de uma organização está diretamente relacionado com a liderança e o método dos enfermeiros gestores (Bahadori et al., 2016). Eles utilizam várias abordagens para atingir os objetivos que se pretendem. Pode mesmo afirmar-se que eles são um elemento chave para, através de uma abordagem holística (Yurumezoglu & Kocaman, 2012) e de liderança efetiva, influenciarem a prestação de cuidados de alta qualidade, como forma de atingir os objetivos e a visão da organização, guiando as equipas, motivando-as nesse caminho (Pishgooie, Shooridenh, Pegueroles & Lotfi, 2019; Fernet et al., 2017), influenciando as políticas organizacionais e implementando estratégias concretas com o objetivo de reter os melhores profissionais, fazendo sobressair deles o seu maior potencial (Brunetto et al., 2016).

A existência de gestores competentes desempenha, por isso, um papel importante na redução de custos nas organizações (*American Organization of Nurse Executives* (AONE), 2015; Moghaddama et al., 2018) e na sua performance (Bradshaw, 2010; AONE, 2015; Pegram, Grainger, Sigsworth & While, 2014; Warshawsky, 2019), com implicações muito relevantes na prestação de cuidados com altos níveis de qualidade (AONE, 2015; Moghaddama et al., 2018, Goktepe et al., 2018), e segurança (Goktepe et al., 2018), centrados no cliente (AONE, 2015) e na experiência do cliente (AONE, 2015; Pegram et al, 2014), incluindo a qualidade e satisfação (AONE, 2015), no absentismo dos profissionais (Pegram et al, 2014), na satisfação profissional dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, bem como nos vários indicadores de qualidade, nos níveis de eficácia, eficiência e efetividade gestionária (Bradshaw, 2010; Pegram et al, 2014). São ainda importantes na melhoria da performance das organizações (Aiken et al., 2013; Aiken et al., 2018), pois têm influência direta no APE.

Por outro lado, vários estudos evidenciam o papel do enfermeiro gestor no rendimento da equipa de enfermagem, influenciando a intenção de permanecer ou sair da organização, através da criação de sentimentos positivos ou negativos nos enfermeiros (Yurumezoglu & Kocaman, 2012; Sanaranayake et al., 2018; Yurumezoglu et al., 2018), reduzindo o *turnover*, melhorando igualmente o CO dos enfermeiros e a sua satisfação profissional (Hashish, 2017).

Desde o século XIX, com a modernização da enfermagem iniciada por Florence Nightingale, é atribuído ao enfermeiro gestor uma importância significativa no seio da equipa de saúde (Frello & Carraro, 2013; Bradshaw, 2010; Pegram et al, 2014). Desde a sua origem, nasceu a divisão técnica do trabalho, através de duas categorias profissionais: as *nurses* e as *ladynurses*. As últimas eram preparadas para o ensino e supervisão do pessoal (Formiga, 2005). Na perspetiva de Nightingale, cabia às *ladynurses* a responsabilidade pelo desenvolvimento da sua equipa, pela garantia da QCE, a responsabilidade pela formação e treino de alunos e a supervisão dos cuidados prestados por enfermeiros qualificados, bem como todos os aspetos relacionados com o meio ambiente onde os cuidados eram prestados (Formiga, 2005; Pegram et al, 2014). Ainda neste século, podemos encontrar referência aos sólidos conhecimentos clínicos, às virtudes e qualidades morais que deveriam ser observadas no enfermeiro gestor, e que este deveria cultivar nos elementos sob a sua responsabilidade, mantendo a disciplina necessária, através do amor e da caridade, valores associados à dimensão religiosa. Assim, as suas qualidades morais eram consideradas a base absoluta da enfermagem e uma boa educação era considerada vital para seu exercício (Andrade, 2007; Bradshaw, 2010). Eram, por isso, preparadas para treinar, ser pioneiras, coordenar e supervisionar as enfermeiras, evidenciando-se a dimensão prática do saber administrativo (Formiga, 2005; Kruse, 2006), garantindo a QCE (Kruse, 2006; Frello & Carraro, 2013). Desta forma, ao enfermeiro gestor – *ladynurse*, cabia ser o amigo a quem os enfermeiros podiam recorrer nas situações de angústia ou dúvida, encontrando simpatia e aconselhamento. Estava a seu cargo fazer a integração dos estagiários e de novos enfermeiros, de quem dependiam diretamente, assim como era sua responsabilidade garantir o bem-estar do cliente, ensinando e corrigindo as enfermeiras, em todo o tipo de procedimentos, até aos mínimos detalhes, tirando delas as suas melhores capacidades, de forma a que os clientes fossem tratados com gentileza, eficiência e com a máxima solicitude (Bradshaw, 2010). Esta perspetiva perdurou no início do século XX. Os valores religiosos sustentariam a eficácia de seu papel (Formiga, 2005; Kruse, 2006; Bradshaw, 2010; Frello & Carraro, 2013). É-lhe atribuída uma atitude compreensiva, cordial e confiante, boa memória, poder de observação, imaginação e atenção aos detalhes. É enfatizada a necessidade de conhecer e entender cada enfermeiro individualmente, ensinar e realizar uma supervisão cuidadosa de tudo o que acontecia no seu serviço, pois tudo seria da sua responsabilidade, incluindo a limpeza do serviço, as refeições servidas aos clientes (Bradshaw, 2010), bem como os cuidados

médicos, ampliando as funções para a organização dos serviços e do ambiente (Formiga, 2005; Kruse, 2006). Assim, deveria estimular uma cultura e ambiente organizacionais adequados e promover amizades e relações cooperativas entre estudantes, funcionários e clientes. O bem-estar dos clientes é definido em função da sua personalidade e perspectiva sendo, por isso, necessário possuir as qualidades necessárias (Andrade, 2007; Bradshaw, 2010) – disciplina e abnegação (Andrade, 2007) - para a gestão compreensiva das pessoas, através de uma atitude diplomática, capacidade de gerir e de tomar decisões, atuando como pivô para altos padrões organizacionais, influenciando o sucesso organizacional (Bradshaw, 2010). Surge, por isso, a dimensão prática do saber administrativo, que resulta da divisão técnica do trabalho: algumas enfermeiras administram os cuidados e outras executam-nos. Nitinghale consegue demonstrar, através desta divisão dos cuidados, a necessidade de se realizar funções administrativas nas instituições hospitalares, sendo, por isso, considerada pioneira da administração hospitalar (Formiga, 2005; Kruse, 2006; Frello & Carraro, 2013).

Começa, nesta altura, a valorização das funções de planeamento, direção e supervisão (Formiga, 2005; Kruse, 2006; Andrade, 2007; Bradshaw, 2010), sendo que estas atividades administrativas legitimaram-se na prática diária e estiveram sempre presentes na organização da Enfermagem (Formiga, 2005; Kruse, 2006).

Esta perspetiva do papel do enfermeiro gestor é atualmente reconhecida em todo o mundo (Frello & Carraro, 2013; Pegram et al, 2014), sendo consensual a sua importância na gestão dos cuidados de enfermagem e na promoção de um ambiente de trabalho saudável para a equipa, tendo em conta as mudanças constantes que ocorrem na saúde (Bradshaw, 2010; Aiken et al, 2013; AONE, 2015; Goktepe et al., 2018).

Reconhecendo que o seu desempenho está intimamente relacionado com os *outcomes* dos clientes e o desempenho das organizações, incluindo a experiência do cliente e a carência de enfermeiros, o *Royal College of Nursing* (2009) recomendou a regulamentação de dotações de enfermeiros gestores nas equipas, a atribuição de título profissional para uma identidade clara, estrutura e suporte de autoridade adequados, definição do papel, das competências e das funções, com o propósito de colmatar o conflitos de papéis que, por vezes, se verificam tendo em conta a acumulação de vários papeis – atividade clínica e de gestão, assim como promover o desenvolvimento das competências necessárias (Pegram et al, 2014).

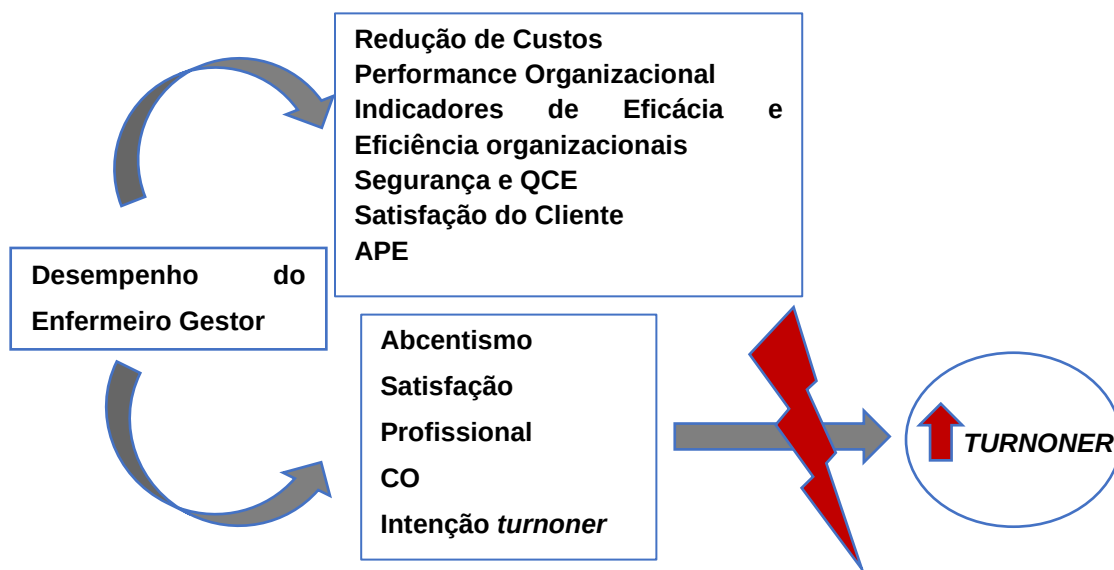
Considerando que estes se encontram numa posição, dentro da organização, que lhes permite influenciar a prática clínica dos enfermeiros e implementar melhorias nos cuidados, cabe-lhes supervisionar e assumir a responsabilidade pelos cuidados de enfermagem prestados pela sua equipa. Assim, devem liderar a estratégia de desenvolvimento e execução dos CE, supervisionando o seu serviço ou conjunto de serviços, tendo em conta o nível de gestão que realiza na organização – operacional, intermédia ou estratégica, incluindo os profissionais e o orçamento, garantindo, dessa forma, a excelência dos CE, facilitando a melhoria da qualidade e promovendo a segurança do cliente (Shuman, Ploutz-Snyder & Titler, 2017).

Então, para cumprir todas as tarefas que lhe são confiadas de forma eficaz, eles devem ter competências essenciais (Moghaddama et al., 2018, Goktepe et al., 2018), características pessoais, experiência e frequentar formação específica em gestão em saúde, de forma a se capacitarem com melhores conhecimentos e maior capacidade de gestão, competências indispensáveis para a realização do seu papel, pois não chega terem avançadas competências clínicas e experiência (Goktepe et al., 2018).

O papel da gestão em enfermagem está, assim, voltado para a resolução de problemas. O enfermeiro gestor deve identificá-los e resolvê-los utilizando o pensamento crítico, pensando de forma lógica sobre os diferentes problemas e sistematizando as forças existentes entre eles e a forma como se inter-relacionam, demonstrando competência analítica. Através da análise e interpretação dos dados disponíveis e informações válidas no tempo apropriado, revela capacidade de tomar decisão baseada na evidência disponível, encontrando soluções apropriadas. A criatividade, capacidade de resposta e aderir à inovação, aplicando novas filosofias ao planeamento e gestão, permite-lhe promover a melhoria contínua, implementando e promovendo a manutenção de atividades que comprovadamente levem à qualidade dos cuidados (Moghaddama et al., 2018; Goktepe et al., 2018; Gunawan et al., 2017; Jasper, 2012).

Com base na evidência científica, sintetizámos a importância do enfermeiro gestor nas organizações de saúde e o impacto do seu desempenho na gestão dos cuidados de enfermagem e na equipa de enfermagem (Figura 1).

Figura 1: Impacto do desempenho do Enfermeiro Gestor para as organizações de saúde e para os enfermeiros



O enfermeiro gestor enfrenta atualmente desafios que são semelhantes em todo o mundo. Apesar de se verificarem sistemas e culturas de saúde diferentes nos vários países, a gestão das unidades de saúde deve ter em conta as diferenças entre os diversos serviços, a evolução tecnológica e as características demográficas dos clientes. Assim, para além do recrutamento, da retenção e da administração dos profissionais, as responsabilidades adicionais dos enfermeiros gestores envolvem processos complicados de gestão financeira, educação e desenvolvimento dos profissionais, e mudanças nos procedimentos (Jasper, 2012; AONE, 2015; Goktepe et al., 2018) necessárias como estratégia de resposta a vários desafios, tais como os vivenciados na pandemia COVID 19, que enfrentamos atualmente.

Tendo em conta que as competências resultam de uma combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes, comportamentos e outras características que podem ser melhoradas com formação e treino (Jennings, Scalzi, Rodgers & Keane, 2007; Gunawan et al., 2017), desenvolver e adquirir competências na área da gestão tem vindo a ser valorizada pois maior capacidade neste domínio de atuação na saúde representa uma melhoria na capacidade de resposta aos desafios crescentes impostos pela competitividade (Gunawan et al., 2017). Assim, considerando que as funções de gestão por enfermeiros são determinantes para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2018), os enfermeiros gestores devem investir no desenvolvimento das suas competências como forma de melhorar o seu desempenho. Em Portugal, sendo responsabilidade da Ordem dos

Enfermeiros a regulação da profissão, e reconhecendo a responsabilidade que o enfermeiro gestor tem na prossecução dos objetivos na saúde, esta entidade propôs um *core* de competências indissociáveis de uma gestão eficaz e efetiva dos serviços de saúde, através da certificação de competências avançadas em gestão, acessíveis aos enfermeiros com título de enfermeiro especialista, que realizem formação específica em gestão.

A carreira de enfermagem, alterada recentemente pelo Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio, reconhece igualmente a relevância da profissão na organização e funcionamento dos serviços de saúde, assim como na garantia da qualidade e segurança nos cuidados ao cliente, atribuindo à categoria de enfermeiro gestor atividades de **planeamento, organização, coordenação e avaliação** dos cuidados de enfermagem, incluindo a implementação de metodologias de trabalho que favoreçam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, associadas aos níveis operacional e intermédio de gestão. Neste diploma, podem ser identificadas:

- A **gestão estratégica** - é realizada pelo Enfermeiro Diretor ou Vogal do Conselho Clínico e de Saúde, a quem cabe as responsabilidades globais da organização, com uma perspetiva mais ampla e abstrata, cujas funções são desenvolver a estratégia da organização e assegurar que os profissionais cumprem a missão da organização, de forma eficaz (Mateus & Serra, 2017; Gunawan et al., 2017). A este nível, cabe ao gestor estratégico definir as políticas organizacionais, a visão, a missão e as metas para toda a organização, que divulgam e operacionalizam através da implementação de estratégias concretas, levadas a cabo pelos gestores intermédios e operacionais (Brunetto et al., 2016). Devem influenciar políticas salariais, oportunidades de desenvolvimento na carreira com acesso a promoções, e práticas de *clinical governance* que promovam a satisfação profissional dos enfermeiros, diminuição dos rácios clientes-enfermeiros e diminuindo o *stress* no trabalho (Labrague et al., 2018b) e, ainda, implementar ativamente políticas de recursos humanos e organizacionais internas promotoras de APE favoráveis, uma vez que estes estão relacionados com o desempenho dos enfermeiros (Han et al., 2015; Labrague et al., 2018a). Cabe-lhes a implementação de atividades de desenvolvimento e aprendizagem que tenham um efeito positivo na prevenção de *stress*, alívio da tensão, diminuição dos conflitos, definição clara de papéis, pois estas contribuem para o aumento do CO e para a diminuição da intenção de *turnover* (Han et al., 2015). A liderança (Pishgooie, 2019); estimular a comunicação, a partilha de valores, as

expectativas, as normas e políticas organizacionais, o estabelecimento de regras claras contribui para a construção de APE que também contribuem para aumentar o CO e a reduzir a intenção de *turnover* (Hashish, 2017).

- A gestão **operacional e intermédio** – nestes níveis de gestão, o enfermeiro gestor deve organizar o trabalho de forma a proporcionar autonomia e suporte organizacional aos enfermeiros, fomentar relações positivas no trabalho e, assim, contribuir para cuidar do bem-estar dos profissionais ao mesmo tempo que está concentrado em atingir os objetivos organizacionais (Brunetto et al., 2016). Aos gestores intermédios cabe-lhe desenvolver ações e comportamentos específicos, tais como feedback, modelagem de papéis, apoio aos esforços de implementação de estratégias específicas ou de mudanças de práticas, tendo em conta a mais recente evidência científica, com vista a melhorar a qualidade e atingir o sucesso dos objetivos e metas organizacionais, ao nível de um conjunto de serviços, o que requiere capacidades de liderança consolidadas (Shuman, et al., 2017). Os gestores operacionais influenciam de forma notável o sucesso da organização pois desempenham um papel fundamental no dia-a-dia do funcionamento dos serviços onde exercem, uma vez que trabalham em contato próximo com os clientes e famílias e com outros profissionais de equipas de saúde. Cabendo-lhes fazer a interface entre a gestão estratégica e a equipa, e entre a equipa e os restantes profissionais, encontram-se na linha da frente nos serviços de saúde, pelo que devem ter conhecimentos de gestão e capacidades de liderança (Goktepe et al., 2018).

Como estratégias específicas encontramos a referência à reorganização dos serviços e dos postos de trabalho, estratégias de gestão da performance, reuniões multidisciplinares periódicas (Shacklock et al., 2014) e gestão da comunicação organizacional (McCane & Sambrook, 2014; Hashish, 2017; Yuromezoglu & Kocaman, 2012; Falatah & Conway, 2019). O acesso ao desenvolvimento profissional, promover a autonomia e dar feedback foram igualmente relacionados como tendo uma relação positiva com os níveis de CO (Aiken et al, 2013; McCane & Sambrook, 2014).

No sentido de elencar todas as competências e atividades de gestão, procurámos a evidência disponível, que sintetizámos no Quadro 2.

Quadro 2: Síntese das competências do enfermeiro gestor

Estudos analisados	Competências do Enfermeiro Gestor							
	Comunicação e Gestão de conflitos	Conhecimento do contexto	Profissionalismo	Conhecimentos de Gestão em saúde	Planeamento	Organização	Controlo	Liderança
Brunetto et al., 2016	x	x	x		x	x		
Bradshaw, 2010		x	x	x	x	x	x	x
Pishgooei et al, 2019				x	x	x	x	x
Bahadori et al., 2016				x				x
Yurumezo-glu & Kocamar 2012	x							x
Fernet et al., 2017				x				x
Shuman et al., 2017				x	x	x	x	x
Pegram et al., 2014					x	x	x	x
AONE 2015	x	x	x	x				x
Gunawan & Aungsuroch 2017	x	x	x	x	x	x	x	x
Mateus & Serra, 2017	x			x	x	x	x	x
Hashish, 2017	x	x		x	x			x
McCane & Sambrook, 2014	x			x	x	x	x	x
Goktepe et al., 2018	x	x	x	x	x	x	x	x
American Association of Critical-Care Nurses	x		x		x	x		x
Jennings et al., 2018	x			x	x	x	x	x
Moghaddama et al., 2018	x	x	x	x	x	x	x	x

A *American Organization of Nurse Executives* ([AONE], 2015) identificou um conjunto de domínios principais de competência para a gestão em enfermagem: **comunicação e gestão de conflitos; conhecimentos sobre o contexto da prática de cuidados, liderança; profissionalismo; conhecimentos de gestão em saúde** (AONE, 2015; Gunawan, Aunguroch & Fisher, 2017). Encontrámos, ainda, referência a quatro competências que objetivam a intervenção do gestor em enfermagem, sendo elas o **planeamento, a organização, a liderança e o controle** (Jennings, Scalzi, Rodgers & Keane, 2007; Gunawan & Aunguroch, 2017; Moghaddama et al., 2018).

A Comunicação eficaz é aquela que promove o *empowerment* dos enfermeiros (Goktepe et al., 2018). Assim, a nível da **comunicação e gestão de conflitos** é esperado que o enfermeiro gestor se mostre hábil na comunicação interpessoal e na construção de relacionamentos colaborativos, com habilidades eficazes de resolução de conflitos, onde a promoção de um ambiente de confiança predomine, fomentando o envolvimento dos profissionais nas metas e objetivos organizacionais e na tomada de decisão (AONE, 2015; Hashish, 2017; Goktepe et al., 2018). Pretende-se que ele facilite a construção de consensos, inspirando comportamentos desejados e gira os comportamentos indesejados, promova decisões centradas no cliente e aplique habilidades de liderança situacional (AONE, 2015). A *American Association of Critical-Care Nurses* considera a importância da comunicação como uma estratégia que permite obter um APE adequado e da eficácia geral da equipa e da organização (Ulrich, Barden, Cassidy & Varn-Davis, 2019b). Através de competências comunicacionais espera-se que consiga promover um ambiente que valorize os cuidados centrados no cliente e nas suas especificidades, bem como identificar as necessidades de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, atuais e futuras, identificando as suas necessidades de formação, de forma a que sejam sempre prestados cuidados de qualidade (AONE, 2015; McCane & Sambrook, 2014; Hashish, 2017; Yuromezoglu & Kocaman, 2012).

O domínio do **conhecimento sobre o contexto da prática de cuidados** implica que o enfermeiro gestor demonstre conhecimentos sobre a prática clínica de enfermagem e o papel e funções dentro da equipa multidisciplinar, garanta a implementação de modelos de trabalho em enfermagem adequados à prestação de cuidados globais, fundamentais e centrados no cliente, seguros e com padrões de qualidade mensuráveis, de políticas e procedimentos clínicos organizacionais escritos e atualizados de acordo com as normas baseadas na evidência, integre as dimensões

bioética e legal na tomada de decisões clínicas e de gestão (AONE, 2015; Goktepe et al., 2018). Através do conhecimento profundo da missão, visão e objetivos organizacionais, ser-lhe-há possível estabelecer o planeamento estratégico (Gunawan et al., 2017), otimizar procedimentos que permitam a gestão da qualidade total e da gestão do risco, capacitando os profissionais para a melhoria contínua da qualidade (Goktepe et al., 2018; Gunawan & Aungsuroch, 2017). A *American Association of Critical-Care Nurses* reforça a importância deste domínio de competência para a implementação de dotações seguras de profissionais nas equipas (Ulrich et al., 2019b).

Por outro lado, é esperado que o enfermeiro gestor demonstre **profissionalismo** prestando e solicitando contas relativamente à contratualização de metas e objetivos, responsabilizando-se pelos resultados encontrados, mantenha uma conduta baseada em princípios éticos e corporativos, representando a perspetiva dos clientes em favor dos melhores cuidados de saúde (AONE, 2015). Neste domínio, encontramos referência a atividades específicas de delegação, gestão do tempo, gestão de reclamações, coordenação e organização eficiente dos cuidados e avaliação de desempenho dos enfermeiros (Goktepe et al., 2018). A monitorização de resultados e a sua análise permitirá a implementação das mudanças necessárias para a promoção da QCE (Jasper, 2012; Shuman et al, 2017) e um APE favorável (Aiken et al., 2018; Ulrich et al., 2019b).

O enfermeiro gestor deve ser detentor de largos **conhecimentos de gestão em saúde**, nomeadamente a nível da gestão financeira (AONE, 2015; Gunawan & Aungsuroch, 2017) – adotando modelos e conceitos de economia à saúde, da gestão de recursos humanos – promovendo ambientes de trabalho saudáveis (AONE, 2015; Aiken et al., 2018), o desenvolvimento profissional tendo em conta as necessidades e expectativas dos funcionários, e da gestão estratégica – criando objetivos operacionais, metas e estratégias específicas necessárias para alcançar o resultado estratégico, utilizando os vários instrumentos de gestão (AONE, 2015). Para tal, é indispensável ter sólidos conhecimentos da legislação nacional de saúde e de enfermagem (Goktepe et al., 2018), ter habilidades técnicas, conceptuais (Gunawan & Aungsuroch, 2017), conhecimentos financeiros de forma a gerir e monitorizar orçamentos (Goktepe et al., 2018). Deve, ainda, promover a imagem dos enfermeiros na organização e da organização nas equipas de enfermagem (AONE, 2015), estimulando o trabalho em equipa e a motivação dos profissionais (Goktepe et al.,

2018). Realizar formação específica em gestão em enfermagem está associada a melhorias significativas nos domínios da tomada de decisão e capacidade de liderança e na aquisição de conhecimentos em gestão financeira e gestão de orçamentos, considerados de grande importância na gestão estratégica (Goktepe et al., 2018).

Planeamento refere-se à capacidade de decidir com antecedência o que deve ser feito, como deve ser feito e quando deve ser feito (Gunawan & Aunguroch, 2017). Assim, inclui-se a realização do planeamento tático e estratégico, através da definição da visão, da missão, das metas, dos objetivos e das estratégias que permitam e incentivem a equipa a concretizá-los (Gunawan & Aunguroch, 2017; Moghaddama et al., 2018), não esquecendo a definição do modelo de prestação de CE, do padrão da prática de enfermagem, do sistema de tecnologia da informação, do controlo da infecção e do uso de práticas baseadas em evidência, tendo em conta a qualidade e a segurança do cliente (Gunawan & Aunguroch, 2017). A elaboração de planos de ação permitir-lhe-á delinear programas adaptados às metas e objetivos definidos (Jennings et al., 2007; Moghaddama et al., 2018), planeando os cuidados de enfermagem (Gunawan & Aunguroch, 2017). Assim, ele deve ter largos conhecimentos sobre qualidade, legislação e experiência do cliente, e, por outro lado, conseguir estabelecer boas relações com a equipa médica e promover o envolvimento da equipa de enfermagem (Doucette, 2017), não esquecendo a perspetiva de progressão profissional (Gunawan & Aunguroch, 2017). Não podemos deixar de referir a importância da gestão financeira, nomeadamente a nível da gestão estratégica, uma vez que esta permitirá tomadas de decisão fundamentadas em análises financeiras, implementação de sistemas de controle e de monitorização de custos, bem como a gestão de recursos materiais (Gunawan & Aunguroch, 2017).

Organização engloba competências de coordenação dos profissionais e de atividades, a organização das atividades organizacionais e os recursos, gerindo-os de forma eficaz, controlando as atividades de trabalho de maneira precisa para atingir os objetivos definidos (Jennings et al., 2007; Doucette, 2017; Moghaddama et al., 2018). Assim, torna-se necessário dividir um plano em atividades, agrupando-as e alocar-lhes os recursos necessários (Gunawan & Aunguroch, 2017), de forma a garantir que a missão da organização é traduzida na prática quotidiana, conduzindo à qualidade e à eficiência das operações diárias de sua unidade (Gunawan et al., 2017). Isto implica desenvolver competências e habilidades na equipa, selecionar e recrutar enfermeiros,

gerir os enfermeiros, planejar e desenvolver recursos humanos (enfermeiros), colaborando com a equipa multidisciplinar (Gunawan & Aungsuroch, 2017). O enfermeiro gestor deve, portanto, delegar papéis e funções, promovendo o mérito e considerando as capacidades da equipa na distribuição de tarefas, gerir recursos, alocando-os de maneira eficaz e eficiente (Moghaddama et al., 2018); estabelecer uma comunicação eficaz, mostrando capacidade para superar barreiras de comunicação através da identificação de abordagens de melhoria; promover a formação e o desenvolvimento da equipa (Jennings et al., 2007; Moghaddama et al., 2018); estimular o trabalho em equipa e desempenhar um papel eficaz como membro da equipa. Deve gerir a mudança, implementando atividades eficazes que facilitem a implementação de modificações apropriadas na organização (Gunawan et al., 2017; Moghaddama et al., 2018). A gestão de conflitos é uma atividade crucial para o enfermeiro gestor, através da sua identificação, auscultação de pontos de vista opostos, lhe permite encontrar uma solução que os resolva. Deve orientar o trabalho em equipa tendo em conta os objetivos comuns da organização; e utilizar estratégias de negociação como forma de chegar a um consenso e convencer a equipa (Moghaddama et al., 2018). Deve realizar a gestão do clima e cultura organizacional (Doucette, 2017, Moghaddama et al., 2018), através da capacidade para identificar os principais fatores relacionados à cultura organizacional e desenvolver um ambiente de trabalho apropriado que suporte os objetivos e os valores organizacionais, inspirando e promovendo motivação, interesse profissional, comprometimento (Doucette, 2017, Moghaddama et al., 2018) e capacidade de resposta em si ou nos outros, dando confiança e credibilidade, conseguindo ganhar a confiança dos funcionários, clientes e colegas, demonstrando profissionalismo, através da adesão a princípios, valores, crenças, regulamentos, treino e desenvolvimento contínuos, e compromisso com os clientes, valorizando os clientes, e desenvolvendo capacidade para identificar e atender às suas necessidades, respeitando os seus direitos (Moghaddama et al., 2018).

Controlo remete para a capacidade de se autogerir (Moghaddama et al., 2018) e promover o seu próprio desenvolvimento, identificando e controlando as suas emoções, dominando o seu comportamento (Gunawan & Aungsuroch, 2017), guiando-o de uma forma positiva (Moghaddama et al., 2018), procurando ser um bom gestor, comprometido com a aprendizagem ao longo da vida e o domínio pessoal (Gunawan & Aungsuroch, 2017). Remete, ainda, para a capacidade de gestão do

tempo, agir de forma independente, estar consciente das forças e fraquezas pessoais, equilibrar as questões do trabalho e da vida pessoal (Gunawan & Aunguroch, 2017). Controlo engloba a avaliação de desempenho. Sabe-se que esta, quando assente num sistema transparente e justo contribui para aumentar a responsabilidade no trabalho pelos enfermeiros. Deve, por isso, realizar a avaliação de desempenho, determinando os principais critérios para que esta ocorra com base real e fornecer feedback útil. Por último, remete para a função de medir o impacto dos cuidados (Carvalho & Lucas, 2011), através da monitorização de atividades concretas com base em padrões de desempenho profissional e no controlo dos resultados esperados, implementando ações corretivas, coordenando e otimizando recursos (Moghaddama et al., 2018; Jennings et al., 2007), como forma de antecipar, mitigar e resolver problemas do sistema mantendo a estratégia e implementando as mudanças necessárias para manter a QCE (Carvalho & Lucas, 2011).

A **liderança** efetiva é conseguida pela capacidade de identificar o seu próprio sistema de crenças e valores que influenciam a sua tomada de decisão, pensamento crítico e ser visionário na mudança, impulsionando-a e liderando-a, bem como conseguir adaptar o estilo de liderança às necessidades da situação (AONE, 2015). A liderança surge, então, associada ao direcionar e apoiar a equipa na consecução dos objetivos organizacionais (Fernet et al, 2017; Gunawan & Aunguroch, 2017; Gunawan et al., 2017), criando uma visão encorajadora e que fomente na equipa de enfermagem a vontade de os prosseguir, através da gestão apropriada de recursos, elaboração de políticas e monitorização permanente (Moghaddama et al., 2018). Através de qualidades pessoais e habilidades interpessoais, o enfermeiro gestor é líder efetivo da sua equipa ou instituição (Jennings et al., 2007; Gunawan et al., 2017; Carvalho & Lucas, 2011) quando demonstra capacidade de gerir equipas, de motivar os profissionais, de gerir conflitos e a diversidade existente nas organizações, tomar decisões, gerir o tempo, resolver problemas, gerir o *stress* (Han et al., 2015; Gunawan & Aunguroch, 2017) e mudar processos (Gunawan & Aunguroch, 2017, Carvalho & Lucas, 2011). É ainda necessário que o enfermeiro gestor demonstre pensamento estratégico, olhando para o futuro com flexibilidade e atitude positiva relativamente à mudança, utilizando técnicas de negociação (Moghaddama et al., 2018) e de comunicação eficazes (Gunawan & Aunguroch, 2017; Hashish, 2017; Moghaddama et al., 2018) reconhecendo a influência e o esforço dos elementos da equipa para alcançar as metas e os objetivos preconizados.

A liderança tem sido a competência mais estudada nos últimos anos. A competência do líder tem um efeito significativo na eficácia do desempenho organizacional e do grupo, ajudando-os a resolver os desafios organizacionais e a melhorar as relações sociais, por isso é muito importante para o sucesso da organização (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018). Os vários estudos realizados permitiram concluir que a liderança, aliada à capacidade de gerir questões éticas e legais (imprescindível para identificar situações sensíveis e promover a prestação de cuidados legais e éticos seguros e adequados) (Gunawan & Aunguroch, 2017), tem ainda um papel significativo na persuasão dos profissionais para prestar cuidados de alta qualidade e fazer o possível para continuar a trabalhar com máximos padrões de qualidade (Shacklock et al., 2014; Labrague et al., 2018b; Moghaddama et al., 2018).

O estabelecimento de relações de suporte efetivo entre o líder e os liderados, foram há muito identificadas como os fatores mais prováveis de influenciar o CO e o *turnover* (McCane & Sambrook, 2014). O estilo de liderança transformacional, centrado no estabelecimento de relações eficazes e de suporte, tem sido destacado pela evidencia como o que melhor contribui para a satisfação profissional e maior CO dos enfermeiros, ao mesmo tempo que promove a diminuição da intenção de *turnover* (Fernet et al, 2017; Yurumezoglu & Kocaman, 2012) Assim, quando a relação entre os enfermeiros e as chefias é percecionada como ‘positiva’, ao longo do tempo estabelece-se uma relação de confiança, de partilha de recursos, de conhecimentos e de suporte emocional. Relações de alta qualidade, assim como a perceção de suporte organizacional, contribuem para que os enfermeiros se sintam mais apoiados (Shacklock et al., 2014; Labrague et al., 2018b) e proporcionam benefícios para a equipa, tais como ter o suporte necessário, o acesso a informação relevante e a participação nas tomadas de decisão, permitindo maior controlo sobre o ambiente de trabalho, mais interesse nas práticas específicas do serviço e, por ultimo, promover ambientes de alta qualidade para a prestação de cuidados, podendo levar a um maior comprometimento com o serviço, a maior satisfação profissional e à redução da intenção de *turnover* (Shacklock et al., 2014). A chefia recebe dedicação e iniciativa por parte do trabalhador, o que reforça ainda mais a relação positiva estabelecida entre ambos (Shacklock et al., 2014; Labrague et al., 2018b).

Por outro lado, vários estudos apontam para a importância da perceção pelos enfermeiros de um clima organizacional benéfico e protetor, pois parece contribuir para o aumento do CO, assim como, a perceção pelos enfermeiros de conflito entre

os próprios valores e os valores organizacionais leva a que mais provavelmente apresentam menor CO e menor satisfação profissional (Hashish, 2017). São, ainda, imprescindíveis na formação de um clima organizacional ético, sendo mesmo considerado um pré-requisito obrigatório para criar uma organização ética. O clima ético é definido como as condições e práticas organizacionais que afetam a maneira como os problemas de cuidado com implicações éticas, são discutidos e decididos. Essas condições e práticas são baseadas na presença de poder, confiança, inclusão, flexibilidade de papéis e investigação (Hart, 2005). Assim, o clima ético influencia a prática dos enfermeiros na medida em que estes o percebem no seu contexto de prática (Hart, 2005). Influência, por isso, o bem-estar do enfermeiro no trabalho e a qualidade dos cuidados prestados, tornando-se um fator significativo no desempenho organizacional (Hart, 2005; Koskenvuori, Numminen & Suhonen, 2019) pois é capaz de mobilizar os profissionais para alcançar os objetivos desejados mais rapidamente (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018). A evidência relaciona o clima ético a *outcomes* positivos para os enfermeiros e para os clientes dos cuidados. Entre eles encontramos referência à satisfação profissional, competência dos enfermeiros, apoio organizacional, elevado CO, prestação de cuidados centrados no cliente que conduz diretamente à sua satisfação com a qualidade dos cuidados recebidos (Koskenvuori et al., 2019). Estes comportamentos e sentimentos experienciados pelos enfermeiros permitem criar um ambiente de trabalho propício à prática clínica, verificando-se a manutenção dos enfermeiros, que apresentam maiores níveis de CO (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018; Koskenvuori et al., 2019). Por outro lado, quando percebido de forma negativa, promove sentimentos de decepções, frustrações, falta de confiança, falta de interesse, baixo CO e a maior intenção de *turnover*, comprometendo a eficácia da organização (Koskenvuori et al., 2019), resultando igualmente em *outcomes* negativos para os clientes (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018; Koskenvuori et al., 2019).

Assim, a competência ética do enfermeiro gestor está entre as características dos líderes que demonstra obter maior eficácia. Ao adotarem um comportamento ético estimulam a equipa a comportar-se de maneira justa e moral, melhorando o seu desempenho (Koskenvuori et al., 2019) e produzindo sobre os enfermeiros sentimentos positivos – sentirem-se dinâmicos, capazes e criativos, estimulando o CO da equipa (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018; Koskenvuori et al., 2019) e promovendo *empowerment* psicológico (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018). Espera-

se, por isso, que os líderes apliquem os comportamentos éticos de forma a criar um ambiente de trabalho que valorize os valores e crenças humanas, identificados e compartilhados por toda a equipa, e que apoie e encoraje, levando a sentimentos de utilidade e eficácia nos enfermeiros, direcionando a prática clínica dos enfermeiros (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018), estimulando, ao mesmo tempo, um ambiente que estimule a realização dos seus deveres de forma eficaz (Koskenvuori et al., 2019) e, por último, promova a segurança e a satisfação das suas necessidades psicológicas (Barkhordari-Sharifabad et al., 2018).

Pode, então, afirmar-se que o enfermeiro gestor tem um papel fundamental na promoção de recursos humanos e materiais adequados para a prática clínica em enfermagem, assim como em fomentar um APE favorável (Aiken et al, 2013; Labrague et al., 2018a), que permita o desenvolvimento das competências e da capacidade de articular o conhecimento tácito dos enfermeiros com o propósito da organização, dando valor à sua prática e permitindo-lhes prestar cuidados de alta qualidade (Aiken et al., 2013; McCane & Sambrook, 2014).

4.2-Quadro de Referência

As organizações de saúde procuram prestar cuidados de qualidade, seguros e acessíveis, protegendo e respeitando cada cliente na sua unicidade. Para perseguir e manter este fim é imperativo que os cuidados sejam organizados com base em rigorosos padrões de segurança e através de cuidados centrados no cliente, dada a sua importância nos *outcomes* do cliente (Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais, 2012; Dubois et al., 2013).

Sendo que os enfermeiros constituem a maior força de profissionais de saúde, estes têm um papel principal na garantia da qualidade e segurança preconizadas para a prática clínica em saúde. A complexidade crescente dos cuidados, e o ritmo de trabalho cada vez mais intenso obriga a que os profissionais estejam disponíveis e valorizem determinado grupo de cuidados, da esfera de competência dos enfermeiros, considerados como fundamentais para manter a vida, promover a recuperação e preservar a dignidade da pessoa (Archibald & Barnard, 2018). O cuidado é, então, um valor fundamental da prática clínica dos enfermeiros, sendo considerado um indicador-chave da qualidade da enfermagem, sendo a capacidade do enfermeiro de

apoiar os indivíduos na jornada da doença essencial para a obtenção de melhores resultados (Archibald & Barnard, 2018). No entanto, a organização e a gestão dos CE têm sofrido pressões elevadas relacionadas com a contenção de custos, maior procura de cuidados de saúde, escassez de medicamentos e outros recursos, que permitiriam aos enfermeiros prestar cuidados de elevada qualidade (Dubois et al., 2012). Este momento que vivemos atualmente, com a pandemia COVID 19, é um dos exemplos das pressões a que os enfermeiros estão sujeitos.

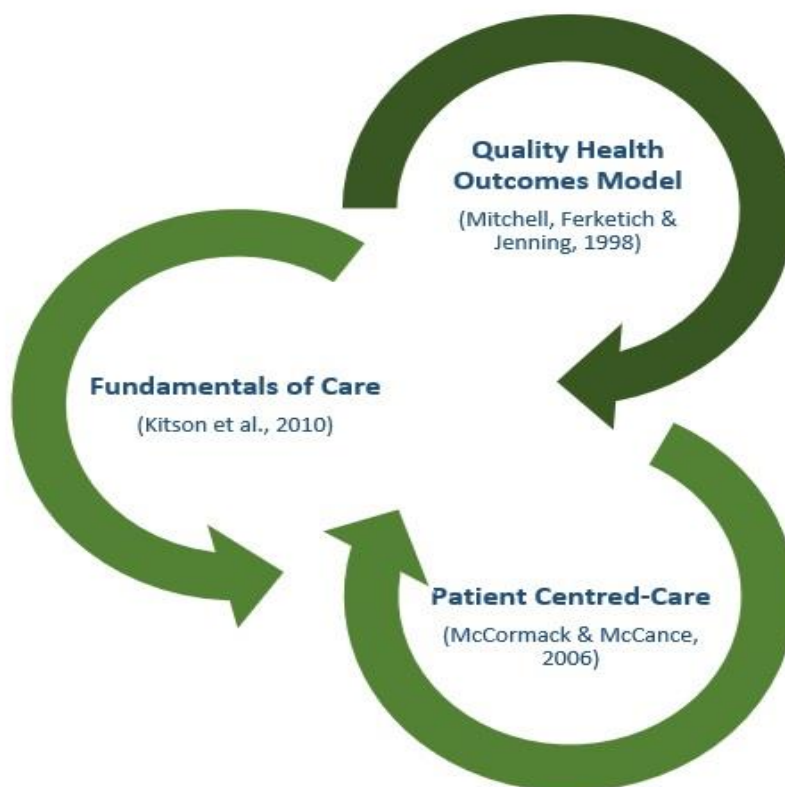
Quando os CE não correspondem inteiramente às expectativas dos clientes, seja por questões organizacionais, por falta de enfermeiros, pela própria organização do trabalho ou por um APE desfavorável (Dubois et al., 2012; Dubois et al., 2013), os clientes vivenciam negativamente a experiência de cuidados. Não garantir a QCE leva a angústia e insatisfação, mas também a falhas mais amplas na segurança do cliente (Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin & Frost, 2018). Os CE omissos ou incompletos são o conceito-chave que explica a associação amplamente demonstrada entre o número e competências dos enfermeiros nas equipas e os *outcomes* negativos dos clientes, incluindo a mortalidade (Richards et al., 2018).

Ao longo dos tempos, tem-se comprovado que as atividades de gestão influenciam diretamente o APE. Estas são, por isso, fundamentais para que as organizações de saúde consigam prover cuidados de qualidade aos seus clientes, proporcionando-lhe melhores experiências de cuidados e melhores *outcomes* em saúde, assim como na melhoria da performance das organizações (Aiken et al., 2013; Pentecost et al., 2019; Aiken et al., 2018). Por outro lado, imprimir alterações no contexto da prática dos CE, permite influenciar os resultados desses cuidados, pois irá melhorar a capacidade do enfermeiro de prestar cuidados fundamentais, mais eficazes e focados no cliente e nas suas particularidades, sendo este o objetivo último das organizações de saúde que perseguem as diretrizes recentes (Kitson et al., 2013a). Para tal, consideramos fundamental que os enfermeiros gestores promovam a gestão de recursos humanos, a organização do trabalho dos enfermeiros e adotem modelos orientadores da prática clínica, que estimulem o cuidar holístico do cliente, como forma de obter a qualidade e a segurança perseguidas constantemente (Hashish, 2017; Labrague et al., 2018a).

Dado o grande contributo dos enfermeiros na persecução das metas e objetivos organizacionais, consideramos que as equipas de enfermagem devem prosseguir modelos conceituais de CE, uma vez que estes são há muito tempo reconhecidos

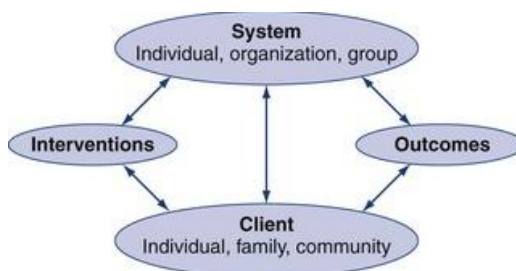
como um instrumento essencial na prestação de CE de elevada qualidade (Dubois et al., 2012). A implementação de um modelo conceitual é permite, de forma organizada, identificar os principais componentes e processos de um sistema de prestação de cuidados, ilustrar as conexões estabelecidas entre eles e analisar em que medida um padrão estruturado de recursos e processos pode contribuir para a obtenção de *outcomes* específicos em num determinado contexto (Dubois et al., 2012). Por isso, propomo-nos fazer o mapeamento do quadro de referência da gestão em enfermagem: O *Quality Health Outcomes Model* (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998), o *Fundamentals of Care* (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath & Robertson-Malt, 2010) e o *Patient Centred-Care* (McCormack & McCance, 2006). A escolha destes modelos de cuidados baseia-se na evidência científica que refere a estreita relação que existe da sua aplicação à prática clínica de enfermagem e na qualidade dos *outcomes* produzidos, quer para os clientes, quer para os enfermeiros (Kitson et al., 2013; Aiken et al., 2018). Na nossa perspetiva, estes três modelos influenciam de forma simultânea e medeiam concomitantemente a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros no seu contexto de prática clínica, que representamos na figura 2.

Figura 2: Mapeamento do quadro de referência



O **Quality Health Outcomes Model**, proposto por Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), considera a existência de quatro variáveis que se influenciam mutuamente: sistema - indivíduo, organização e grupo, intervenções, características dos clientes – indivíduo, família, comunidade, e *outcomes* em saúde. Esta interação pode ser observada na Figura 3.

Figura 3: Representação do Quality Health Outcomes Model
– Mitchell, Ferketich e Jennings (1998)



Fonte: Mitchell, Ferketich e Jennings (1998)

Sistema – Corresponde aos elementos tradicionais de estrutura e processo. Se considerarmos o sistema como uma organização de saúde, como um hospital ou um ACES, temos a considerar o tamanho, parcerias, combinação de competências, dados demográficos dos clientes, e a tecnologia estariam entre os elementos que interagem com os processos de intervenção do tratamento para afetar *outcomes* de saúde (Mitchell et al., 1998).

Intervenções – Corresponde às intervenções e atividades relacionadas com a prática clínica em enfermagem, que afetam direta ou indiretamente os *outcomes* em saúde (Mitchell et al., 1998).

Características do Cliente - Da mesma forma, os *outcomes* serão diretamente afetados pelas características dos clientes a quem as intervenções são direcionadas. Resultados de vários estudos realizados mostraram como é necessário ajustar as variações nos resultados tendo em conta diversos fatores tais como diferentes estados de saúde do cliente, a demografia e risco de doença (Mitchell et al., 1998).

Ao longo dos tempos, a ênfase na avaliação e gestão dos cuidados de saúde na qualidade mudou, atribuindo-se maior importância aos processos e aos resultados, do que às estruturas. Assim, vários estudos foram feitos durante a década de 1990, dedicados à pesquisa de resultados, comparando intervenções, sistemas e

tecnologias com base na gestão dos *outcomes* dos clientes e na gestão de processos mudança (Mitchell et al., 1998). Na maioria dos estudos, os resultados foram limitados a *outcomes* negativos, denominados de os cinco D's - morte, doença, incapacidade, desconforto e insatisfação, propostos por Lorh (1988). Posteriormente, começaram a surgir estudos focados em *outcomes* positivos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, tais como realização de autocuidados apropriados, demonstração de comportamentos de promoção da saúde, qualidade de vida relacionada com a saúde, percepção de ser bem cuidado e gestão de sintomas (Mitchell & Lang, 2004), como forma de avaliar a sua influência na melhoria do estado de saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida percebida, medido pelas várias escalas de qualidade de vida relacionadas com a saúde (Mitchell et al., 1998). Até então, predominava a visão de Donabedian sobre a qualidade em saúde, onde a ênfase era colocada nas estruturas - ter as coisas certas. Passou a considerar-se a importância dos processos - fazer as coisas certas, e dos resultados – fazer as coisas certas acontecer, o que levou a que o número de variáveis examinadas e pensadas para alterar cada um dos componentes aumentou exponencialmente (Mitchell et al., 1998). Então, começou a pensar-se nas estruturas como afetando os processos, que por sua vez produzem resultados desejáveis ou indesejáveis. Por outro lado, fatores como as características do cliente começaram também a ser equacionados para ajustar comparações de processos e resultados, tendo em conta a gravidade das doenças e a complexidade dos cuidados (Mitchell et al., 1998).

O modelo adapta, então, as práticas tradicionais estrutura-processo-resultado de Donabedian, que sugere que intervenções ou tratamentos produzem diretamente os resultados esperados quando ajustados às características do cliente para um modelo dinâmico, que reconhece que ocorre feedback entre o cliente e o contexto da prática de cuidados e as intervenções (Gilmartin & Sousa, 2016). Ou seja, o caminho das intervenções para os resultados é mediado e moderado pelos sistemas e características do cliente (Mitchell & Lang, 2004).

Para além disso, a relação estabelecida entre contexto e cliente sugere que intervenções isoladas não influenciam diretamente o contexto ou o cliente (Gilmartin & Sousa, 2016). Pelo contrário, este modelo assenta no pressuposto de que as várias componentes se influenciam mutuamente através de conexões bidirecionais, sendo que as intervenções medeiam e são mediadas pelo contexto da prática dos cuidados, e pelas características do cliente na produção dos resultados desejados que, por isso,

são mais sensíveis aos contributos dos CE (Mitchell et al., 1998, Gilmartin & Sousa, 2016). Por isso, este modelo é suficientemente amplo para promover a relevância de todos os fatores que influenciam no desempenho dos enfermeiros para a melhoria da qualidade, e das estratégias e políticas de gestão, permitindo a comparação dos resultados e de intervenções ao nível das organizações de saúde (Mitchell et al., 1998). Nesta perspetiva, este modelo incentiva os investigadores, e intervenientes na saúde, a ver a prática de cuidados de saúde como um processo ativo, em que todas as variáveis se influenciam mutuamente (Gilmartin & Sousa, 2016).

Fundamentals of Care surge da constatação de que existe um grupo de atividades de vida diárias, universais e essenciais à vida, que todos realizamos. Perante uma doença aguda ou crónica, muito frequentemente a capacidade da pessoa para realizar as atividades de autocuidado mais básicas e pessoais fica comprometida, necessitando do cuidado dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath & Robertson-Malt, 2010, Feo & Kitson, 2016). Estas necessidades são, por isso, chamadas de fundamentais pois consistem em atividades de cuidado necessárias a todas as pessoas, independentemente de sua condição clínica ou unidade de saúde onde seja prestado o cuidado (Feo & Kitson, 2016). Os enfermeiros são responsáveis por reconhecer as necessidades físicas e psicossociais fundamentais dos seus clientes, considerados os elementos de cuidado mais necessários e importantes do ponto de vista dos clientes (Matinoli, Mieronkoski & Salantera, 2019), garantindo-lhes uma experiência de cuidados positiva (Feo & Kitson, 2016; Pentecost et al., 2019).

Apesar de essenciais à vida, estes cuidados fundamentais têm-se mantido, no entanto, invisíveis e muitas vezes desvalorizados pelas administrações, pelos gestores e pelos próprios enfermeiros, dada a importância do modelo biomédico, sendo entendidos como contributos marginais para resultados do cliente, que podem ser realizados por funcionários de nível inferior (Feo & Kitson, 2016; Kitson, 2018). Por esta razão, questões mais amplas, como números de enfermeiros, constituem apenas parte do problema e parte da solução. No entanto, quando os enfermeiros se sentem frustrados por não conseguirem prestar os cuidados necessários ao cliente, e com qualidade, têm maiores níveis de *burnout* e maior probabilidade de realizar *turnover* (Kitson, 2018).

Encontramos várias referências sobre cuidados fundamentais não realizados (Kitson, 2018), tais como necessidades psicológicas e culturais dos clientes

frequentemente esquecidas, comunicação básica, como apresentar-se aos clientes e familiares, geralmente não é realizada, o acesso a um intérprete quando o cliente não fala o idioma, clientes e familiares relatam falta de informações fornecidas pelos profissionais de saúde, ou a utilização de terminologia que, muitas vezes, o cliente não entende, dignidade, respeito e privacidade comprometidas, não atender às necessidades emocionais ou psicossociais dos clientes dos pacientes consistentemente (Feo & Kitson, 2016), são apenas alguns exemplos.

Recentemente, tem-lhes sido dada maior atenção pois os cuidados centrados no cliente tornaram-se a pedra angular da assistência médica de qualidade em vários países, sendo mesmo explicitamente referenciado em políticas de saúde nesses países (Feo & Kitson, 2016). Por outro lado, passou a dar-se maior importância ao *empowerment* do cliente para que este possa participar da prestação e gestão das suas necessidades de cuidados, como uma forma de promover cuidados respeitosos e dignos, centrados no cliente, tendo em conta que o envelhecimento da população, a migração global, a necessidade de cuidados complexos, provocada pelas múltiplas patologias, o aumento das doenças crónicas e incuráveis, criou uma maior procura por cuidados fundamentais de alta qualidade, e por isso, estes passaram a ser alvo de um exame minucioso na forma como são realizados (Kitson et al., 2010; Feo & Kitson, 2016; Martinolli et al., 2019). Atender as necessidades fundamentais envolve aspetos relacionados com a relação enfermeiro-cliente, como confiança, atenção e foco na pessoa, realizar a integração das necessidades físicas, psicológicas e relacionais do cliente ao longo do continuum de cuidados e, por último, relacionados com o contexto de cuidado, onde se identificam influências que impactam na prestação do cuidado e no desenvolvimento do relacionamento (Kitson, 2018; Martinolli et al., 2019). Assim, cuidados fundamentais não é simplesmente atender a uma necessidade biológica, envolve tratar com dignidade e respeito, e receber compaixão. Sem a componente global do cuidar, a própria complexidade do cuidado será diminuída por uma abordagem meramente biomédica (Feo & Kitson, 2016), focada na cura e não no cliente e na sua unicidade. Portanto, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente é essencial para a prestação de cuidados fundamentais, pois para cada pessoa, os cuidados fundamentais assumem um caráter cultural, social e pessoal únicos, que o cliente expõe quando é cuidado (Feo & Kitson, 2016). A prestação dos cuidados fundamentais pode trazer embaraço e constrangimento para o cliente, o que requer o estabelecimento de uma relação de confiança e positiva,

focada no mundo interno do cliente, entendendo as suas necessidades exclusivas e únicas, o que leva a que sentimentos de embaraço ou frustração por ser cuidado de forma tão íntima sejam diminuídos ou evitados (Feo & Kitson, 2016).

Apesar de não serem o único domínio da prática dos enfermeiros, os cuidados fundamentais moldam a experiência do cliente (Kitson, Robertson-Malt & Conroy, 2013b, Feo & Kitson, 2016), e constituem os princípios centrais da prática dos enfermeiros (Richards et al., 2018; Pentecost et al., 2019). Reconhecendo a sua importância, Kitson propõe o modelo *Fundamentals of Care*, onde enumera princípios ou fundamentos, tradicionalmente da esfera de competência dos enfermeiros, tais como segurança, prevenção, medicação, respiração, nutrição, hidratação, descanso e sono, higiene pessoal, eliminação, mobilização, dignidade, privacidade e respeito, direito à escolha, expressão da sexualidade, prevenção e medicação, comunicação e educação, controlo da temperatura corporal e conforto (incluindo controle da dor) (Kitson et al., 2010; Richards et al., 2018; Martinolli et al., 2019; Pentecost et al., 2019) que quando não garantidos devidamente conduzem a falhas mais amplas na segurança do cliente, originando *outcomes* negativos, tais como pior controlo de infeção, subnutrição e desidratação, e em alguns casos extremos, maiores taxas de mortalidades (Kitson, Conroy, Kulski, Locock & Lyons, 2013a, Richards et al., 2018; Kitson, 2018).

Pela sua importância na recuperação do cliente, se estes cuidados essenciais forem prestados de forma inadequada, constituem uma ameaça à experiência, ao bem-estar, à recuperação e à segurança do cliente (Kitson et al., 2013a, Feo & Kitson, 2016, Archibald & Barnard, 2018; Kitson, 2018).

Por isso, é importante que os enfermeiros se apropriem do conceito de cuidados fundamentais, que o implementem na sua prática de cuidados, mudando o foco na doença para uma abordagem centrado no cliente (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019).

Patient Centred-Care (PCC) é um modelo de CE reconhecido internacionalmente como aquele que permite, de forma efetiva, atender às necessidades individuais (Kitson, Marshall, Bassert & Zeir, 2012), de forma holística (McCormack & McCance, 2006). Para o IOM, PCC caracterizam-se por cuidados respeitosos e recetivos às preferências, necessidades e valores individuais, de forma individualizada e negociada, garantindo que todas as decisões clínicas se orientam

pelos valores dos clientes (Bachnick et al., 2017) e envolvem esforços conjuntos nas equipes multidisciplinares para ver e tratar o cliente como uma pessoa única, envolvendo-a nos próprios cuidados, (Kitson et al., 2012).

A terminologia dos PCC, na disciplina de enfermagem, surgiu no final dos anos 90. Antes desse período, encontramos referência a cuidados individualizados e à necessidade de se estabelecer uma relação terapêutica com o cliente (Kitson et al., 2012). McCormack contribuiu para este avanço de forma significativa, através de estudos onde explorou a natureza da prática clínica centrada na pessoa, em enfermagem geriátrica (Kitson et al., 2012). Este autor descreveu três elementos centrais deste modelo de cuidados: os valores do cliente, os valores e a perícia do enfermeiro e o contexto da prática dos cuidados (Kitson et al., 2012). Utilizando o modelo da qualidade proposto por Donabedian, McCormack e McCance, elencam quatro constructos centrais para o cuidado centrado no cliente, sendo eles (i) os pré-requisitos, focados nos atributos do enfermeiro; (ii) o contexto onde os cuidados são prestados, (iii) os processos centrados na pessoa, que se concentram na prestação de cuidados por meio de uma série de atividades, ou seja, a forma como os cuidados são prestados; (iiii) e os *outcomes* esperados que são os resultados de uma enfermagem eficaz, centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2006; Kitson et al., 2012). Assim, os pré-requisitos devem ser considerados em primeiro lugar, sabendo que o APE desempenha um papel determinante para a prestação de cuidados eficazes, através dos processos de cuidar. Só dessa forma será possível a obtenção dos *outcomes* esperados. Os autores enfatizam a necessidade de existir um APE favorável para que seja possível colocar o foco no PCC, enfermeiros com competências adequadas para prestar cuidados globais, motivados e comprometidos com a organização (McCormack & McCance, 2006).

A evidência existente é consistente ao mostrar que estar centrado na pessoa requer a formação de relações terapêuticas entre profissionais, clientes e os familiares significativos, e que essas relações são construídas com base na confiança mútua, na compreensão e no compartilhamento do conhecimento coletivo (McCormack & McCance, 2006).

Considerando a importância do foco no cliente, o IOM considerou este modelo de cuidados um dos seis elementos principais da qualidade em saúde (Bachnick, Ausserhofer, Baernholdt & Simon, 2017), o que estimulou a sua implementação nas organizações de saúde. Definiu, ainda, qualidade dos cuidados de saúde como a

implementação de intervenções de enfermagem seguras e centradas nas necessidades do cliente, a coordenação e individualização dos cuidados, habilidades e conhecimentos (Esmaeili, Cheraghi & Salsali, 2014).

Existe uma correlação positiva entre PCC e *outcomes* de saúde desejáveis (Esmaeili, Cheraghi & Salsali, 2014). Este modelo de cuidados foi também associado ao sucesso em atingir os objetivos para a reforma da saúde, identificados pelo OIM, incluindo a melhoria da experiência do cliente (Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019), a qualidade dos cuidados e a satisfação do cliente; melhorar os resultados de saúde (Esmaeili et al., 2014, Kiwanuka, Shayan & Tolulope, 2019) e reduzir os custos *per capita* dos cuidados de saúde (Kiwanuka et al., 2019), o que tem grande importância num contexto crescente de necessidade de cuidados cada vez mais complexos. Ainda encontramos referência a outros *outcomes* positivos relatados pelo cliente, tais como melhorias no autocuidado, autonomia, autoeficácia e melhor qualidade de vida relacionada com a saúde (Bachnick, et al., 2017). Por outro lado, quando os CE são realizados com este modelo, a prestação de cuidados resulta em melhor alocação de tempo para a prestação de cuidados, menores custos de tratamento, redução dos períodos de hospitalização e alta precoce, que contribui para melhorar a satisfação do cliente (Esmaeili et al., 2014).

Esta filosofia de cuidados implica promover a participação e o envolvimento do cliente, respeitando a sua unicidade e autonomia, e adequando os cuidados em função das necessidades físicas, psicossociais, culturais e emocionais do cliente (Feo & Kitson, 2016). Idealmente, o cliente recebe informações claras e compreensíveis sobre todas as opções de cuidados relevantes e decide em conformidade, cabendo aos profissionais esclarecer e ajustar os níveis de envolvimento e de informações para corresponder às necessidades, capacidades e preferências específicas do cliente (Bachnick et al., 2017). Para tal é necessário o estabelecimento de uma relação genuína entre o enfermeiro e o cliente, onde se promova uma comunicação aberta e partilha de informação, enfermeiros com competências e conhecimentos adequados (Feo & Kitson, 2016) e, por último, trabalhar em equipa, pois os resultados positivos que lhe estão associados não podem ser alcançados isoladamente (Feo & Kitson, 2016, Kiwanuka et al., 2019).

O contexto da prática dos cuidados assume, por isso, uma grande importância na implementação deste modelo (Bachnick et al., 2017). É no contexto dos cuidados que se verifica ou não a aplicação do conhecimento baseado na evidência à prática

dos cuidados, de forma a torná-los mais seguros para o cliente adequados e personalizados. Sobre este assunto, vários estudos referem-se a fatores, tais como equipamentos, filosofia organizacional sobre os cuidados de enfermagem (Kitson et al., 2012), falta de tempo para considerar todas as necessidades do cliente, escassez de enfermeiros (Kitson et al., 2012; Esmaeili et al., 2014; Kiwanuka et al., 2019), ambientes inadequados, falta de diretrizes e falta de modelos nos locais de trabalho (Bachnick et al., 2017; Kiwanuka et al., 2019), políticas internas não uniformes, falta de apoio, elevada carga de trabalho (Esmaeili et al., 2014; Bachnick et al., 2017; Kiwanuka et al., 2019), baixos rácios enfermeiro-cliente, serviços superlotados, *burnout*, falta de reforço de comportamentos positivos e percepções negativas sobre este tipo de cuidados (Bachnick et al., 2017; Kiwanuka et al., 2019), falta de motivação e de recursos (Esmaeili et al., 2014), são fatores que constroem a implementação plena deste modelo de cuidados (Kitson et al., 2012). Por outro lado, apoio organizacional (Esmaeili et al., 2014; Kiwanuka et al., 2019), compreensão, a gestão (Esmaeili et al., 2014), a coordenação e a integração dos cuidados têm sido identificadas como estratégias importantes para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade, garantindo acesso oportuno aos recursos necessários para otimizar os serviços de saúde (Kiwanuka et al., 2019).

Para que o PCC seja efetivamente colocado em prática, ele deve depender de sistemas confiáveis, e não do comportamento individuais (Kiwanuka et al., 2019). É, por isso, essencial organizar os cuidados (Esmaeili et al., 2014), pois envolver os clientes nas decisões requer que todos os profissionais partilhem uma cultura de PCC onde este recebe conhecimento suficiente e faz parte das decisões sobre os seus cuidados e tratamentos (Bachnick et al., 2017).

Os CE são fundamentais para a prestação de PCC. Porém, o foco da gestão sobre o aumento da eficiência pressiona os enfermeiros a fazer escolhas, levando-os a priorizar as tarefas que vão realizar, tendo em conta o escasso tempo de que dispõe (Leo & Kitson, 2016, Bachnick et al., 2017). Muitas vezes, essa priorização leva a que os cuidados fundamentais fiquem por fazer ou fiquem incompletos. Porém, mesmo num modelo de cuidados holístico ou relacional, com enfermeiros com tempo suficiente para prestar cuidados, não é garantido que cuidados fundamentais de alta qualidade sejam realizados, é necessário que os enfermeiros valorizem este tipo de cuidados (Leo & Kitson, 2016) e sintam, por parte das chefias e administração a

mesma valorização. Assim, estimular a prestação de cuidados fundamentais pode ser usado como uma ferramenta norteadora do trabalho dos enfermeiros (Kitson, 2018).

Tendo em conta que a qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada aos *outcomes* dos clientes – melhores rácios enfermeiros-clientes, melhor relação entre a equipa de saúde e o cliente, combinação de competências nas equipas e bons APE (McCormack & McCance, 2006; Kitson et al., 2013a; Leo & Kitson, 2016), têm-se mostrado relacionados de forma positiva com menor mortalidade, menor e morbidade, menos complicações e menos reclamações (Kitson et al., 2013a; Leo & Kitson, 2016), otimizar os CE é, por isso, essencial para as organizações de saúde, tendo aqui, o enfermeiro gestor, um papel decisivo. Assim, ele deve, em todos os níveis da gestão, abraçar o desafio de promover a prática baseada em fundamentos de qualidade e segurança, fomentando valores e ideais coletivos que valorizem os cuidados fundamentais, atendendo à unicidade do cliente, pois a complexidade do trabalho dos enfermeiros exige o seu envolvimento na integração de novos ou melhores processos de cuidados ou mudança das práticas.

Da análise aos três modelos apresentados, podemos verificar que a qualidade dos cuidados relacionam-se de forma direta com os próprios cuidados e intervenções que lhe estão subjacentes, com o sistema ou contexto da prática de cuidados, com as características do cliente dos cuidados e com os *outcomes* que procuramos obter com o serviço prestado. Assim, apenas quando os cuidados prestados respondem à globalidade das necessidades fundamentais dos clientes, realizados de forma respeitosa, com dignidade e respeito pela privacidade, atendendo às suas preferências e valores, partilhando informação relevante, com linguagem ajustada à sua compreensão, e o cliente seja envolvido na tomada de decisão, se podem encontrar os *outcomes* esperados. O contexto da prática de cuidados exerce uma influência determinante na prestação de CE (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998). Quando a organização preconiza o PCC e o *Fundamentals of Care*, as equipas devem ser constituídas de forma a terem tempo e as competências necessárias para assegurar os cuidados fundamentais de forma global e personalizada, no respeito pela sua individualidade (Leo & Kitson, 2016). O contexto da prática de enfermagem deve, por um lado, favorecer a realização de cuidados personalizados e completos, que exigem dos enfermeiros uma carga emocional maior (Aiken et al, 2012), por outro lado, deve valorizar e oferecer apoio e feedback positivo pelos cuidados prestados e pelo seu contributo nos *outcomes* conseguidos (Kiwunuka, Shayan & Tolulope, 2019).

A evidência aponta para o impacto sério e negativo de APE desfavoráveis na QCE ao cliente e, em último, o impacto nefasto na segurança do cliente. Estando os enfermeiros envolvidos em todos os aspectos da prestação de cuidados, nos vários contextos onde eles ocorrem, a organização dos recursos de enfermagem assume-se como fundamental para o desempenho organizacional (Duboiu et al., 2012). Os gestores em enfermagem são, por isso, desafiados a implementar modelos operacionais de prestação de cuidados que promovam a maximização dos recursos disponíveis, garantindo segurança, com o foco de CE de alta qualidade (Duboiu et al., 2012). É, portanto, necessário que o enfermeiro gestor compreenda a relevância da organização do trabalho, do trabalho em equipa e da importância do APE na qualidade efetiva dos cuidados prestados, e no impacto destes fatores na intenção de *turnover* dos enfermeiros e no seu nível de CO. Deve empreender esforços para realizar ajustamentos e implementar medidas e políticas organizacionais, que permitam obter melhores *outcomes* para todos os intervenientes, e assim, corrigir os fatores relacionados com a organização (Shacklock et al., 2014, Sanaranayake, Gellatly & Cummings, 2018), mantendo, deste forma, o foco e a vontade de os enfermeiros permanecerem na organização (Shacklock et al., 2014; Fernet et al, 2017), reduzindo o *turnover* (Hashish, 2017; Labregue et al., 2018a), e contribuir para a dimensão eficácia organizacional através da sua performance profissional (Hashish, 2017; Labregue et al., 2018a), realizando cuidados com base em modelos que demonstraram ser eficazes na obtenção de *outcomes* positivos para o cliente (Feo & Kitson, 2016; Bachnick, et al., 2017).

PARTE II – TRABALHO EMPIRICO

1-METODOLOGIA

A investigação científica deve realizar-se com base num processo sistemático e rigoroso que permita descrever os fenómenos de interesse, desenvolver e testar conceitos e teorias contribuindo, dessa forma, para aumentar a evidência científica em enfermagem (Bowling, 2014).

Tendo por base as etapas do processo de investigação, começamos por formular a questão de investigação e definir os objetivos.

A **questão de investigação** que orientou a realização deste estudo foi: Qual a relação entre a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa?

Os objetivos escolhidos vão ao encontro das tarefas que são necessárias realizar (Bowling, 2014).

Assim, o **objetivo geral** a que nos propusemos foi: Avaliar a relação entre a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa.

Dando resposta à pergunta de investigação e ao objetivo geral, os **objetivos específicos** deste estudo foram:

- (i) Identificar a intenção de *turnover* dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa;
- (ii) Identificar o CO dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa;
- (iii) Relacionar a intenção de *turnover* com o CO dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

Para a realização deste estudo, elaborámos um cronograma de atividades, instrumento orientador que foi sujeito às alterações necessárias, tendo em conta as contingências vivenciadas (Apêndice I).

1.1-Tipo De Estudo

Decorrente da pergunta de investigação e dos objetivos formulados, realizámos um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal.

A metodologia quantitativa baseia-se na filosofia do empirismo lógico ou do positivismo. A concepção positivista da ciência, iniciada no século XVIII, foi desenvolvida pelo filósofo Auguste Comte, no século XIX. Neste paradigma de investigação, o cientista observa, de forma sistemática e mede o comportamento da matéria, sendo os resultados dessas investigações considerados fatos, acreditando-se que estes não são distorcidos pelo juízo de valor do cientista, conseguidos através da utilização de sistemas objetivos de medição. Assim, o positivismo assume que existe uma única realidade objetiva que pode ser determinada pelos sentidos e testada de acordo com as leis da metodologia científica, partindo do princípio de que o comportamento humano é uma reação a estímulos externos e que é possível observar e medir fenómenos, usando os princípios do cientista natural e o método hipotético-dedutivo e, assim, estabelecer um corpo confiável e válido conhecimento (Bowling, 2014). O conhecimento científico é, portanto, obtido através da aplicação de princípios e raciocínios lógicos, em que o investigador adota uma postura distante e não interativa de forma a evitar o viés (Gray, Grove & Sutherland, 2017). A maioria das ciências sociais desenvolveu-se aderindo a esta filosofia, utilizando pesquisas e métodos experimentais, aplicando técnicas estatísticas de análise dos dados (Bowling, 2014).

A pesquisa quantitativa consiste num processo de estudo formal, objetivo e sistemático, que permite obter dados numéricos, altamente estruturados, de forma a responder a uma pergunta de investigação (Gray et al., 2017). As técnicas quantitativas são apropriadas em situações nas quais existe conhecimento preexistente, que permitirá o uso de métodos padronizados de recolha de dados (Bowling, 2014). É o método de pesquisa utilizado para descrever variáveis, investigar as relações e determinar interações de causa e efeito entre elas, através da divisão do problema em pequenas partes, analisadas separadamente, de forma a contribuir para a compreensão de todo o problema (Gray et al., 2017).

A pesquisa descritiva permite conhecer de forma precisa as características de um determinado indivíduo, situação ou grupo, medindo certo fenómeno, através de informações recolhidas de uma amostra da população de interesse (Bowling, 2014; Gray et al., 2017), por recurso ao cálculo das medidas descritivas, permitindo estimar determinados parâmetros populacionais, testar hipóteses e gerar hipóteses sobre possíveis associações de causa e efeito entre variáveis (Bowling, 2014). Permite, por isso, aos pesquisadores encontrar novos significados, descrever o que existe,

determinar a frequência com que o fenómeno surge, categorizar esses fenómenos e fornecer dados que sirvam de base para o estudo de estudos correlacionais (Gray et al., 2017).

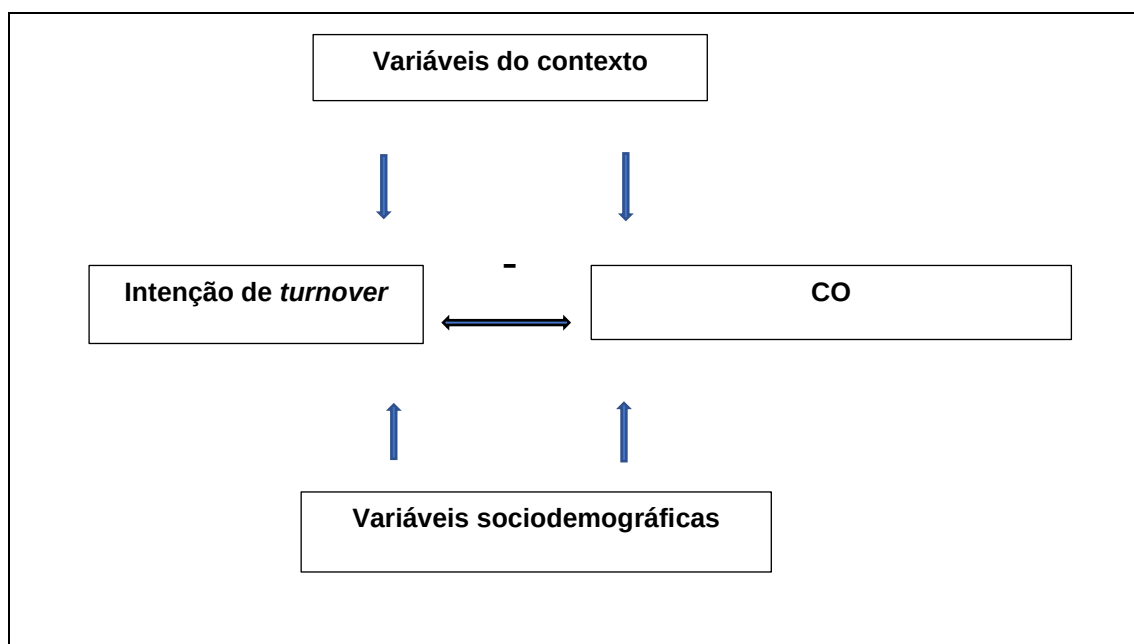
Este estudo é descritivo, transversal e observacional, uma vez que os fenómenos são observados e não testados (Bowling, 2014). Trata-se de um estudo descritivo uma vez que descreve as características de um conjunto de dados da amostra, sendo que a estatística descritiva é, muitas vezes, o primeiro passo no processo de análise e compreensão das propriedades fundamentais das variáveis em estudo (Gray et al., 2017). Tem as características de um estudo transversal uma vez que os dados são recolhidos de forma transversal a uma parte aleatória da população-alvo, num período de tempo específico (Bowling, 2014). A maioria dos estudos transversais é retrospectiva pois envolve questionar os participantes sobre comportamentos, atitudes e eventos passados e atuais. Este tipo de método é relativamente económico em relação ao tempo e a recursos, pois um grande número de pessoas pode ser pesquisado com relativa rapidez e os dados são facilmente codificados de forma a serem padronizados. Permite, ainda, apontar associações estatísticas entre variáveis, não podendo, por si só, estabelecer causalidade entre elas (Bowling, 2014).

Variável é um indicador resultante da operacionalização de um conceito e que se acredita representar o conceito. A variável dependente corresponde aquilo que o investigador deseja explicar. A variável independente é a variável explicativa ou preditiva - a variável hipotetizada para explicar a mudança na variável dependente (Bowling, 2014).

Procurámos, assim, conhecer e analisar a relação entre duas variáveis dependentes: a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa. Tendo em conta os conceitos selecionados para este estudo, consideramos variáveis independentes sociodemográficas, tais como a idade, o sexo, o estado civil, a formação académica, e variáveis independentes relacionadas com o contexto profissional, tais como a categoria profissional, anos de exercício profissional na profissão, na organização e no serviço atual e o local de trabalho (Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados). Após termos realizado uma pesquisa bibliográfica sobre as variáveis em estudo e a forma como elas se relacionam, verificámos que ambas são influenciadas por variáveis do contexto (APE favorável ou desfavorável) e por

variáveis sociodemográficas dos enfermeiros, e da existência de uma relação negativa entre elas, que representámos na Figura 4.

Figura 4: Mapeamento da relação existente entre a intenção de Turnover e o comprometimento organizacional e das variáveis independentes que os influenciam



1.2-População

A população-alvo corresponde a todos os membros de um determinado grupo que representa o foco de uma pesquisa (Bowling, 2014; Gray et al., 2017).

Pretendemos, assim, estudar toda a população de enfermeiros que exercem funções num ACES da região de Lisboa, constituída por 117 enfermeiros, divididos pelas categorias profissionais de enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor. Trata-se, então, de uma amostra não probabilística e de conveniência, uma vez que este tipo de amostragem revela-se mais fácil de recrutar e apresenta maior probabilidade de resposta (Bowling, 2014).

Um membro da população da amostra é conhecido como uma unidade de amostragem. A unidade de amostragem pode ser um indivíduo, uma organização ou

uma área geográfica, que necessita de ser definida de forma precisa e basear os procedimentos de amostragem nessas unidades (Bowling, 2014).

A dimensão da amostra deve ser calculada na fase de conceção do estudo, de forma a que o estudo realizado tenha credibilidade. Esta deve ser grande o suficiente para permitir detetar diferenças significativas nas respostas, caso estas existam. Assim, quanto maior for a amostra menor será o erro de amostragem. Por outro lado, os resultados estatisticamente significativos têm maior probabilidade de serem obtidos em amostras maiores. Então, as amostras devem ser grandes o suficiente para serem representativas da população de interesse e permitir realizar os testes estatísticos mais adequados ao estudo que se pretende realizar (Bowling, 2014).

Não sendo possível estudar toda a população, estuda-se a população acessível, que corresponde à parte da população alvo à qual os investigadores têm acesso. A maioria dos estudos em enfermagem são feitas em amostras, constituídas por participantes pertencentes à população acessível, designada pela letra *n* (Gray et al., 2017). Neste estudo, a amostra corresponde a 97 enfermeiros ($n = 97$). Através de formulas de cálculo da potência, e para um nível de significância de 0,05, a amostra mínima seria de 90 participantes, pelo que consideramos que a amostra conseguida permite obter um resultado estatisticamente significativo e detetar diferenças entre grupos, caso existam (Bowling, 2014; Gray et al., 2017), tendo em conta que nas pesquisas quantitativas os resultados de um estudo são inicialmente generalizados para a população acessível e, se for considerado apropriado, são generalizados para a população-alvo (Gray et al., 2017).

1.3-Instrumentos de Recolha de Dados

Tendo em conta que foi adotada a perspetiva positivista, neste estudo utilizámos métodos quantitativos rigorosamente estruturados, através da aplicação de instrumentos de recolha dos dados (Gray et al., 2017), onde se incluem escalas de medição testadas quanto à confiabilidade, à validade e à sua estrutura fatorial (Bowling, 2014). O instrumento de recolha de dados selecionado foi o questionário autopreenchido, por permitir medir as variáveis em estudo na perspetiva dos participantes, é um instrumento apropriado para a população em estudo, considerando o tempo necessário para o seu preenchimento, e permitirá a

comparação dos resultados, pela utilização anterior em estudos internacionais (Bowling, 2014).

Optamos por questionários com escalas de *Likert* de cinco e de sete pontos. Os questionários são amplamente utilizados para medir atitudes ou opiniões, uma vez que permitem que as observações sejam agrupadas e classificadas (Bowling, 2014; Gray, Grove & Sutherland, 2017) de forma confiável e validada (Joshi, Kale, Chande & Pal, 2015; Gray et al., 2017). As escalas de *Likert* caracterizam-se pela existência de múltiplas escolhas, escalonadas pelo mesmo número de itens negativos e positivos, em dois extremos - discordo totalmente e concordo totalmente – o que fornece independência ao participante para escolher qualquer resposta de maneira equilibrada e simétrica em qualquer direção, e de um ponto neutro, considerado o ponto de corte, habitualmente definido por nem concordo/ nem discordo, como forma de garantir que os participantes não são obrigados a escolher categorias inadequadas (Dalmoro & Vieira, 2013; Bowling, 2014; Joshi et al., 2015). A escala de *Likert* contém, então, cinco opções de resposta. Escalas com mais do que cinco opções são consideradas, por isso, escalas do “tipo” *Likert* (Dalmoro & Vieira, 2013), sendo esta a classificação das escalas de sete pontos. Esta é considerada como sendo menos radical, pois oferece um espectro de respostas mais amplo, o que permite ao participante ser mais exato na sua resposta (Dalmoro & Vieira, 2013; Gray et al., 2017), estando, por isso, associada a graus mais elevados de fiabilidade dos instrumentos que a usam por fornecer mais opções aos participantes, sendo-lhes dada a hipótese de serem mais exatos relativamente às suas realidades, o que diminui a ambiguidade das respostas (Dalmoro & Vieira, 2013; Joshi et al., 2015, Gray et al., 2017).

Os questionários escolhidos permitem-nos conhecer as opiniões dos participantes relativamente às variáveis em estudo, através de itens construídos de maneira mutuamente exclusiva. Para a análise da pontuação obtida, as pontuações de cada item do questionário são somadas para gerar uma pontuação global, sendo esta que, na sua totalidade, mede a fenómeno em estudo na amostra (Marôco, 2014; Joshi et al., 2015). Assim, obtém-se uma pontuação total única que é, posteriormente, analisada com recursos a testes estatísticos (Marôco, 2014; Bowling, 2014). Como forma de evitar perdas de informação que esta agregação única das respostas pode provocar, podem ser feitos *scores* parciais a partir dos itens que compõem os vários fatores em análise. Estas pontuações parciais poderão evidenciar informações mais

refinadas do que as pontuações totais da escala (Bowling, 2014). Por vezes, o principal interesse do investigador não é sintetizar a posição dos participantes, mas capturar sentimentos, ações e opiniões pragmáticas dos participantes sobre questões mutuamente exclusivas em torno dos fenómenos em estudo. Esse facto exige a análise individual de cada item para verificar o grau de concordância coletiva dos participantes em relação a esse tópico (Joshi et al., 2015). Assim, tendo em conta os objetivos do estudo e a pergunta de investigação, propusemo-nos analisar as escalas com base na análise dos *scores* totais das escalas, nos *scores* parciais do conjunto de itens agrupados pelos fatores latentes e na análise de itens isolados, especialmente relevantes para compreender o fenómeno em estudo.

O questionário é composto por duas partes. A primeira parte do questionário avalia a intenção de *turnover* e a segunda parte avalia o CO, através de questionários devidamente traduzidos para português, adaptados e validados para a população portuguesa. Iniciámos o questionário com a identificação dos dados sociodemográficos e do contexto profissional dos participantes, tais como a idade, o género, o estado civil, a formação académica, a categoria profissional, local de trabalho, anos de exercício profissional na profissão, na organização e na unidade funcional atual.

Considerámos importante incluir, na folha de rosto do questionário, a definição dos conceitos e dos objetivos que motivaram o presente estudo. Imprimimo-los de forma cuidada e, de acordo com Bowling (2014), deixámos um espaço para comentários livres.

Intenção de *Turnover*

Intenção de *turnover* é definido como a intenção voluntária de sair do serviço ou da organização (Han et al., 2015).

Para conhecermos a intenção de *turnover* dos enfermeiros do ACES, aplicámos a *Attempted Turnover Scale*, de Hinshaw e Atwood (1984), validada para Portugal por Sul & Lucas (2019), publicada em 2020.

A Escala de Intenção de *Turnover* de Sul & Lucas (2020) é constituída por 10 itens, classificada entre 1 a 7 na escala de *Likert*, podendo totalizar no máximo 70 pontos e no mínimo 10 pontos. O valor total deve ser dividido pelo número de itens,

sendo considerado o valor de corte 3,5. Quanto maior for o resultado, maior será a intenção de *turnover* do enfermeiro.

A autorização para a utilização da escala pode ser consultada no Anexo I.

Comprometimento Organizacional

O CO é definido como a identificação e o envolvimento de um indivíduo com a organização, que se caracteriza por uma forte crença nos seus objetivos e valores, na disposição de realizar um esforço considerável em nome da organização e de um forte desejo de nela permanecer (Mowday, Steers & Porter, 1979),

Para conhecermos o CO dos enfermeiros do ACES, iremos aplicar o *Organizational Commitment Questionnaire*, desenvolvida por Mowday, Porter e Steers (1979), traduzida e adaptada para Portugal por Gomes (2007), já utilizada num estudo realizado com médicos e enfermeiros (Silva & Gomes, 2009). A escala permite avaliar os sentimentos, atitudes e valores positivos assumidos pelos profissionais relativamente ao seu local de trabalho. Assim, nove das declarações são expressas pela positiva e seis são redigidas pela negativa (Mowday, Porter & Steers, 1982). A versão original é constituída por quinze itens, no entanto, é possível aplicar apenas nove itens que estão formulados pela positiva, e deste modo extrair o fator original avaliado pela escala. Assim, neste estudo iremos utilizar a versão dos nove itens validada para português, Questionário de CO de Gomes (2007), respondidos numa escala tipo *likert* de cinco pontos, efetua-se o somatório da pontuação total e divide-se pelo número de itens. Altos scores correspondem a altos níveis de comprometimento organizacional (Mowday et al., 1982; Han et al., 2015).

A autorização para a utilização da escala pode ser consultada no Anexo II.

1.4-Análise Dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 25, e AMOS.

Nos estudos quantitativos, a análise dos dados faz-se através da estatística descritiva, uma vez que esta permite organizar os dados de maneira a ser possível a

análise do seu significado (Gray et al., 2017). As escalas de *likert*, apesar de serem variáveis nominais, são geralmente analisadas como variáveis quantitativas para que possa utilizar estatísticas paramétricas, uma vez que estas técnicas estatísticas são suficientemente robustas para sustentar os resultados (Bowling, 2014; Almeida, 2017).

Os dados obtidos foram codificados e inseridos no programa SPSS.

Frequências e percentagens foram usadas para descrever dados demográficos e características relacionadas ao trabalho. Calculámos a média aritmética e o desvio padrão (DP) como medidas de tendência central e de dispersão, respetivamente, para quantificar variáveis quantitativas como a idade, tempo de serviço na profissão e tempo de serviço na UF, assim como as variáveis dependentes estudadas. As variáveis - idade, tempo de serviço na profissão e tempo de serviço na UF - foram recodificadas em oito escalões, segundo a regra de *Sturges*. Posteriormente, para permitir a aplicação de testes de significância estatística e manter a confidencialidade dos participantes foi necessário reduzir as variáveis “tempo de serviço na profissão” e “tempo de serviço na UF” para três escalões. A variável “habilitações académicas” foi transformada numa variável dicotómica, tendo em conta a evidência pesquisada e a manutenção da confidencialidade dos participantes. Assim, para esta variável criámos as categorias: “Formação base” agrupando as categorias “Bacharelato + Licenciatura”; e “Formação pós-graduada” agrupando as restantes opções (Pós-Graduação + Especialidade + Mestrado + Mestrado e Especialidade + Doutoramento).

Realizámos uma análise preliminar para avaliar a confiabilidade dos questionários através do Alfa de *Cronbach*. Para mensurar a validade do construto utilizámos a Análise Fatorial Exploratória (AFE) com validação analítica do grau de correlação entre as variáveis (*Kaiser-Meyer-Olkin* [KMO]) e o Teste de Esfericidade de *Barlett*. A AFE consiste na utilização de um conjunto de técnicas estatísticas que permitem verificar a relação existente entre um grande número de variáveis, de forma a ser possível reduzi-las a um conjunto menor de variáveis. Por outro lado, permite a identificação de grupos de variáveis que estão mais intimamente ligadas, denominadas de fatores (Gray et al., 2017). Este tipo de análise é também chamado de análise de componentes principais e análise fatorial confirmatória, sendo por isso, utilizada em estudos que pretendem analisar escalas de medição, especialmente se consistem em avaliações subjetivas ou instrumentos relacionados a atitudes, crenças, valores ou opiniões (Gray et al., 2017). A aplicação destes testes estatísticos permite,

então, ajudar a compreender a relação entre cada item com os fatores que foram identificados. O investigador deve analisar os itens que se agrupam num determinado fator e que parecem explicá-lo. Variáveis com altas cargas no fator identificado devem ser incluídas, mesmo que não se ajustem às noções teóricas pesquisadas. O objetivo é identificar a ampla construção de significado que causou uma forte correlação entre essas variáveis em particular (Gray et al., 2017). Os itens que apresentem cargas fatoriais $< 0,30$ não estão altamente correlacionados com o fator (Gray et al., 2017). Para realizar a AFE utilizámos, então, o valor de corte de 0,40 para identificar os construtos latentes dos questionários aplicados.

A AFE permitiu, assim, mediu a variância total explicada pelos elementos essenciais obtidos na análise de componentes principais - Rotação *Varimax-Kaiser*.

Realizámos, seguidamente, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) que permite “avaliar a qualidade do ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas” (Marôco, 2014, p. 180). Esta análise é, por isso, usada para confirmar a precisão de um constructo desenvolvido do ponto de vista teórico (Gray et al., 2017). Para realizar a AFC foram analisados vários índices, conforme recomendações apontadas na literatura, uma vez que cada um deles obtém resultados dependentes das especificações do modelo utilizado, dos graus de liberdade e da dimensão da amostra (Marôco, 2014). Assim, “se as várias medidas forem concorrentes, o investigador pode concluir que o modelo em estudo reproduz, convenientemente, a estrutura relacional observada entre as variáveis” (Marôco, 2014, p. 57). A utilização do *Comparative Fit Index* (CFI) e do *Root-Square Error of Approximation* (RMSEA) são recomendados para se realizar a avaliação inicial (Apóstolo, Tanner & Arfken, 2012). Para além dessas estatísticas incluímos a Raiz do Resíduo Quadrático Médio Padronizado (SRMR) e o Índice Qui-Quadrado (χ^2). Começámos por calcular χ^2 , que indica a magnitude da discrepância entre a matriz de covariância observada e modelada. No entanto, tendo em conta que este parâmetro estatístico é afetado pelo tamanho da amostra, examinámos a magnitude do χ^2 , por meio do índice χ^2 / df , no qual os graus de liberdade são utilizados como padrão para verificar se o valor de χ^2 é grande ou pequeno (Rueda, 2015). Valores entre 1 e 2 podem ser considerados excelentes, entre 2 e 3 são considerados bons, e valores entre 3 e 5 são considerados aceitáveis quando a análise é realizada com amostras grandes. Valores superiores a 5 rejeitam o modelo (Rueda, 2015). Utilizámos, ainda, o *Goodness-of-fit* (GFI), que mede a variância e a covariância na

matriz observada. Quanto mais próximo o valor estiver de 1, melhor é a qualidade do ajustamento, sendo considerado um ajustamento perfeito se $GFI = 1$. Esta estatística é sensível ao tamanho da amostra e do número de variáveis, tendo tendência a aumentar em amostras de maior dimensão e quando se aumenta o número de variáveis (Marôco, 2014). Assim, calculámos o CFI, cujos valores iguais a 1 são indicativos de um ajuste perfeito. Esta estatística é independente do tamanho da mostra, mas o acréscimo de variáveis com correlações não muito fortes em amostras pequenas habitualmente reduz o valor apurado (Marôco, 2014). Verificámos posteriormente o RMSE, cujos valores podem sofrer alterações tendo em conta a dimensão da amostra e do número de variáveis (Marôco, 2014). Por esta razão, fixámos *a priori* o nível de significância em $\alpha = 0,05$.

Testamos a normalidade das variáveis dependentes através do Teste *Kolmogorov-Smirnov*, dos valores de assimetria e de curtose, e a homogeneidade de variâncias através do Teste de *Leneve*. Assim, após concluirmos que as variáveis seguem uma distribuição normal e que existe homogeneidade de variâncias, utilizámos o Teste *t-Student* e *One-Way ANOVA* para comparar a média das variáveis contínuas Intenção de *Turnover* e Comprometimento Organizacional dos enfermeiros entre dois ou mais do que dois grupos independentes.

As variáveis dependentes em estudo - Intenção de *turnover* e CO - foram agrupadas tendo em conta o fator original e os fatores latentes identificados: Escala de Intenção de *Turnover*; Questionário de CO; fator “Comprometido com o trabalho”; fator “Intenção de sair” e fator “Intenção de permanecer”.

Para testar a natureza da relação entre as variáveis dependentes em estudo utilizámos a análise do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, correlacionando as variáveis Escala de Intenção de *Turnover*/Questionário de CO; fator “Intenção de sair”/fator “Comprometido com o trabalho” e fator “Intenção de permanecer”/fator “Comprometido com o trabalho”.

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando testes bicaudais e erro alfa de 0,05; valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos controlando, desta forma, o erro do tipo I (Almeida, 2017).

1.5- Considerações Éticas

A enfermagem é uma profissão baseada nos princípios éticos que guiam o respeito pela pessoa, a beneficência e não maleficência, e a justiça, sendo necessário a presença destes princípios éticos também na investigação, desde o início da investigação, com a formulação do propósito do estudo, até ao final, à publicação dos resultados (Gray et al., 2017). Assim, o princípio do respeito pelas pessoas sustenta que estas têm o direito à autodeterminação e à liberdade de participar ou não participar na pesquisa de investigação, o princípio da beneficência requer que o investigador faça o bem e evite causar danos (destacado pelo princípio da não maleficência), o princípio da justiça sustenta que as pessoas que participam de estudos de investigação devem ser tratados de forma justa (Gray et al., 2017).

Consideramos importante referir, ainda, a Declaração de Helsínquia onde consta que (1) o bem-estar individual dos participantes de estudos de investigação tem prioridade sobre qualquer outro interesse, (2) os investigadores devem proteger a privacidade e a dignidade dos participantes, (3) deve existir fundamentação forte e independente que justifique o estudo e não apenas produzir mais conhecimentos científicos (Gray et al., 2017).

Assim, tendo em atenção as questões éticas, realizamos um pedido de autorização à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (Apêndice II), e à Diretora Executiva do respetivo ACES. A autorização para a realização deste estudo tem o Nº 9992/CES/2019 de 20/11/2019 (Anexo III). Após a devida autorização foram distribuídos os questionários pelos enfermeiros (Apêndice III).

A distribuição e recolha dos questionários decorreu durante o mês de dezembro de 2019. Contactámos os enfermeiros gestores e os enfermeiros em funções de chefia das várias unidades do ACES, a quem solicitámos colaboração na entrega dos questionários à totalidade dos enfermeiros em exercício nas suas unidades. Foram dadas instruções específicas que permitiram manter a confidencialidade e o anonimato: cada enfermeiro deveria receber um envelope, preparado para o efeito, onde constava o questionário e dois exemplares do consentimento informado. Após assinar o consentimento informado – via investigador, este deveria ser colocado em

envelope separado daquele onde deveria ser colocado o questionário. Terminado o preenchimento do questionário, o enfermeiro deveria colocá-lo no envelope fornecido para o efeito, e fechá-lo devidamente através do mecanismo próprio do envelope (Bowling, 2014). Os envelopes fechados foram recolhidos pelo investigador e colocados no mesmo saco de transporte, com o propósito de os misturar e não ser possível, em momento algum, a identificação das unidades de proveniência nem dos enfermeiros participantes do estudo. Cada questionário entregue incluía uma nota explicativa com informações sobre os investigadores, a proposta de investigação, os métodos e objetivos do estudo, as vantagens e a ausência de efeitos colaterais com a participação no estudo, assim como questões relacionadas com a confidencialidade dos dados fornecidos.

O número de questionários e de consentimentos informados, recolhidos separadamente, foi o mesmo. No final do estudo, todos os documentos, dados pessoais e não-pessoais, foram destruídos pelo investigador.

2-APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1- Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A população em estudo corresponde a 117 enfermeiros ($N = 117$), sendo este o número de questionários entregues. Foram recebidos 97 questionários, todos se encontravam devidamente preenchidos, pelo que foram considerados válidos. Obtivemos por isso, uma taxa de retorno de 83% (Tabela 1). O valor da amostra é de 97 ($n = 97$) (Tabela 2).

Tabela 1: Taxa de retorno dos Questionários

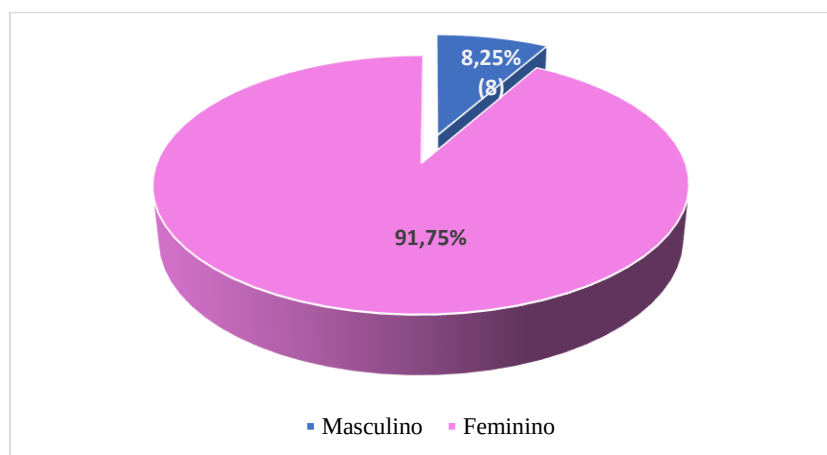
	Número Absoluto	%
Questionários Entregues	117	100%
Questionários Recebidos	97	83%

Tabela 2: Número da Amostra (n)

n	Válidos	97
	Omissos	0

Os participantes são maioritariamente mulheres, correspondendo a 91,75% do total da amostra (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição da amostra por Género



A idade mínima dos enfermeiros é 32 anos e a idade máxima corresponde a 62 anos. A média e a mediana têm o mesmo valor, sendo que idade média dos participantes é de 48 anos, com um desvio padrão (s) de 7,746; a moda (M_o) de 53 anos (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização da amostra relativamente à Idade

Estatística Descritiva: Idade	
Média	47,88
Mediana	48
Moda	53
Desvio Padrão	7,746
Mínimo	32
Máximo	62

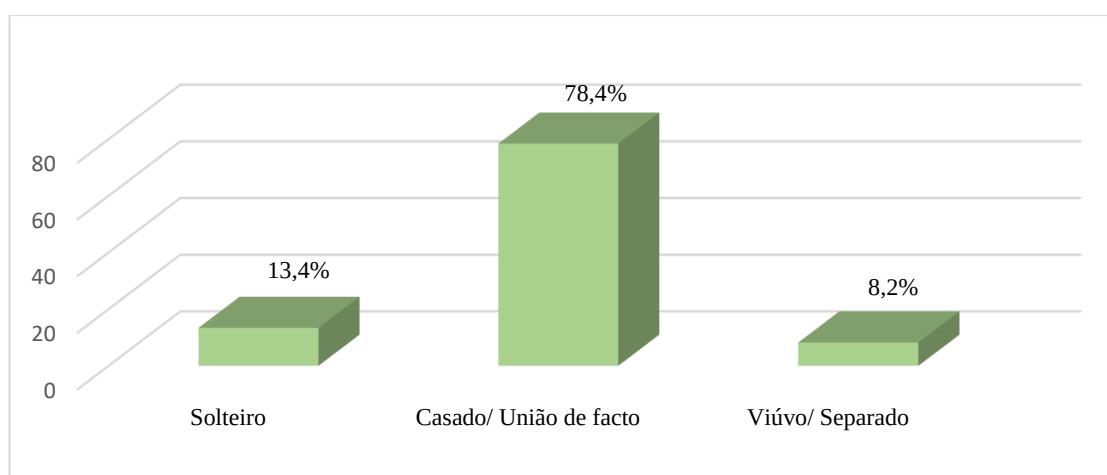
Utilizando a fórmula de *Sturges* (Mello & Guimarães, 2015) elaboramos oito classes representativas das diferentes faixas etárias da nossa amostra (Tabela 4). Verificou-se que a classe modal é a faixa etária dos 52 aos 55 anos, que corresponde a 18,6% do total da amostra.

Tabela 4: Caracterização da amostra relativamente à Idade Por Classes

Faixa etária por classes	N	% Relativa	% Acumulativa
32 - 35	5	5,2	5,2
36 - 39	15	15,5	20,6
40 - 43	10	10,3	30,9
44 - 47	15	15,5	46,4
48 - 51	16	16,5	62,9
52 - 55	18	18,6	81,4
56 - 59	14	14,4	95,9
60 - 63	4	4,1	100,0
Total	97	100,0	

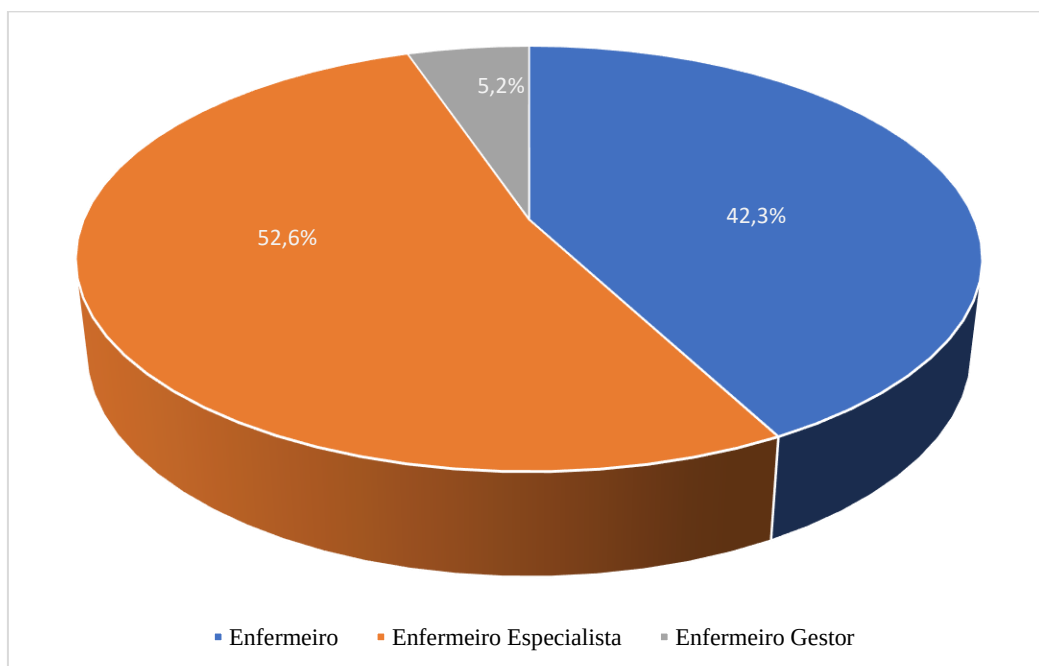
A maioria são casados ou vivem em união de facto, correspondendo a 78,4% do total da amostra (Gráfico 2).

Gráfico 2: Caracterização da amostra relativamente ao Estado Civil



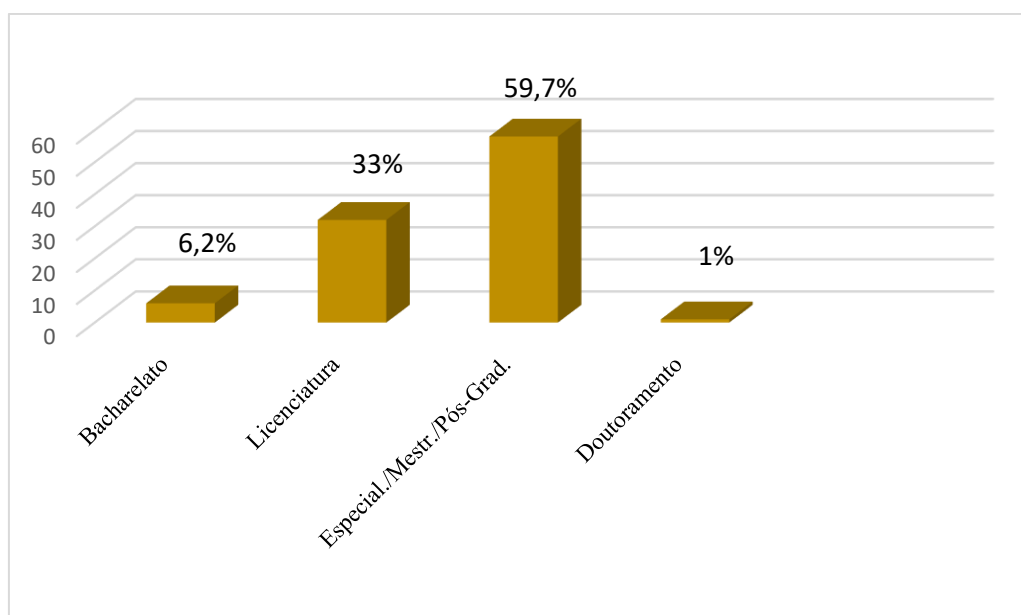
Os enfermeiros dividem-se pelas três categorias que compoem a carreira de enfermagem. A categoria mais representada é a de enfermeiros especialista, com 52,6%, seguida da categoria de enfermeiro com 42,3%. Participaram cinco enfermeiros gestores que, correspondendo a apenas 5,2% da amostra, corresponde à totalidade da população de enfermeiros gestores do ACES estudado (Gráfico 3).

Gráfico 3: Caracterização da amostra relativamente à Categoria Profissional



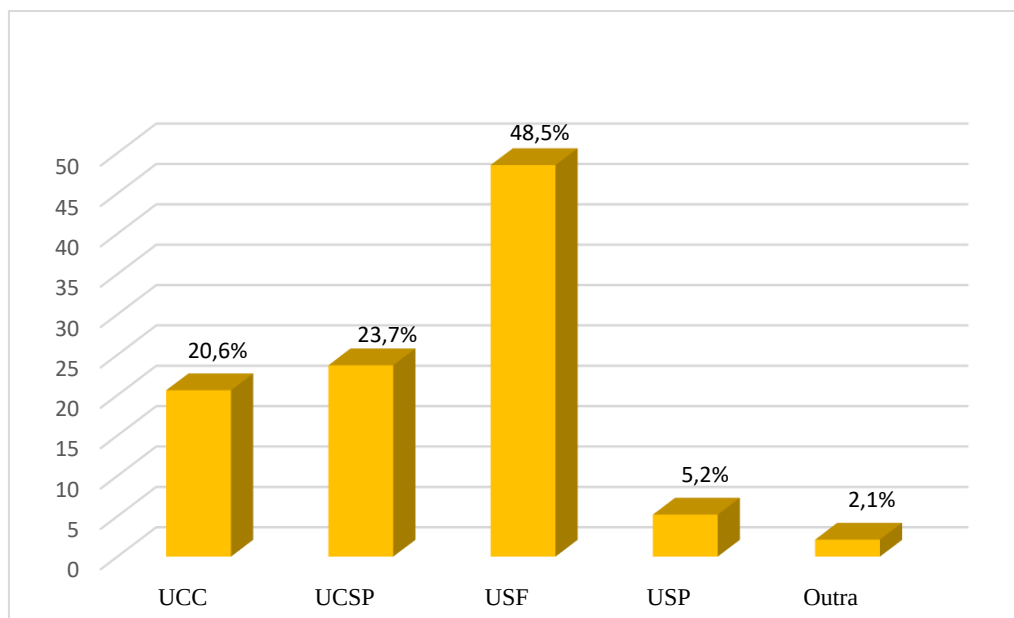
A maioria dos enfermeiros têm especialidade, com ou sem mestrado, e pós-graduação, correspondendo a uma percentagem acumulada de 59,7%. Verificámos que seis enfermeiros têm bacharelato (6,2%) e um tem doutoramento (1%) (Gráfico 4).

Gráfico 4: Caracterização da amostra relativamente às Habilitações Académicas e Profissionais



Participaram enfermeiros de todas as várias unidades funcionais do ACES. A UF mais representadas foi a USF, seguida pela UCSP, tal como pode verificar-se no Gráfico 5.

Gráfico 5: Caracterização da amostra relativamente à UF do ACES



O tempo médio de serviço na profissão é de 24,76 anos ($s = 7,637$), sendo o tempo mínimo de exercício profissional de 10 anos e o máximo de 41 anos (Tabela 5).

Tabela 5: Caracterização da amostra relativamente ao Tempo de Exercício na Profissão

Estatística descritiva: Tempo de Serviço na Profissão	
Média	24,76
Mediana	25,00
Desvio padrão	7,637
Mínimo	10
Máximo	41
Intervalo	31

Aplicada a fórmula de *Sturges* (Mello & Guimarães, 2015) obtivemos oito classes representativas do tempo de serviço na profissão. A classe modal é a correspondente a 23-26 anos de exercício profissional, que corresponde a 25,8% da amostra (Tabela 6).

Tabela 6: Caracterização da amostra relativamente ao Tempo de Serviço na Profissão Por Classes

Tempo Serviço na Profissão em anos	N	% Relativa	% Acumulativa
10 - 14	12	12,4	12,4
15 - 18	11	11,3	23,7
19 - 22	12	12,4	36,1
23 - 26	25	25,8	61,9
27 - 30	13	13,4	75,3
31 - 34	13	13,4	88,7
35 - 38	9	9,3	97,9
39 - 42	2	2,1	100,0
Total	97	100,0	

Para analisar o tempo de serviço na UF recorremos ao valor da mediana, que se situa em 6 anos ($s = 5,366$), com um mínimo de 1 ano e máximo de 30 anos (Tabela 7).

Tabela 7: Caracterização da amostra relativamente ao Tempo de Exercício na UF

Estatística Descritiva: Tempo de Serviço na UF	
Média	6,74
Mediana	6,00
Variância	28,797
Desvio padrão	5,366
Mínimo	1
Máximo	30

A aplicação da fórmula de *Sturges* (Mello & Guimarães, 2015) permitiu identificar oito classes representativas do tempo de serviço na Unidade Funcional

atual, sendo a classe modal a correspondente a 1 - 4 anos, com 40,2% do total da amostra (Tabela 8).

Tabela 8: Caracterização da amostra relativamente Tempo de Serviço na UF
Por Classes

Tempo Serviço UF atual em anos	N	% Relativa	% Acumulativa
1 - 4	39	40,2	40,2
5 - 8	27	27,8	68,0
9 - 12	22	22,7	90,7
13 - 16	2	2,1	92,8
17 - 20	5	5,2	97,9
21 - 24	1	1,0	99,0
25 - 28	0	0	99,0
29 - 32	1	1,0	100,0
Total	97	100,0	

2.2-Análise da Fiabilidade e Validade dos Construtos

A fiabilidade dos questionários foi realizada através da análise em componentes principais, de acordo com Marôco (2014).

Começamos por realizar a análise fatorial através da medida de adequabilidade *Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy* (KMO) para cada um dos questionário utilizados.

Para a escala de Intenção de *Turnover* o valor obtido foi de 0,815. De acordo com Almeida (2017), a adequabilidade da amostra é considerada Boa. O teste de *Bartlett* apresenta um valor de $\chi^2(45) = 377,839$ com significância estatística ($p\text{-value} < 0,001$), o que significa que as variáveis encontram-se significativamente correlacionadas (Tabela 9).

Tabela 9: Resultados da aplicação do Teste KMO e *Bartlett* à Escala de Intenção de *Turnover*

Teste de KMO e <i>Bartlett</i>		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,815
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	377,839
	gl	45
	Sig.	,000

Para o questionário de CO o valor obtido foi de 0,878. Assim, a adequabilidade da amostra é, também, considerada Boa (Almeida, 2017). O teste de Bartlett apresenta um valor de $\chi^2(36) = 536,287$ com significância estatística ($p\text{-value} < 0,001$), o que significa que as variáveis se encontram significativamente correlacionadas (Tabela 10).

Tabela 10: Resultados da aplicação do Teste KMO e Bartlett Questionário CO

Teste de KMO e <i>Bartlett</i>		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,878
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	536,287
	gl	36
	Sig.	,000

Esta análise permite assegurar que, com a amostra disponível, pode prosseguir-se com a análise fatorial.

Seguidamente realizámos a análise fatorial exploratória (AFE).

Para a escala de de Intenção de *Turnover* obtivemos dois fatores com valor próprio superior a 1 que, no seu conjunto, explicam 55,749% da variância total (Figura 5, Tabela 11), valor superior ao mínimo aceitável, que é de 50%, de acordo com Almeida (2017).

Figura 5: Representação dos fatores e respectivos Eigenvalues da Escala de Intenção de *Turnover*



Tabela 11: Extração dos fatores principais da Escala de Intenção de *Turnover*

Variância total explicada									
Componente	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado					
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,232	42,319	42,319	4,232	42,319	42,319	2,875	28,750	28,750
2	1,343	13,430	55,749	1,343	13,430	55,749	2,700	26,998	55,749
3	1,029	10,288	66,037						
4	,946	9,465	75,501						
5	,679	6,791	82,292						
6	,508	5,085	87,377						
7	,430	4,297	91,674						
8	,355	3,551	95,225						
9	,270	2,700	97,925						
10	,207	2,075	100,000						

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Para o questionário de CO obtivemos um fator com valor próprio superior a 1 que explicam 59,092% da variância total (Figura 6, Tabela 12), também superior ao valor mínimo aceitavel (Almeida, 2017).

Figura 6: Representação dos fatores e respectivos Eigenvalues do Questionário de CO

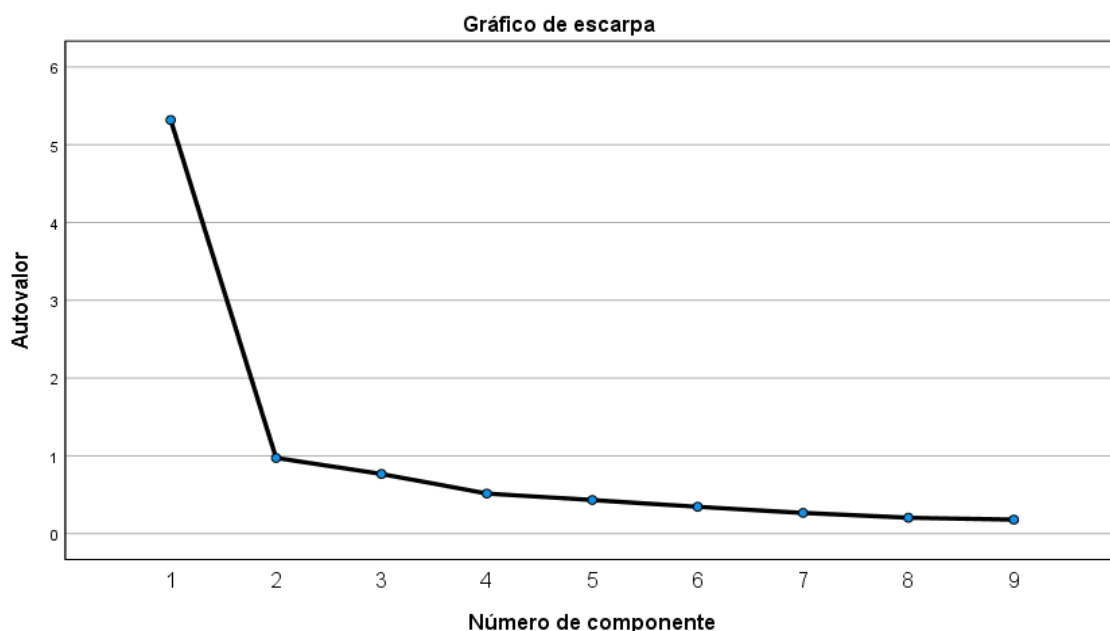


Tabela 12: Extração dos fatores principais do Questionário de CO

Componente	Variância total explicada					
	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	5,318	59,092	59,092	5,318	59,092	59,092
2	,973	10,809	69,901			
3	,767	8,520	78,421			
4	,515	5,722	84,143			
5	,432	4,804	88,947			
6	,345	3,835	92,782			
7	,266	2,955	95,737			
8	,204	2,270	98,007			
9	,179	1,993	100,000			

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Com o objetivo de obter uma estrutura fatorial em que cada variável original está fortemente associada a um único constructo e pouco associada com os restantes fatores, realizámos a rotação ortogonal Varimax (Almeida, 2017) na Escala de Intenção de *Turnover*. A *Rotated Component Matrix* corresponde à tabela que nos permite visualizar o valor das cargas fatoriais representativas em cada fator. Apesar de ser referido na literatura valores de correlação superiores a 0.5, pode optar-se pelo valor mais lato que existe para a variável (Almeida, 2017), razão pela qual vários autores consideram o valor mínimo de 0.25 (Bowling, 2014). Assim, seguindo a evidência disponível, aplicámos o ponto de corte 0.40 para a construção da matriz de componentes principais. No questionário de Intenção de *Turnover* identificámos dois fatores. Após analisarmos as variáveis pertencentes a cada fator atribuímos nomes a cada um deles: Componente 1: Intenção de Sair e Componente 2: Intenção de Permanecer (Quadro 3).

Quadro 3: Tabela de identificação de componentes principais da Escala Intenção de *Turnover*

Codifi- cação em SPSS	ITENS	Componentes	
		Intenção de Sair	Intenção de Permanecer
B_P2	2.Tenho quase a certeza que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	,679	
B_P3	3.Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	,603	
B_P4	4.Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considera-la seriamente.	,676	
B_P5	5.Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	-,584	
B_P6	6.Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.	,545	
B_P9	9.Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	,481	
B_P10	10.Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	,685	
B_P1	1.Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.		,848
B_P7	7. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.		,861
B_P8	8. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.		,813

No Questionário de CO identificámos apenas um fator ao qual chamámos “Comprometido com a organização” (Quadro 4). Não foi possível realizar a *Rotated Component Matrix*.

Quadro 4: Tabela de identificação de componentes principais do Questionário de CO

Codifi- cação em SPSS	ITENS	Componentes
		Comprometido com a Organização
C_P1	11.Estou disposto a esforçar-me, para além do que é normal, no sentido de ajudar esta organização a ter sucesso.	,671
C_P2	12.Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar.	,844
C_P3	13.Estou disposto a aceitar praticamente todo o tipo de tarefas de modo a poder continuar a trabalhar nesta organização.	,504
C_P4	14.Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes.	,807
C_P5	15.Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização.	,863
C_P6	16. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização.	,794
C_P7	17. Sinto-me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar.	,804
C_P8	18. Interessa-me realmente o destino desta organização.	,755
C_P9	19.Para mim, esta é o melhor local para trabalhar.	,812

*Apenas um componente foi extraído. A solução não pode ser rodada (Fonte: SPSS, Versão 25).

Avaliámos, seguidamente, a confiabilidade e a consistência interna das duas escalas, pelo que procedemos à análise do Alfa de *Cronbach*. O seu valor é positivo e varia entre 0 e 1, interpretando-se da seguinte forma (Quadro 5):

Quadro 5: Valores de referência do teste Alfa de *Cronbach*

Valores	Interpretação
> 0.9	Consistência muito boa
0.8 - 0.9	Boa
0.7 - 0.8	Razoavel
0.6 - 0.7	Fraca
< 0.6	Inadmissível

Fonte: Almeida, 2017

Assim, tendo em conta os três fatores identificados anteriormente, realizámos o Alfa de *Cronbach* (Quadro 6) para cada um deles e para a totalidade dos itens que constituem a Escala de Intenção de *Turnover*. Para o fator “Intenção de Sair” o Alfa de *Cronbach* tem o valor de 0,575, uma consistência interna considerada inadmissível; no entanto para o fator “Intenção de Permanecer” o Alfa de *Cronbach* tem o valor de 0.850, o que indica uma consistência interna boa e a totalidade dos dez itens que constituem a Escala de Intenção de *Turnover* tem o Alfa de *Cronbach* de 0.723, considerada razoavel (Quadro 7). Para o fator “Comprometido com a Organização” o Alfa de *Cronbach* tem o valor de 0.904, o que indica uma consistência interna muito boa para esta subescala, que é composta pela totalidade dos itens do Questionário de CO (Quadro 8).

Quadro 6: Quadro resumo de processamento dos dados para avaliação do Alfa de *Cronbach*

		N	%
Casos	Válido	97	100,0
	Excluídos ^a	0	0
	Total	97	

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Quadro 7: Alfa de *Cronbach* para a Escala Intenção de *Turnover* e os dois fatores identificados

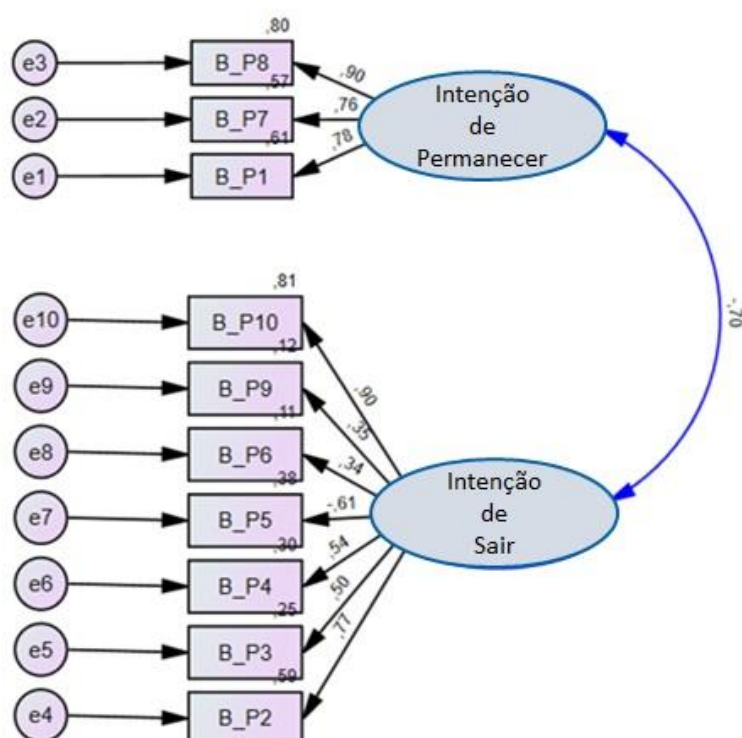
Alfa de Cronbach's	Fator / Escala	N de itens
,575	"Intenção de Sair"	7
,850	"Intenção de Permanecer"	3
,723	Escala Intenção de <i>Turnover</i>	10

Quadro 8: Alfa de *Cronbach* para o Questionário de CO e o fator identificado

Alfa de Cronbach's	Fator / Escala	N de itens
,904	"Comprometido com a Organização" / Questionário de CO	9

Procedemos, de seguida, à AFC. Agrupámos os vários itens aos fatores latentes identificados na AFE de forma a testarmos o modelo proposto (Figura 7, Figura 8).

Figura 7: Estrutura fatorial da Escala de Intenção de *Turnover*



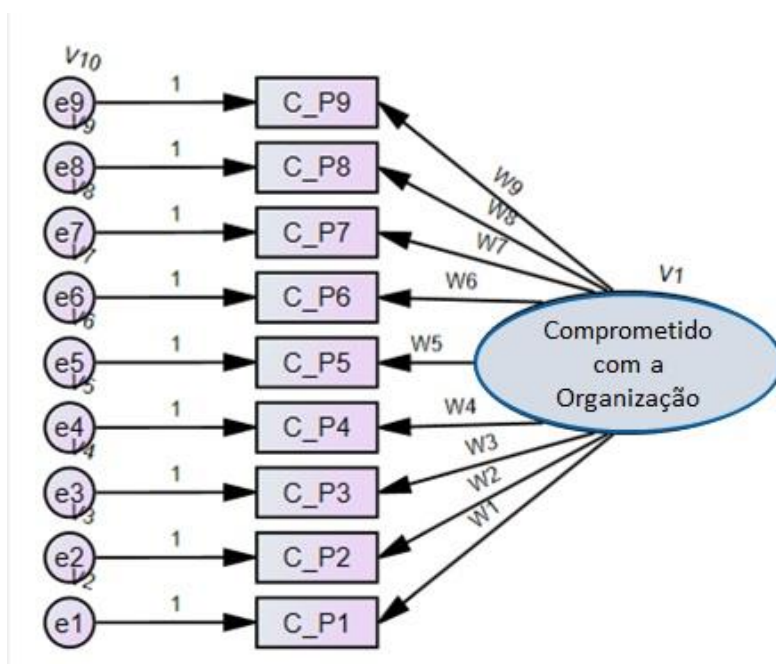
Realizámos os testes estatísticos com recurso aos vários índices selecionados. Para a Escala de *Turnover* obtivemos os seguintes valores: $\chi^2/df=1,431$; IFI=0,959; CFI=0,958; GFI=0,919; RMSEA=0,067 $P[rmsea \leq 0,05] < 0,001$; RMR=0,191. Tendo em conta que o valor de χ^2/df se situa no intervalo 1-2, que os valores de IFI, de CFI e de GFI são próximos de 1, podemos considerar que o modelo é ajustado ao estudo (Quadro 9).

Quadro 9: Índices de ajustamento do modelo proposto para a Escala de Intenção de *Turnover*

χ^2	df	χ^2/df	IFI	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	RMR
48,638	34	1,431	0,959	0,958	0,919	0,868	0,067	0,191

$p < 0,001$

Figura 8: Estrutura fatorial do Questionário de CO



Para o Questionário de CO obtivemos os seguintes valores: $\chi^2/df=0,000$; IFI=1,00; CFI=1,00; GFI=1,00; RMSEA=0,389 $P[rmsea \leq 0,05] < 0,001$; RMR=0,000. Tendo em conta que os valores de IFI, de CFI e de GFI são iguais a 1, podemos considerar que o modelo tem ajustamento perfeito ao estudo (Quadro 10).

Quadro 10: Índice de ajustamento do modelo para o Questionário de CO

χ^2	df	χ^2/df	IFI	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	RMR
0,000	0	-	1,0	1,0	1,0	-	0,389	0,000

p<0,001

2.3-Análise das Variáveis em estudo

Foram recolhidos 97 questionários totalmente preenchidos.

Analisando os itens específicos da Escala de Intenção de *Turnover* que refletem a intenção de sair (itens 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 10), verificámos que 49,5% dos participantes discordam fortemente com o item “2. Tenho quase a certeza que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo”; 38,1% discordam fortemente com o item “9. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização”; 57,7% discordam fortemente com o item “10. Planeio deixar este local de trabalho brevemente”; e 30,9% dos participantes discordam fortemente com o item “6. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis”. Para o item “5. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual” 34% concordam fortemente com a afirmação; 28,8% dos participantes não concordem nem discordem com o item “4. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considera-la seriament.”, sendo que 16,5% concordam ligeiramente e 18,6% discordem fortemente com a afirmação. Por ultimo, a maioria dos participantes (47,4%) discorda fortemente com o item “3. Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento” (Quadro 11).

Por outro lado, ao analisarmos os itens que refletem a vontade de permanecer na organização (itens 1, 7, 8), verificámos 49,5% dos participantes concordam fortemente com o item “1. Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo”; 45,4% dos participantes concordam fortemente com o item “7. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo” e 49,5% dos participantes concordam fortemente com o item “8. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo” (Quadro 11).

Quadro 11: Resultados obtidos pela aplicação da Escala de Intenção de *Turnover*

Escala de Intenção de <i>Turnover</i> - Sul & Lucas (2020)	% Concordância com o item						
	Discordo Fortemente	Discordo Moderadamente	Discordo Ligeiramente	Não concordo Nem discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo Moderadamente	Concordo Fortemente
1.Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.	3.1%	2.1%	1.0%	1.0%	14.4%	28.9%	49.5%
2.Tenho quase a certeza que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	49.5%	19.6%	12.4%	5.2%	7.2%	2.1%	4.1%
3.Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	47.4%	16.5%	5.2%	16.5%	3.1%	5.2%	6.2%
4.Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considera-la seriamente.	18.6%	14.4%	6.2%	28.9%	16.5%	8.2%	7.2%
5. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	8,2%	7,2%	4.1%	11.3%	12.4%	22.7%	34.0%
6. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.	30.9%	15.5%	12.4%	19.6%	9.3%	4.1%	8.2%
7. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.	2.1%	3.1%	3.1%	7.2%	18.6%	20.6%	45.4%
8. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.	1.0%	1.0%	4.1%	5.2%	13.4%	25.8%	49.5%
9. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	38.1%	20.6%	9.3%	12.4%	9.3%	6.2%	4.1%
10.Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	57.7%	20.6%	6.2%	8.2%	3.1%	2.1%	2.1%

A análise dos resultados obtidos permite-nos concluir que apesar de não se verificar intenção de *turnover* na nossa amostra, 31,9% dos participantes consideraria

mudar de organização se recebesse uma proposta de emprego, correspondendo esta percentagem ao total das opções de concordância com o item 4, e 21,6% dos participantes considera já ter trabalhado neste local o tempo de quis (total das opções de concordância item 6).

O score médio da Escala de Intenção de *Turnover* foi de 2,79 ($s=0,90$), valor inferior ao valor de corte (3,5), pelo que concluímos não existir intenção de *turnover* na nossa amostra. Esta conclusão é conseguida, igualmente, pela análise dos scores médios que resultaram dos dois fatores latentes extraídos pela AFE: no fator “Intenção de sair” verificamos que a média é de 3,1252 ($s=0,95$), enquanto que no fator “Intenção de permanecer” encontramos um valor médio de 5,96 ($s=1,21$), sendo este valor superior ao valor de corte (Quadro 12).

Quadro 12: Scores obtidos na Escala de Intenção de *Turnover* e nos fatores latentes identificados

	Média*	Desvio padrão
Escala de Intenção de <i>Turnover</i>	2,7969	,90421
Fator “Intenção de sair”**	3,1252	,95771
Fator “Intenção de permanecer”***	5,9691	1,21248

*corte=3,5 / **quanto menor melhor / ***quanto maior melhor

Os scores médios da Escala de Intenção de *Turnover* relativamente às variáveis sociodemográficas podem ser verificados nos Quadros que se seguem.

Relativamente à variável sociodemográfica género, o masculino tem maior valor médio na escala de intenção de *Turnover*, no entanto, não se verificam diferenças significativas ($p(95) = 0,865$, $p \geq 0,05$) (Quadro 13).

Quadro 13: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica - Género

Género	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	t-Teste	p-value
Masculino	2,8500	,93350	0,173	0,863
Feminino	2,7921	,90682		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Para a variável estado civil, os participantes Solteiros apresentam maiores valores na escala de intenção de *Turnover*. Porém, após analisarmos os níveis de significância ($p(95) = 0,923$, $p \geq 0,05$) podemos concluir que não existe diferença significativa nos vários grupos em comparação (Quadro 14).

Quadro 14: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – Estado Civil

Estado Civil	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
Solteiro	2,8231	,71081	0,80	0,923
Casado/ União de facto	2,8053	,95539		
Viúvo/ Separado	2,6750	,74017		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Para a variável idade, codificada em escalões etários, verificam-se maiores valores médios no intervalo 32-35 anos, mas como o valor de p ($p(89) = 0,866$, $p \geq 0,05$) concluímos que não existem diferenças significativas nesta variável sociodemográfica (Quadro 15).

Quadro 15: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – Idade em Escalões Etários

Idade em Escalões Etários	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
32-35	3,3200	1,53851	0,453	0,866
36-39	2,8067	,86970		
40-43	2,7700	,89697		
44-47	2,9867	,70495		
48-51	2,6687	,91704		
52-55	2,6278	,87367		
56-59	2,7786	,96888		
60-63	2,8000	1,11654		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Analisando os valores médios obtidos nas várias categorias profissionais, verificamos que este valor é maior no grupo dos enfermeiros gestores, no entanto, como valor de p ($p(94) = 0,064$, $p \geq 0,05$), assim, concluímos que não existem diferenças significativas nas três categorias profissionais (Quadro 16).

Quadro 16: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – Categoria Profissional

Categoria Profissional	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	<i>p-value</i>
Enfermeiro	2,5951	,77780	2,835	0,064
Enfermeiro Especialista	2,8922	,94082		
Enfermeiro Gestor	3,4800	1,17983		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Verificamos que os valores médios da intenção de *Turnover* são maiores nos participantes que apresentam formação pós-graduada (especialidade, mestrado, pós-graduação e douturamento). A análise do valor de p ($p(95) = 0,032$, $p < 0,05$), permite concluir que esta diferença é significativa nos grupos em comparação (Quadro 17).

Quadro 17: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – Habilitações acadêmicas

Habilitações acadêmicas	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	<i>t-Teste</i>	<i>p-value</i>
Formação Base	2,5526	,76077	-2,176	0,032
Formação Pós-Graduada	2,9542	,95904		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Podemos verificar que os valores médios são maiores nos participantes que exercem na USP. A análise dos níveis de significância ($p(92) = 0,029$, $p < 0,05$), permitem concluir a existência de diferenças significativas nos vários grupos em comparação (Quadro 18).

Quadro 18: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – UF atual

UF atual	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
UCC	2,4300	,61993	2,837	0,029
UCSP	3,1739	,85398		
USF	2,6872	,87938		
USP	3,3600	1,52742		
Outra	3,3000	1,27279		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Assim, procedemos ao Teste de Bonferroni (Tabela 13).

Tabela 13: Pos-hoc - Teste de Bonferroni – Intenção de *Turnover* para a variável sociodemografica UF atual

(I) UF atual	(J) UF atual	Diferença média (I-J)	p
UCC	UCSP	-,74391	,064
	USF	-,25723	1,000
	USP	-,93000	,355
	Outra	-,87000	1,000
UCSP	UCC	,74391	,064
	USF	,48668	,307
	USP	-,18609	1,000
	Outra	-,12609	1,000
USF	UCC	,25723	1,000
	UCSP	-,48668	,307
	USP	-,67277	1,000
	Outra	-,61277	1,000
USP	UCC	,93000	,355
	UCSP	,18609	1,000
	USF	,67277	1,000
	Outra	,06000	1,000
Outra	UCC	,87000	1,000
	UCSP	,12609	1,000
	USF	,61277	1,000
	USP	-,06000	1,000

Apesar de ser considerado um teste potente para comparações múltiplas para pequenas amostras, este teste não identificou as UF onde se verifica a diferença significativa.

Para a variável tempo de serviço na profissão, verificamos que os valores médios da intenção de *Turnover* são ligeiramente maiores nos participantes que exercem há 10-18 anos, no entanto, a análise do valor de p ($p(93) = 0,911$, $p \geq 0,05$), permite concluir que esta diferença não é significativa nos grupos em comparação (Quadro 19).

Quadro 19: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na Profissão

Tempo de serviço na Profissão	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p -value
10-18 anos	2,9130	1,05370	0,179	0,911
19-26 anos	2,7378	,70014		
27-34 anos	2,7769	1,01126		
35-42 anos	2,8000	1,01980		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Relativamente ao tempo de serviço na UF atual, verificamos que os valores médios são maiores para os participantes que exercem há 17-32 anos na UF atual, apesar disso, a análise do valor de p ($p(93) = 0,861$, $p \geq 0,05$), permite concluir que esta diferença não é significativa nos grupos em comparação (Quadro 20).

Quadro 20: Score obtido na Escala de Intenção de *Turnover* para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na UF atual

Tempo de serviço na UF atual	Escala de Intenção de <i>Turnover</i> *			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p -value
1-8 anos	2,8045	,95264	0,150	0,861
9-16 anos	2,7333	,84115		
17-32 anos	2,9429	,70411		

*corte=3,5 / $p < 0,05$

Assim, podemos verificar que, com exceção da variável sociodemográfica tempo de serviço na UF atual, para as restantes variáveis sociodemográficas, o score obtido é inferior ao valor de corte (3,5), sendo que a média é mais baixa nas mulheres, nos participantes com estado civil viúvo/ separado, na faixa etária dos 52-55 anos, com a categoria profissional de Enfermeiro, nos participantes que têm formação base, naqueles que exercem na UCC, nos que exercem a profissão entre 19-26 anos e que trabalham na UF atual entre 9-16 anos. Por outro lado, o valor médio da Escala de Intenção de *Turnover* é mais elevado no género masculino, nos participantes solteiros, com idade entre os 32-35 anos, com categoria profissional de enfermeiro gestor, nos enfermeiros com formação pós-graduada, nos enfermeiros que exercem na USP, nos que exercem a profissão entre 10-18 anos e que trabalham na UF atual entre 17-32 anos. Apesar das diferenças de médias referidas anteriormente, apenas se verificam níveis de significância significativos nas variáveis sociodemográficas formação académica e UF atual com valores de $p < 0,05$. Assim, para as restantes variáveis sociodemográficas, concluímos que existe homogeneidade de variâncias sobre a intenção de *Turnover*.

Relativamente aos itens que avaliam o CO, verificámos que 43,3% dos participantes concordam com o item “1.Estou disposto a esforçar-me, para além do que é normal, no sentido de ajudar esta organização a ter sucesso”; 46,4% concordam com o item “2.Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar”; 47,4% dos participantes concordam com os itens “4.Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes” e “5.Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização”; 54,6% dos participantes concordam com o item “6. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização”; 48,5% concordam com o item “7. Sinto-me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar”; 53,6% concordam com o item “8. Interessa-me realmente o destino desta organização” e 41,2% concordam com o item “9.Para mim, esta é o melhor local para trabalhar”. Apesar das respostas referidas anteriormente, 37,1% dos participantes discordam com o item “3. Estou disposto a aceitar praticamente todo o tipo de tarefas de modo a poder continuar a trabalhar nesta organização”, sendo que 19,6% não concordam nem discordam da afirmação (Quadro 21).

Os valores obtidos permitem-nos concluir que os participantes do nosso estudo estão comprometidos com a organização.

Quadro 21: Resultados obtidos pela aplicação do Questionário de CO

Questionário de CO – Gomes (2007)	% Concordância com o item				
	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.Estou disposto a esforçar-me, para além do que é normal, no sentido de ajudar esta organização a ter sucesso.	1.0%	3.1%	11.3%	43.3%	41.2%
2.Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar.	1.0%	8.2%	21.6%	46.4%	22.7%
3.Estou disposto a aceitar praticamente todo o tipo de tarefas de modo a poder continuar a trabalhar nesta organização.	24.7%	37.1%	19.6%	16.5%	2.1%
4.Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes.	1.0%	16.5%	27.8%	47.4%	7.2%
5.Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização.	1.0%	5.2%	22.7%	47.4%	23.7%
6. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização	0%	3.1%	14.4%	54.6%	27.8%
7. Sinto-me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar.	1%	14.4%	17.5%	48.5%	29.9%
8. Interessa-me realmente o destino desta organização.	0%	3.1%	8.2%	53.6%	35.1%
9.Para mim, esta é o melhor local para trabalhar.	3.1%	9.3%	34%	41.2%	12.4%

O score médio do Questionário de CO é de 3,72 ($s=0,66$), valor superior ao valor de corte (2,5), pelo que concluímos que os participantes sentem-se muito comprometidos com a organização onde exercem. O valor referido corresponde, igualmente, ao primeiro fator latente identificado pela AFE, ao qual chamámos “Comprometido com a organização”, pois partilham integralmente todos os itens que avaliam este conceito (Quadro 22).

Quadro 22: Scores obtidos no Questionário de CO

	Média*	Desvio padrão
Questionário de CO	3,7205	,66010
Fator “Comprometido com a organização”**	3,7205	,66010

*corte=2,5 / **quanto maior melhor

Os scores médios do Questionário de CO relativamente às variáveis sociodemográficas podem ser verificados nos Quadros que se seguem.

Relativamente ao género, o valor médio de CO é mais elevado no género masculino, porém, esta diferença não é significativa ($p(95)=0,350$, $p \geq 0,05$) (Quadro 23).

Quadro 23: Score obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica - Género

Género	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	t-Teste	p-value
Masculino	3,9306	,70257	0,939	0,350
Feminino	3,7016	,65704		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

Para a variável estado civil, os participantes viuvos/separados apresentam maiores valores de CO. Porém, após analisarmos os níveis de significância ($p(94)=1,126$, $p \geq 0,05$) podemos concluir que não existe diferença significativa nos vários grupos em comparação (Quadro 24).

Quadro 24: Score obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Estado Cível

Estado Civil	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
Solteiro	3,5556	,68943	1,126	0,329
Casado/ União de facto	3,7193	,66158		
Viúvo/ Separado	4,0000	,57582		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

A variável idade, após codificada em escalões etários, obteve maiores valores médios no intervalo 52-55 anos, no entanto, após análise do nível de significância ($p(89)=0,112$, $p \geq 0,05$) concluímos que não existem diferenças significativas nesta variável sociodemográfica (Quadro 25)

Quadro 25: Score obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Escalões Etários

Escalões Etários	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
32-35	3,6667	,70273	1,730	0,112
36-39	3,5481	,71451		
40-43	3,3889	,46922		
44-47	3,7852	,55312		
48-51	3,7014	,55736		
52-55	4,1235	,57279		
56-59	3,5556	,83717		
60-63	3,8611	,83333		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

A variável categoria profissional obteve valores médios ligeiramente maior no grupo dos enfermeiros. Apesar disso, a análise do valor de p permite-nos concluir que não existem diferenças significativas nas três categorias profissionais ($p(94)=0,631$, $p \geq 0,05$) (Quadro 26).

Quadro 26: Score obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Categoria Profissional

Categoria Profissional	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
Enfermeiro	3,7940	,71387	0,463	0,631
Enfermeiro Especialista	3,6732	,60509		
Enfermeiro Gestor	3,6000	,82627		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

Verificamos que os valores médios de CO são maiores nos participantes que apresentam formação base, no entanto, a análise do valor de p ($p(95)=0,432$, $p \geq 0,05$), permite concluir que esta diferença não é significativa nos grupos em comparação (Quadro 27).

Quadro 27: Score obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Habilitações académicas

Habilitações académicas	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	t-Teste	p-value
Formação Base	3,7865	,72396	0,789	0,432
Formação Pós-Graduada	3,6780	,61819		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

Relativamente à UF atual, podemos verificar que os valores médios são maiores nos participantes que exercem na UCC. A análise dos níveis de significância ($p(92)=0,000$, $p < 0,05$), permitem concluir a existência de diferenças significativas nos vários grupos em comparação (Quadro 28).

Quadro 28: Score obtido no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – UF atual

UF atual	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
UCC	4,1333	,48311	6,340	0,000
UCSP	3,2464	,68654		
USF	3,7920	,57764		
USP	3,7111	,68763		
Outra	3,3889	,86424		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

A análise dos resultados de *Pos-hoc* do Teste de *Bonferroni* permitiu identificar quais os grupos que diferem entre si. Concluimos que existe diferença significativa no CO entre os participantes que exercem na UCC relativamente aos que exercem na UCSP e entre os que exercem na USF em relação aos que exercem na UCSP (Tabela 14).

Tabela 14: *Pos-hoc* - Teste de *Bonferroni* – CO para a variável sociodemografica UF atual

(I) UF atual	(J) UF atual	Diferença média (I-J)	<i>p</i>
UCC	UCSP	,88696*	,000
	USF	,34137	,349
	USP	,42222	1,000
	Outra	,74444	,961
UCSP	UCC	-,88696*	,000
	USF	-,54559*	,005
	USP	-,46473	1,000
	Outra	-,14251	1,000
USF	UCC	-,34137	,349
	UCSP	,54559*	,005
	USP	,08085	1,000
	Outra	,40307	1,000
USP	UCC	-,42222	1,000
	UCSP	,46473	1,000
	USF	-,08085	1,000
	Outra	,32222	1,000
Outra	UCC	-,74444	,961
	UCSP	,14251	1,000
	USF	-,40307	1,000
	USP	-,32222	1,000

*.A diferença média é significativa no nível 0,05.

Para a variável tempo de serviço na profissão, verificamos que os valores médios do CO são ligeiramente maiores nos participantes que exercem há 27-34 anos, no entanto, a análise do valor de *p* ($p(93)=0,288$, $p \geq 0,05$), permite concluir que esta diferença não é significativa nos grupos em comparação (Quadro 29).

Quadro 29: Score obtidos no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na Profissão

Tempo de serviço na Profissão	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
10-18 anos	3,5797	,68490	1,274	0,288
19-26 anos	3,7267	,56813		
27-34 anos	3,9060	,61559		
35-42 anos	3,5556	,93624		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

Relativamente ao tempo de serviço na UF atual, verificamos que os valores médios são maiores para os participantes que exercem há 9-16 anos na UF atual. A análise do valor de p ($p(94)=0,017$, $p < 0,05$) permite concluir que esta diferença é significativa nos grupos em comparação (Quadro 30).

Quadro 30: Score obtidos no Questionário de CO para a variável sociodemográfica – Tempo de serviço na UF atual

Tempo de serviço na UF atual	Questionário de CO*			
	Média	Desvio padrão	One-Way Anova	p-value
1-8 anos	3,6414	,63658	4,266	0,017
9-16 anos	4,0324	,58288		
17-32 anos	3,3968	,83606		

*corte=2,5 / $p < 0,05$

Assim, realizámos comparações multiplas através do Teste *pos-hoc* de *Bonferroni* que nos permitiu verificar que a diferença significativa nas médias do CO se verifica nos participantes que exercem há 9-16 anos relativamente aos que exercem há 1-8 anos (Tabela 15).

Tabela 15: *Pos-hoc* - Teste de *Bonferroni* – CO para a variável sociodemografica - Tempo de serviço na UF atual

Tempo serviço na UF atual	(J)Tempo serviço na UF atual	Diferença média (I-J)	<i>p</i>
1-8 anos	9-16 anos	-,39099*	,035
	17-32 anos	,24459	1,000
9-16 anos	1-8 anos	,39099*	,035
	17-32 anos	,63558	,068
17-32 anos	1-8 anos	-,24459	1,000
	9-16 anos	-,63558	,068

*A diferença média é significativa no nível 0.05.

Verificámos que para o CO todas as variáveis sociodemográficas obtiveram valores médios superiores ao valor de corte (2,5). O CO é mais alto nos homens, nos enfermeiros viúvos /separados, com idade entre os 52-55 anos, com categoria profissional de enfermeiro, com formação base em enfermagem, a exercerem na UCC, nos que exercem a profissão há 27-34 anos e entre 9-16 anos em exercício na UF atual. Apesar das diferenças referidas, concluímos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no CO para as variáveis sociodemográficas UF atual e tempo de exercício na UF atual, com valores de $p < 0,05$. Para as restantes variáveis sociodemográficas, concluímos que existe homogeneidade de variâncias.

2.4- Relação entre as variáveis dependentes em estudo

Utilizámos o Coeficiente de *Pearson* para verificar a relação existente entre a intenção de *turnover* e o CO na nossa amostra.

O coeficiente de *Pearson* varia entre -1 a +1, quanto mais próximo estiver do valor +1 ou do valor -1 maior é o nível de associação. Por outro lado, quanto mais próximo de zero mais fraco será o nível de associação entre as variáveis (Almeida, 2017).

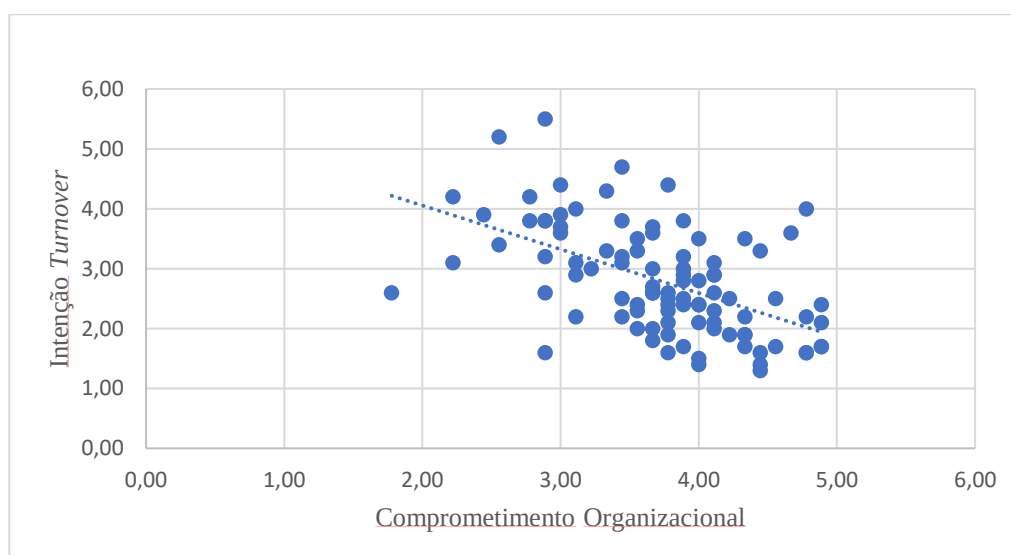
No nosso estudo, ao correlacionarmos a intenção de *turnover* com o CO, obtivemos o valor de $r = -0,534$ ($p < 0,01$), o que mostra existir uma correlação negativa significativa entre elas, significando que uma das variáveis diminui na medida em que a outra aumenta, ou seja, se o CO aumenta verifica-se a diminuição da intenção de *turnover* e se o CO diminui, a intenção de *turnover* aumenta (Quadro 31, Figura 9).

Quadro 31: Coeficiente de *Pearson* entre Intenção de *Turnover* e CO

	Comprometimento Organizacional	
Intenção de <i>Turnover</i>	p	-0,534**
	Sig	0,00

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades) (n=97)

Figura 9: Representação da relação negativa estabelecida entre a Intenção de *Turnover* e o CO



Utilizámos ainda o Coeficiente de *Pearson* para correlacionar os três fatores extraídos pela AFE. Assim, para os fatores “Intenção de sair” vs “Comprometido com a organização”, obtivemos $r = -0,509$ ($p < 0,01$), o que indica existir uma correlação significativa negativa (Quadro 15, Figura 10), ou seja, quando o CO aumenta a intenção de sair diminui ou quando o CO diminui a intenção de sair aumenta. Para os fatores “Intenção de permanecer” vs “Comprometido com a organização”, obtivemos $r = 0,388$ ($p < 0,01$), o que indica a existência de uma correlação significativa positiva, significando que quando o CO aumenta ou diminui, a intenção de permanecer varia no mesmo sentido (Quadro 32, Figura 11).

Quadro 32: Coeficiente de *Pearson* entre os fatores latentes identificados

	Fator “Comprometido com a organização”	
Fator “Intenção de sair”	p	-0,509**
	Sig	0,00
Fator “Intenção de permanecer”	p	0,388**
	Sig	0,00

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades) (n=97)

Figura 10: Representação da relação negativa estabelecida entre o fator Intenção de sair e o fator Comprometido com a Organização

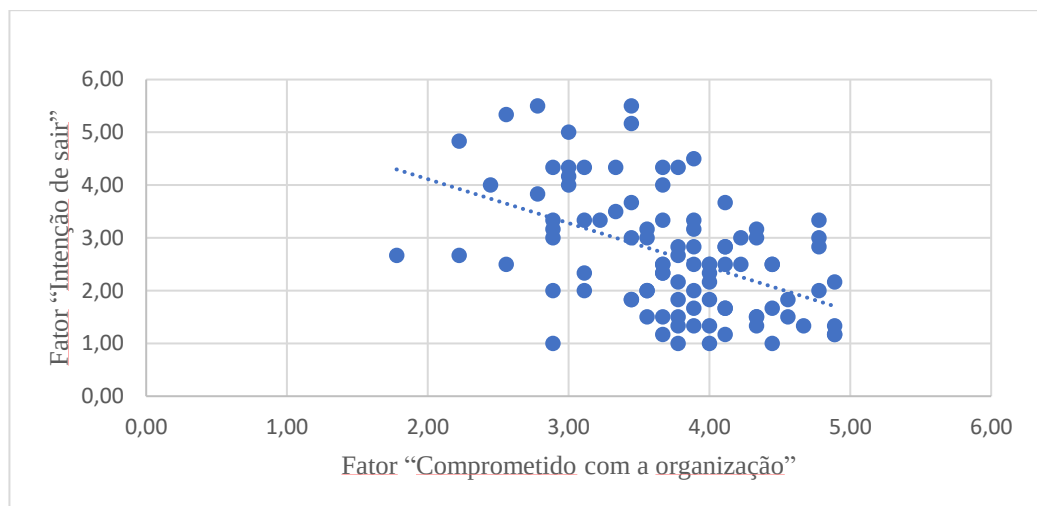
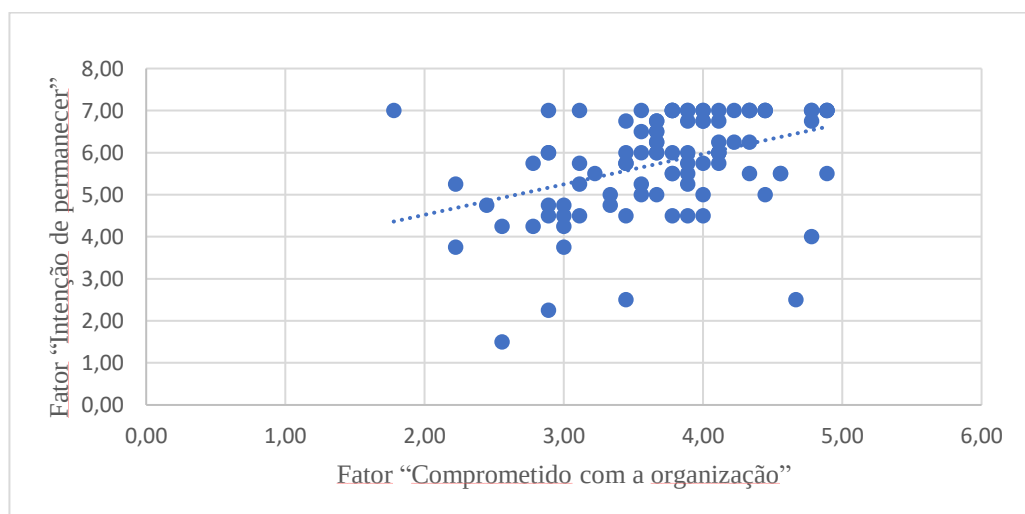


Figura 11: Representação da relação positiva estabelecida entre o fator Intenção de permanecer e o fator Comprometido com a Organização



Por outro lado, analisando a correlação item a item, enumerando os itens de forma sequencial de 1 a 19, sendo que do item 1 ao 10 diz respeito à Escala de Intenção de *Turnover* e do 11 ao 19 diz respeito ao Questionário de CO. Observámos que, de forma global, refletem a correlação negativa verificada na análise da totalidade dos itens que compõem a Escala de Intenção de *Turnover* e o Questionário de CO, bem como a correlação revelada pela totalidade dos itens que compõem os três fatores latentes extraídos.

Para se verificar todas as correlações item a item, iremos analisar os itens e as correlações que dão uma resposta mais direta aos objetivos traçados para este estudo.

Assim, o item “1.Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo” apresenta uma correlação negativa significativa com o item “2.Tenho quase a certeza que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo” ($r = -0,445$, $p < 0,01$) e com o item “10. Planeio deixar este local de trabalho brevemente” ($r = -0,550$, $p < 0,01$), e uma relação negativa fraca com o item “4. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considera-la seriamente” ($r = -0,268$, $p < 0,01$), significando que variam em sentidos opostos (Tabela 16).

Analisando o item “2. Tenho quase a certeza que deixarei o meu local e trabalho num futuro próximo” verificamos que tem uma relação negativa significativa com o item “12. Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar” ($r = -0,412$, $p < 0,01$), com o item “17. Sinto-me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar” ($r = -0,437$, $p < 0,01$), e com o item “19. Para mim, esta é o melhor local para trabalhar” ($r = -0,489$, $p < 0,01$), e apresenta uma relação negativa fraca com o item “14.Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes” ($r = -0,280$, $p < 0,01$), com o item “15.Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização” ($r = -0,359$, $p < 0,01$), com o item “16. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização” ($r = -0,325$, $p < 0,01$) e com o item “18.Interessa-me realmente o destino desta organização” ($r = -0,326$, $p < 0,01$) (Tabela 16).

Analisando o item que “10. Planeio deixar este local de trabalho brevemente” com os itens 11 a 19, que avaliam o CO dos participantes, verificamos que estabelece uma correlação negativa significativa para os itens “16. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização” ($r = -0,412$, $p < 0,01$), “17. Sinto-

me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar” ($r = -0,548$, $p < 0,01$), “18. Interessa-me realmente o destino desta organização” ($r = -0,414$, $p < 0,01$), e “19. Para mim, esta é o melhor local para trabalhar” ($r = -0,486$, $p < 0,01$), e tem uma correlação negativa fraca com os itens “12. Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar” ($r = -0,362$, $p < 0,01$), “14. Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes” ($r = -0,331$, $p < 0,01$) e “15. Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização” ($r = -0,370$, $p < 0,01$) (Tabela 16).

Por último, analisando o item “13. Estou disposto a aceitar praticamente todo o tipo de tarefas de modo a poder continuar a trabalhar nesta organização”, único item da ECO onde se verificou maior concordância com a opção “Discordo”, obtivemos uma correlação positiva significativa com os itens “11. Estou disposto a esforçar-me, para além do que é normal, no sentido de ajudar esta organização a ter sucesso” ($r = 0,412$, $p < 0,01$) e “14. Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes” ($r = 0,449$, $p < 0,01$); obtivemos correlações positivas fracas com os itens 12, 13, 15, 16, 17, 19 ($p < 0,01$) e 18 ($p < 0,05$). Por outro lado, verificou-se existir uma relação negativa fraca com o item “4. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considera-la seriamente” ($r = -0,230$, $p < 0,05$) e com o item “9. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização” ($r = -0,254$, $p < 0,05$) (Tabela 16).

Perante estes resultados, podemos afirmar que, no nosso estudo, identificámos uma correlação negativa significativa entre a intenção de *turnover* e o CO.

Tabela 16: Valores de correlação item a item

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
	1.Eu pretendo ficar no	r	1																	
	Sig.																			
	2.Tenho quase a certeza que	r	-,445**	1																
	3.Decidir ficar ou deixar o ...	r	,338**	1																
	4.Se recebesse outra oferta de...	r	-,268**	,435**	1															
	5.Não tenho nenhuma ...	r	,459**	-,570**	-,252*	1														
	6.Já estive neste local de ...	r	,258*			1														
	7.Estou certo de que ficarei ...	r	,603**	-,333**			1													
	8.Pretendo manter o ...	r	,684**	-,441**	-,274**			,689**	1											
	9.Tenho grandes dúvidas ...	r	,267**		,362**	-,222*		-,190		1										
	10.Planeio deixar este ...	r	-,550**	,683**	,493**	,316**	-,508**	-,451**	-,614**	,331**	1									
	11.Estou disposto a ..	r						,241*	,224*			1								
	12.Digo aos meus amigos ...	r	,274**	-,412**		,313**		,241*	,352**		-,362**	,577**	1							
	13.Estou disposto a ...	r				-,230*	-,105			-,254*		,412**	,346**	1						
	14.Verifico que os meus ...	r	,242*	-,280**		-,357**	-,205*	,294**	,258*	-,300**	-,331**	,604**	,624**	,449**	1					
	15.Sinto orgulho em dizer aos ...	r	,259*	-,359**		-,342**	,232*	,256*	,304**	-,291**	-,370**	,563**	,742**	,265**	,690**	1				
	16.Sinto-me inspirado a ...	r	,200*	-,325**		-,257*	,236*	,250*	,359**	-,290**	-,412**	,411**	,573**	,357**	,538**	,646**	1			
	17.Sinto-me muito contente..	r	,289**	-,437**		-,388**	,309**	,266**	,466**	-,252*	-,548**	,288**	,593**	,321**	,557**	,651**	,739**	1		
	18.Interessa-me realmente ...	r	,313**	-,326**		-,282**	,285**	,291**	,385**		-,414**	,496**	,579**	,228*	,477**	,640**	,558**	,612**	1	
	19.Para mim, esta é o...	r	,323**	-,489**		-,154*	,300**	,304**	,407**	-,289**	-,486**	,369**	,705**	,371**	,610**	,628**	,593**	,686**	,554**	1

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

3-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo analisou a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros em contexto de CSP, através do autopreenchimento de dois questionários selecionados para o efeito.

Obtivemos 83% de taxa de retorno dos questionários entregues, valores semelhantes ou maiores que outros estudos realizados (Labrague, McEnroe-Petitte & Tsaras, 2019). De acordo com a literatura sobre esta questão, parece ser aceite que uma taxa de resposta abaixo de 60% é considerada subótima e uma taxa de resposta de 75% ou mais é considerada boa (Bowling, 2014). Apesar de se desconhecer a opinião da restante população alvo relativamente às variáveis em estudo, a evidência mostra que os enfermeiros são fontes credíveis de informação, cujas opiniões refletem, na generalidade das vezes, a maioria dos elementos da classe (Poghosyan et al., 2014).

A maior parte da amostra foram mulheres (91,75%), a idade média foi de 48 anos (desvio padrão (s) = 7,746), predominantemente casados ou a viverem em união de facto (78,4%). A maioria dos enfermeiros tem formação pós-graduada - especialidade, pós-graduação e mestrado - (59,7%) e detém a categoria profissional de enfermeiro especialista (52,6%). O tempo de exercício na profissão médio é de 24,76 anos (s = 7,637), e o tempo médio de exercício na UF atual é de 6,74 (s = 5,366) anos.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019), existe em Portugal Continental 73 650 enfermeiros, dos quais 82,2% são mulheres e, em 2018, estavam registados na OE apenas 22,5% como enfermeiros especialistas (INE, 2018). Comparativamente a estes dados, podemos verificar que a nossa amostra é composta por uma maior percentagem de mulheres e de enfermeiros com título de especialista. Apesar disso, a nossa amostra não difere muito da amostra de outros estudos, onde a percentagem de mulheres foi superior a 90%, e entre 70 a 90% tinha formação pós-graduada (Hart, 2005; Poghosyan, 2017; Dyo, Kalowes & Devries, 2016; Poghosyan et al. 2014; Nasurdin et al., 2018; Yurumezoglu et al., 2018). Os dados do INE (2019) evidenciam que a enfermagem é uma profissão maioritariamente exercida por mulheres, estando esta proporcionalidade representada na nossa amostra. Por outro lado, o nosso estudo conta com uma percentagem de enfermeiros especialistas

significativa. Esta situação deve-se ao facto de nos últimos anos a ARS ter realizado um concurso público que mobilizou muitos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Diferenciados para os CSP, sendo que ser detentor de título de Enfermeiro Especialista foi valorizado curricularmente. Por outro lado, pode verificar-se uma elevada adesão dos enfermeiros generalistas à frequência de formação especializada, tendo em conta que desde finais de 2017 os sindicatos de enfermagem iniciaram negociações com a tutela para a revisão da carreira, concretizada em 2018 com a atribuição de um suplemento remuneratório transitório e em maio de 2019 pela publicação do Decreto-Lei 71/2019 de 27 de maio, com a implementação da categoria de enfermeiro especialista na carreira, o que levou vários enfermeiros a requererem o título profissional na OE e, assim, reunirem as condições para serem integrados na nova categoria profissional.

Intenção de *turnover* dos enfermeiros em CSP

Os nossos resultados indicam que os enfermeiros da nossa amostra não apresentaram intenção de *turnover*, sendo que obtivemos um *score* médio de 2,79 ($s = ,90$) para a Escala de Intenção de *Turnover*, valor inferior ao ponto de corte (3,5) a partir do qual se considera existir essa intenção. Os restantes resultados corroboram esta conclusão. Analisando os dois fatores extraídos desta escala – intenção de sair e intenção de permanecer, verificámos que o *Score* médio de Intenção de sair foi de 3,12 ($s = ,95$), também este valor inferior ao ponto de corte, mas o *Score* médio de Intenção de permanecer foi de 5,96 ($s = 1,21$), bem acima do valor de corte, refletindo a vontade de ficar na UF ou na organização.

Comparando o valor médio obtido para a escala Escala de Intenção de *Turnover* com os resultados de outros estudos, podemos verificar que os enfermeiros do nosso estudo têm menor intenção de *turnover* (Volk & Lucas, 1991; Nasurdin et al., 2018; Han et al., 2015; Hashish, 2017; Pishgooie et al., 2019), tal como pode verificar-se no Quadro 33.

Quadro 33: Scores da Intenção de *Turnover* em estudos internacionais

Estudos Internacionais	Score médio Escala de Intenção <i>Turnover</i>	Interpretação
Presente estudo* (a)	2.79	↓ corte = 3.5
Volk & Lucas, 1991* (a)	3.79	↑ corte = 3.5
Newhouse, Hoffman, Suflita & Hairston, 2007* (a)	3.38	↓ corte = 3.5
Liu, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012**	3.56	↑ corte = 2.5
Wong & Laschinger, 2015*	2.71	↓ corte = 3.5
Han, Han, An & Lin, 2015**(a)	3.0	↑ corte = 2.5
Hashish, 2017**	2.74	↑ corte = 2.5
Nasuridin, Tan & Khan, 2018**	3.30	↑ corte = 2.5
Pishgooie, Atashzadeh-Shoorideh, Falcó-Pegueroles & Lotfi, 2019** (a)	2.86	↑ corte = 2.5
Labrague, McEnroe-Petitte & Tsaras, 2019**	2.42	↓ corte = 2.5

*Likert 1-7; **Likert 1-5; (a) Utilização Escala de Intenção de *Turnover*

Analisando as respostas da Escala de Intenção de *Turnover* verificamos que a maioria dos participantes não apresenta intenção de sair. Esta conclusão resulta da análise das respostas dos itens 1, 5, 7, e 8, que semanticamente refletem a intenção de permanecer, em que a maioria dos participantes concorda fortemente com as afirmações, assim como da análise dos itens 2, 3, 6, 9 e 10, que semanticamente refletem a intenção de sair, em que a maioria dos participantes discorda fortemente com as afirmações. Assim, podemos verificar que 92,8% dos enfermeiros da nossa amostra têm vontade em permanecer na organização (valor resultante das opções concordo “ligeiramente”, “moderadamente” e “fortemente” com o item 1) e 13,4% referem vontade em realizar *turnover* num futuro próximo (valor resultante das opções concordo “ligeiramente”, “moderadamente” e “fortemente” com o item 2), sendo que 7,3% planeiam concretizar a saída da organização brevemente (valor resultante das opções concordo “ligeiramente”, “moderadamente” e “fortemente” com o item 10). Estes resultados diferem de Aiken et al. (2013), num estudo realizado em 12 países europeus, em contexto hospitalar, que teve como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o APE e a QCE, concluiu que 20 a 40% dos enfermeiros de todos

os países pretendiam deixar o seu local de trabalho atual no próximo ano. Num estudo em CSP, realizado por Almalki et al. (2012), onde pretendeu relacionar a qualidade de vida com a intenção de *turnover* dos enfermeiros na Arábia Saudita, verificou que 40,4% dos enfermeiros manifestou intenção de *turnover* do seu local atual de trabalho. Também no estudo de Volk e Lucas (1991), que teve como objetivo conhecer a influência do estilo de liderança na intenção de *turnover* dos enfermeiros em contexto hospitalar, se verificou que a maioria dos enfermeiros manifestavam intenção de sair e no estudo realizado por Yurumezoglu et al. (2018), que teve como objetivo avaliar a utilização da evidência na gestão em enfermagem, 70,4% dos enfermeiros referia vontade de praticar *turnover* da organização atual.

Apesar de não apresentarem intenção de *turnover*, a nossa amostra apresenta maiores scores nos homens, nos participantes solteiros, na faixa etária mais jovem (32-35 anos), com categoria profissional mais elevada, a exercer na profissão entre 10-18 anos e na UF atual entre 17-32 anos, no entanto, não se verificou significancia estatística nestes grupos. Obtivemos maiores scores de intenção de *turnover*, e com significância estatística, nos participantes com maiores habilitações académicas e em exercício na USP. Estes resultados estão de acordo com a evidencia científica. Estudos que obtiveram diferenças significativas nas variáveis sociodemográficas formação académica/profissional concluíram que os enfermeiros com maior formação procuram realizar uma prática que lhes permita aplicar os conhecimentos avançados que possuem, bem como procuram ser reconhecidos pelas suas competências (Almalki et al., 2012). Por outro lado, a carga de trabalho, a falta de autonomia, a realização de tarefas não relacionadas à prática de enfermagem, tempo limitado para realizar as atividades, entre outras, podem ser alguns dos fatores que levam a que a UF onde o enfermeiro exerce funções tenha impacto na intenção de *turnover* (Almalki et al., 2012; Aiken et al., 2013; Fernet et al., 2017).

Apesar de não termos obtido significância estatística para a maior parte dos variáveis sociodemográficas, os nossos resultados estão de acordo com estudos realizados a nível internacional, onde ficou demonstrada a existência de uma forte associação e correlação positiva entre a intenção de *turnover* e ser mais novo, ser homem, ser solteiro(a) e ter maior nível académico (Almalki et al., 2012; Labrague et al., 2018a; Yurumezoglu et al., 2018), com a posição ocupada na organização, com a categoria profissional e com o local de trabalho (Yurumezoglu et al., 2018). Nos estudos que mostraram a relação da idade e tempo de serviço na profissão com maior

intenção de *turnover*, tinham na sua amostra enfermeiros com menos de 30 anos e com menos de 5 anos de exercício na profissão. Estes tiveram maiores *scores* de intenção de *turnover* relativamente aos enfermeiros mais velhos e, também por isso, relativamente aos enfermeiros com maior tempo de serviço na profissão (Newhouse et al., 2007; Hashish, 2017). Estas duas variáveis estão relacionadas entre si, uma vez que um enfermeiro com menor idade geralmente trabalha há menos tempo do que um enfermeiro mais velho. Assim, apesar de terem maiores *scores* na Escala de Intenção de *Turnover*, os enfermeiros da nossa amostra têm todos idade superior às apresentadas nesses estudos (mais de 32 anos) e exercerem há dez ou mais anos, ainda que alguns deles tenham vindo para o ACES recentemente.

Os resultados obtidos para a Intenção de *Turnover* nos enfermeiros da nossa amostra podem estar relacionados com o facto de ter sido uma opção profissional destes enfermeiros exercerem em CSP, muitos dos quais os integraram após concurso recente. Esta escolha poderá estar relacionada com a importância reconhecida dos CSP, há mais de trinta anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, ao consideraram os CSP como a chave para atingir o nível de saúde que permita a toda a população viver uma vida económica e socialmente produtiva, cuja função principal é a promoção da saúde e a prevenção da doença, sem esquecer as preocupações relacionadas com a eficiência e eficácia na alocação de recursos para responder às necessidades populacionais e de garantir acessibilidade (Entidade Reguladora da Saúde, 2016). A organização específica das atividades de enfermagem nas várias unidades do ACES, por equipas de saúde, por programas de saúde ou em projetos de promoção da saúde direcionadas a grupos, poderá permitir uma maior autonomia dos enfermeiros no trabalho, o que poderá conduzir ao aumento da motivação, o que se traduzirá em maior vontade de permanecer na organização (Fernet et al., 2017). A autonomia profissional é considerada um elemento vital para os enfermeiros e um especto importante de um APE saudável e positivo (Labrague et al., 2019). Por outro lado, o horário de trabalho praticado pelos enfermeiros tem impacto na sua vontade de permanecer ou sair da organização, estando associado menor intenção de *turnover* ao horário normal de trabalho (Brunetto et al., 2016). Yurumezoglu et al. (2018) ao estudar os preditores pessoais e profissionais do *turnover*, do CO e do comprometimento profissional, verificou que os enfermeiros que trabalhavam em horário diurno apresentavam 49% menos de intenção de *turnover* comparativamente com os colegas que trabalhavam por turnos. Em CSP, o horário de

trabalho é realizado entre as oito e as vinte horas, o que poderá permitir aos enfermeiros compatibilizar melhor os horários laborais com as suas necessidades pessoais. Por outro lado, a profissão de enfermagem viu alterada recentemente a carreira, que passou a integrar a categoria de enfermeiro especialista. Desta forma, vários enfermeiros detentores de título de enfermeiro especialista reuniram condições para serem reposicionados na categoria de Enfermeiro Especialista. Viram, por isso, a sua remuneração aumentada. No estudo realizado por Almalki et al. (2012) a baixa remuneração foi associada a maior intenção de *turnover*. Assim, o aumento recente de salário, que uma percentagem significativa de enfermeiros tiveram, poderá justificar os resultados obtidos no nosso estudo, relativamente à intenção de permanecer na organização.

CO dos enfermeiros em CSP

No nosso estudo, os enfermeiros apresentaram-se comprometidos com organização, sendo que obtivemos um valor médio de 3,72 ($s = 0,66$) para a escala de CO, que coincide com o fator latente identificado na análise fatorial realizada. O valor apurado é substancialmente superior ao ponto de corte (2,5), sendo interpretado que quanto mais alta é maior é o grau de comprometimento do enfermeiro com a organização onde exerce.

Após a análise dos itens da escala de CO, verificámos que a larga maioria - 84,5% - dos enfermeiros estão dispostos a esforçarem-se pela organização (valor total de “concordo” e “concordo totalmente” para o item 1), 54,6 % sente que os seus valores pessoais coincidem com os valores organizacionais (valor total de “concordo” e “concordo totalmente” para o item 4), interessando-lhes o destino da organização (88,7%, valor total de “concordo” e “concordo totalmente” para o item 8). Apesar de apenas 18,6% dos participantes referir aceitar todo o tipo de trabalho para se manter na organização (valor total de “concordo” e “concordo totalmente” para o item 3), 53,6% da nossa amostra considera que este é o melhor local para trabalhar (valor total de “concordo” e “concordo totalmente” para o item 9).

Comparando o valor médio obtido para a escala de CO com os resultados de outros estudos, podemos verificar que os enfermeiros do nosso estudo têm maior CO (Nasurdin et al., 2018; Han et al., 2015; Hashish, 2017; Labrague et al., 2019; Liu et

al., 2012; Newhouse et al., 2007; Wong & Laschinger, 2015), tal como pode verificar-se na Quadro 34.

Quadro 34: Scores do CO em estudos internacionais

Estudos Internacionais	Score médio Questionário de CO	Interpretação
Presente estudo**	3.72	↑ corte = 2.5
Newhouse, Hoffman, Suflita & Hairston, 2007* (a)	5.15	↑ corte = 3.5
Liu, Tao, Ellenbecker & Liu, 2012**	3.25	↑ corte = 2.5
Han, Han, An & Lin, 2015**(a)	2.5	(corte = 2.5)
Wong & Laschinger, 2015*	5.20	↑ corte = 3.5
Hashish, 2017**(a)	3.14	↑ corte = 2.5
Nasurdin, Tan & Khan, 2018**	3.40	↑ corte = 2.5
Labrague, McEnroe-Petitte & Tsaras, 2019**	3.13	↑ corte = 2.5

*Likert 1-7; **Likert 1-5; (a) Utilização do Questionário de CO

Na nossa amostra, o score médio de CO foi mais elevado nos homens, nos participantes com estado civil viúvo/separado, na faixa etária dos 52-55 anos, nos participantes com categoria profissional de Enfermeiro, naqueles com formação base, que exercem a profissão há 27-34 anos, ainda que nestas variáveis sociodemográficas não se tenha verificado diferença significativa entre grupos. Obtivemos significância estatística relacionada com a UF de exercício atual e com o tempo de exercício na UF atual. Assim, verificámos que os participantes que exercem na UCC e que exercem entre 9-16 anos na UF atual têm maiores níveis de CO.

Labrague et al. (2018a) citam vários estudos onde a idade, o género, o grau académico, o tempo de serviço na profissão e o tempo de serviço na organização/UF mostraram influenciar o CO do profissional. Também Vagharseyyedin (2016) refere os vários fatores pessoais que podem influenciar o CO concluindo, no entanto, que a influência das características sociodemográficas no CO não é consensual. Ainda, na perspetiva de Neves et al. (2018), que realizou uma avaliação psicométrica das

escalas que avaliam o CO, este resulta da influência conjunta de vários fatores, dos quais as características pessoais fazem parte. No mesmo sentido, Han et al. (2015) referem que um APE conflituoso e a ambiguidade de papéis constituem os fatores organizacionais que mais influenciam os níveis de CO.

Os fatores relacionados com o trabalho, tais como o contexto da prática dos cuidados, poderão exercer uma grande influência sobre a satisfação profissional, a motivação pessoal, o *stress* e o *burnout*, e estes influenciarem o apego, a identificação e a vontade de realizar um esforço considerável pela organização e pelos seus objetivos, tornando-a mais eficiente (Vagharseyyedin, 2016; Wonh & Laschinger, 2015). Por outro lado, Wang et al. (2012) concluíram que o tempo de exercício na mesma UF provavelmente está relacionado com maiores níveis de satisfação profissional e maior identificação com os valores organizacionais, assim como, pela existência de correspondência entre as expectativas pessoais e os objetivos organizacionais.

Os enfermeiros da nossa amostra escolheram exercer em CSP, alguns deles já exercem no ACES há vários anos, outros optaram mais recentemente por se mobilizar para lá. Assim, pode considerar-se que esta escolha poderá ter por base determinadas características associadas ao trabalho neste contexto (Labrague et al., 2018a).

Em CSP os profissionais encontram-se organizados, na maior parte das vezes, em equipas de pequena dimensão, com objetivos similares para as equipas multidisciplinares, sendo imprescindível a colaboração e interajuda. Assim, o trabalho em equipa é fundamental para que se atinjam as metas. O trabalho em equipa corresponde, então, a um grupo formalmente estabelecido de profissionais que trabalham em direção a um objetivo comum e a realização de atividades complementares, que envolvem um apoio mútuo (Brunetto et al., 2013). Por esta razão, o trabalho em equipa leva à reciprocidade social e beneficia a organização, porque uma equipa de profissionais é mais produtiva do que qualquer profissional isolado, apresentando ainda um impacto positivo no CO (Brunetto et al., 2013). Por outro lado, a constituição de pequenas equipas, tais como as várias UF que constituem um ACES, obriga a que se organizem internamente com algum grau de autonomia. Esta circunstância pode proporcionar a perceção de suporte, participação na tomada de decisão e de autonomia profissional, sendo que estas variáveis estão amplamente associadas a maior satisfação no trabalho, melhor desempenho no

trabalho e maiores níveis de CO dos enfermeiros (Labrague et al., 2019). O relacionamento com os colegas de trabalho e a realização de tarefas interessantes contribuem para aumentar a percepção de identificação com os objetivos organizacionais, a empreender mais energia nas atividades realizadas, ao desenvolvimento de sentimentos positivos sobre a organização, condições de trabalho e valor do trabalho, que levam a que o profissional queira manter-se na organização (Brunetto et al. 2013).

Relação entre Intenção de *turnover* e o CO nos enfermeiros em CSP

Usámos o Coeficiente de *Pearson* para identificar a relação existente entre as variáveis em estudo. Para a intenção de *turnover versus* CO obtivemos uma correlação negativa significativa ($r = -0,534$; $p < 0,01$). Seguidamente, procurámos identificar a relação entre os fatores identificados na AFE - Intenção de sair *versus* Comprometido com o trabalho; Intenção de permanecer *versus* Comprometido com o trabalho. Os resultados obtidos permitiram-nos identificar uma relação negativa significativa entre “Intenção de sair vs Comprometido com o trabalho” ($r = -0,480$; $p < 0,01$), e uma relação positiva significativa entre Intenção de permanecer vs Comprometido com o trabalho ($r = 0,397$; $p < 0,01$). Estes resultados sugerem uma correlação negativa significativa entre a intenção de *turnover* e o CO. Os nossos resultados são, assim, similares aos verificados em vários estudos internacionais que estudaram a relação entre estes dois fenómenos (Han et al., 2015; Yurumezoglu & Kocaman, 2012; Brunetto et al., 2016; Hashish, 2017).

No estudo realizado por Yurumezoglu & Kocaman (2012), realizado com enfermeiros gestores, que teve como objetivo comparar os resultados sobre a percepção dos enfermeiros sobre o desempenho dos enfermeiros gestores, antes e após a aplicação da prática baseada na evidência, a satisfação profissional e o CO foram os fatores que mais afetaram a intenção de *turnover*, correlacionando-se negativamente. No estudo de Han et al. (2015), que teve como objetivo conhecer os efeitos de um ambiente de trabalho conflituoso e da ambiguidade de papéis na intenção de *turnover* e os efeitos mediadores do CO e do *burnout*, os resultados evidenciaram a correlação negativa estabelecida entre o CO e a intenção de *turnover*, uma vez que se verificou que os enfermeiros com maiores níveis de CO tiveram menor intenção de *turnover*. Por outro lado, no estudo de Brunetto et al. (2016), que

pretendeu avaliar o impacto do capital psicológico e do apoio pelas chefias na intenção de *turnover*, identificaram-se os contributos da satisfação profissional, do CO e do *stress* na intenção de *turnover*. Neste estudo, foi igualmente verificada a existência de uma correlação negativa entre o CO com a intenção de *turnover*. Desta forma, os vários estudos citados reforçam a importância de estimular o CO dos enfermeiros como forma de promover a retenção dos melhores profissionais e aumentar a sua adesão aos objetivos organizacionais.

Os enfermeiros da nossa amostra mostram ter um CO elevado e uma reduzida intenção de *turnover*. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de, em CSP, os enfermeiros terem maior autonomia no trabalho, o que tem um efeito positivo ao melhorar a motivação do profissional (Fernet et al., 2017). Assim, deve considerar-se que os enfermeiros farão um maior esforço individual se sentirem um ajustamento ou correspondência entre si e a organização onde exercem, e será esta congruência entre a organização e o profissional que poderá culminar em vários resultados positivos para a organização (Newhouse et al., 2007). Desta forma, maior dedicação estará relacionada com uma maior motivação do profissional, que proporciona a sensação de maior controlo no trabalho, diminuindo a pressão, aumentando o CO e diminuindo a intenção de *turnover* (Fernet et al., 2017). Por outro lado, o facto de em CSP as UF serem constituídos por equipas multidisciplinares de pequenas dimensões, e de existirem objetivos muito específicos e concretos, que são transversais a todos os grupos profissionais, poderá proporcionar a perceção de um ambiente de suporte e entreajuda. A evidência mostra a importância de APE onde existe compreensão e suporte, como sendo aqueles onde se verificam maiores níveis de CO e de satisfação profissional, bem como valores mais baixos de intenção de *turnover* (Hashish, 2017). A integração recente na categoria profissional de enfermeiro especialista por grande parte da nossa amostra, e a conseqüente valorização salarial, poderá, igualmente, ter condicionado os resultados encontrados, pois parte dos enfermeiros viram reconhecidas as suas competências profissionais, sentindo-se valorizados. Assim, a perceção de valorização do papel do enfermeiro na organização, e a possibilidade de progressão na carreira, pode igualmente ter contribuído para os resultados encontrados. Nesta linha de pensamento, a evidência reforça a importância das políticas de reconhecimento e recompensas como sendo uma estratégia para promover a manutenção dos enfermeiros, uma vez que estes apresentam altas

expectativas de que a organização lhes reconheça o mérito e esforço pelo empenho realizado (Hashish, 2017).

Podemos, portanto, afirmar que, para a nossa amostra, o CO tem uma relação negativa significativa com a intenção de *turnover*. Os nossos resultados são importantes uma vez que permitem orientar os gestores em enfermagem e os administradores a desenvolverem estratégias para manter os enfermeiros na organização (Yurumezoglu et al., 2018), motivados e empenhados para as metas organizacionais, com elevado CO pelo papel que este desempenha na intenção de *turnover*. Os enfermeiros gestores são, por isso, o elemento chave pelo seu papel no APE e pela sua capacidade de influenciar a intenção de *turnover* da equipa de enfermagem (Yurumezoglu & Kocaman, 2012), sendo que a redução do *turnover* é uma oportunidade para a gestão organizacional promover melhores condições de trabalho, o acesso ao desenvolvimento profissional através do estímulo à frequência de educação formal (Aiken et al., 2013), que permita o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados de alta qualidade, dando suporte e apoio como estratégia específica para aumentar o CO e reduzir a intenção de *turnover* (Shacklock et al., 2014).

Limitações do estudo

Este estudo limitou-se a grupo de enfermeiros que exerce funções em CSP, distribuídos pelas várias UF de um ACES da região de Lisboa.

Consideramos que os resultados obtidos podem ter sido condicionados por vários fatores. A nossa mostra foi constituída por um número reduzido de enfermeiros de género masculino e de enfermeiros gestores. Por outro lado, o facto de existir apenas uma UCC e um reduzido número de participantes de algumas UF's pode, de alguma forma, ter provocado nos participantes a sensação de que as suas respostas pudessem ser identificadas facilmente. Assim, pensamos que estudos futuros devem ser realizados com amostras de maior dimensão de forma a incluir enfermeiros de vários ACES.

Temos ainda a considerar a utilização dos questionários. Estes podem ter restringido as respostas obtidas, por deixar para os participantes a interpretação das perguntas. Estudos qualitativos ou de metodologia mista podem permitir que os

enfermeiros expressem as suas percepções sobre o fenómeno em estudo, dando a oportunidade de esclarecer pormenores que não são recolhidos por ferramentas de autorrelato.

O facto de o nosso estudo ter sido feito pouco tempo após a transição para a nova carreira de enfermagem pode ter provocado o aumento da percepção de valorização e reconhecimento organizacional e esta percepção ter influenciado as respostas obtidas, sendo por isso necessário mais estudos que permitam comparar esta situação.

Apesar destas limitações, o estudo forneceu dados importantes e contribuiu significativamente para aumentar o conhecimento científico sobre a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros em CSP em Portugal, estudo ainda não realizado até ao momento. Por esta razão, acreditamos que os resultados do nosso estudo podem contribuir para que os enfermeiros gestores e os decisores políticos compreendam o impacto da intenção de *turnover* para a concretização do *turnover* e da importância de elevados níveis de CO para mitigar este problema organizacional.

CONCLUSÃO

Constantemente, os enfermeiros tomam decisões importantes sobre a saúde e bem-estar dos clientes e famílias, dando-lhe o apoio necessário perante a adversidade da situação clínica e/ou do contexto individual (Brunetto et al. 2016). A diminuição do *turnover* é, por isso, um assunto da maior importância para as organizações de saúde, uma vez que o *turnover* de enfermeiros experientes tem consequências nos serviços de saúde, assim como para os profissionais que aí trabalham (Almalki et al, 2012). A evidência científica relaciona a intenção de *turnover* com a prática do *turnover* (Han et al., 2015). Nos vários trabalhos consultados, também é estabelecida a relação negativa entre intenção de *turnover* com o CO.

É necessário que os enfermeiros estejam motivados, empenhados e comprometidos com a organização para conseguirem proporcionar os melhores cuidados aos seus clientes, mantendo a performance das organizações e estas, mantenham os melhores profissionais. Os enfermeiros comprometidos com a organização têm menor intenção de realizar *turnover*. Para a organização, é vital reduzir a saída de profissionais integrados e experientes, o que implica a perda de conhecimento e de experiência adquirida, forçando a organização a perder tempo e dinheiro para integrar e treinar outro profissional para substituir aquele que saiu.

É, por isso, considerado custo-efetivo avaliar a intenção de *turnover*, uma vez que permite instituir medidas organizacionais corretivas que promovam menor intenção de *turnover* (Han et al., 2015), bem como estimular o CO, pois sabe-se que os enfermeiros que experienciam sentimentos positivos com a organização sentem-se mais satisfeitos com o seu trabalho e desenvolvem um forte desejo de nela permanecer (Shacklock et al., 2014, Labrague et al., 2018a) ficando, por isso, evidente que os efeitos positivos do CO elevado verificam-se para a organização mas também para o próprio profissional.

Por esta razão, é de todo o interesse do enfermeiro gestor conhecer estas variáveis, pois o sucesso de uma organização está diretamente relacionado com a sua liderança (Bahadori, 2016), através das várias abordagens que implementa para atingir os objetivos organizacionais. Assim, eles influenciam as equipas para atingir os objetivos e a visão da organização, guiando e motivando-as (Pishgooie et al., 2019, Fernet et al., 2017), ao mesmo tempo que podem influenciar as políticas

organizacionais e implementar estratégias concretas para reter os melhores profissionais, fazendo sobressair deles o seu maior potencial (Brunetto et al., 2016).

Dada a importância destas duas variáveis para a QCE, realizámos este estudo com o objetivo de conhecer a intenção de *turnover* e o CO dos enfermeiros em CSP. Pela aplicação da Escala de Intenção de Turnover (Sul & Lucas, 2020), obtivemos o valor médio de 2,79, inferior ao valor de corte, o que significa que a nossa amostra tem baixa intenção de *turnover*. Assim, verificámos que apenas 13,2% dos enfermeiros pretendem sair do seu local de trabalho atual, no entanto, se recebessem uma proposta de emprego interessante 31,9% consideraria realizar *turnover*. Pela aplicação do Questionário de CO (Gomes, 2007), obtivemos o valor médio de 3,72, superior ao valor de corte, o que significa que a nossa amostra tem elevado CO. Neste sentido, 84,5% dos enfermeiros sentem-se dispostos a esforçarem-se pela organização e 54,6% considera que os seus valores pessoais e os valores organizacionais são semelhantes. Da utilização do Coeficiente de Pearson, os resultados evidenciam a existência de uma correlação negativa significativa entre a intenção de *turnover* e o CO. Esta relação negativa entre as variáveis estudadas mostra a importância de se promover elevados níveis de CO nos enfermeiros para que estes se mantenham na organização e se verifiquem baixos níveis de intenção de *turnover*.

A análise dos resultados do nosso estudo pode orientar os enfermeiros gestores na implementação de estratégias que permitam minimizar a problemática do *turnover* e da intenção de *turnover* nas suas equipas, considerando a influência que estes exercem na promoção de CE de qualidade. Assim, os enfermeiros gestores devem realizar o diagnóstico da sua equipa relativamente à intenção de *turnover*, como forma de antecipar ou mitigar um problema. Este diagnóstico de situação proporcionar-lhe-á informação de extrema importância para a tomada de decisões relativamente à implementação de mudanças organizacionais que promovam nos enfermeiros sentimentos de comprometimento com a organização, como forma de diminuir a intenção de *turnover*. A promoção da autonomia profissional, equipas com dotações adequadas, dar apoio e suporte aos enfermeiros, proporcionar desenvolvimento na carreira, tal como o estímulo à formação especializada, podem ter um forte impacto na QCE. A promoção de políticas salariais justas, que respondam às expectativas de progressão na carreira, aliadas ao reconhecimento do papel que os enfermeiros desempenham dentro da equipa multidisciplinar devem ser,

igualmente, uma preocupação da gestão em enfermagem, já que contribuem para a percepção de um ambiente justo. Por outro lado, estimular a coesão na equipa de enfermagem e bom relacionamento entre a equipa multidisciplinar, bem como proporcionar a realização de tarefas e projetos interessantes contribuem para aumentar a percepção de identificação com os objetivos organizacionais, estimulando nos enfermeiros a vontade de querer empreender mais energia nas atividades realizadas, levando ao desenvolvimento de sentimentos positivos sobre a organização, sobre as condições de trabalho e do valor do trabalho, culminando na vontade de querer manter-se na organização. A compatibilização entre o horário laboral e as necessidades pessoais dos enfermeiros devem ser tida em conta, já que permitem melhorar a concentração nos objetivos organizacionais, ao mesmo tempo que tem um grande impacto na redução da intenção de *turnover*.

Este estudo parte de uma problemática concreta do contexto de cuidados e corresponde à necessidade de desenvolver o conhecimento sobre a realidade dos CSP, contribuindo para aumentar a evidência científica sobre a intenção de *turnover* e o CO no contexto português. Os resultados encontrados poderão, portanto, contribuir para a tomada de decisão fundamentada e inteligente por parte do enfermeiro gestor, apoiada em resultados credíveis, que foram analisados de forma isenta e rigorosa, e comparados com a evidência científica internacional mais recente. Por outro lado, permitem uma reflexão crítica que poderá impulsionar o desenvolvimento contínuo da disciplina de enfermagem e da própria profissão, uma vez que contribui para consolidar o conhecimento da disciplina ao nível do saber e da ciência, sendo um forte contributo para a visibilidade social.

Apesar da importância reconhecida dos CSP na saúde da população em geral, poucos são os estudos realizados internacionalmente sobre o tema neste contexto, e em Portugal este estudo ainda não tinha sido realizado. Mais estudos são necessários, noutros ACES e ao longo de tempo, de forma a extrair conclusões que possam ser generalizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Heede, K. V. D., Sloane, D., Busse, R., Mckee, M. ... & Kutney-Lee, A., (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 33, 1-14. Doi:10.1136/bmj.e1717.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Heede, K. V. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143-153. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.
- Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E. T., Galiano, A., Soto, P. ... & Smith, H. T. (2018). Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 322-327.
- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Research* (12) 314. Doi:1472-6963/12/314.
- Anderson, V. L., Johnson, A. N., Massey, D. & Bamford-Wade, A. (2018). Impact of MAGNET hospital designation on nursing culture: an integrative review. *Contemporary Nurse* (54), 483-510. Doi:10.1080/10376178.2018.1507677.
- Andrade, A. C. (2007). A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 96-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a18v60n1.pdf>.
- American Organization of Nurse Executives (2015). *AONE Nurse Executive Competencies*. Chicago. Disponível em: <http://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml>.
- Apóstolo, J. L., Tanner, B. R. & Arfken, C. L. (2012). Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Depression Anxiety Stress Scales-21. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3). Doi:10.1590/S0104-11692012000300022.
- Archibald, M. M. & Barnard, A. (2018). Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care, *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2473–2480. Doi:10.1111/jocn.14081.

- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarstrom, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I. ... & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout. *BMC Public Health*, 17, 264. Doi:10.1186/s12889-017-4153-7.
- Ayamolowo, A. J., Irinoye, O. & Oladoyin, M. A. (2013). Job satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 531-532. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27.%20Ayamolowo%20.pdf>.
- Bahadori, A., Peyrovi, H., Ashghali-Farahani, M., Hajibabaei, F. & Haghani, H. (2016). The relationship between nursing leadership and patient satisfaction. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(10), 134-141. Disponível em: www.ijmrhs.com.
- Bachnick, S., Ausserhofer, D., Baernholdt, M. & Simon, M. (2017). Patient-Centered Care, Nurse Work Environment and Implicit Rationing of Nursing Care in Swiss Acute Care Hospitals: a cross-sectional multi-center study. *International Journal of Nursing Studies*. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007.
- Barkhordari-Sharifabad, M., Ashktorab, T. & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Ethical competency of nurse leaders: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 25(1), 20–36. Doi:10.1177/0969733016652125.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigation health and health services* (4ª Ed.). Open University Press, Berkshire, Inglaterra.
- Bradshaw, A. (2010). Is the ward sister still relevant to the quality of patient care? A critical examination of the ward sister role past and present. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23/24), 3555–3563. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03374.x.
- Brunetto, Y., Xerri, M. , Shriberg, A. , Farr-Wharton, R. , Shacklock, K. , Newman, S. & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786–2799. Doi:10.1111/jan.12165.

- Brunetto, Y., Rodwell, J. R., Shacklock, K., Farr-Wharton, R. & Demir, D. (2016). The impact of individual organizational resources on nurses outcomes and intent to quit. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 3093-3103. Doi:10.1111/jan.13081.
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Millenium*, 2(11), 57-64. Doi:10.29352/mill0211.06.00274.
- Chen, J., Ramalhal, M. T. & Lucas, P. (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar – uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 29-42. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-29-42.pdf
- Copanitsanou, P., Fotos, Nikolas & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing* 26(3), 172-176. Doi:10.12968/bjon.2017.26.3.172.
- Dalmoro, M. & Vieira, K. M. (2013). Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: O Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? *Revista Gestão Organizacional*, 6, 161-174. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/viewFile/1386/1184>
-
- Dall'Ora, C. , Ball, J., Reinius, M. & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, 41. Doi:10.1186/s12960-020-00469-9.
- Doucette, J. N. (2017). Transforming the Role of the Nurse Manger: A Call to Action. *Journal of Nursing Administration*, 47(10), S2. Doi:10.1097/NNA.0000000000000527.
- Dyo, M., Kalowesb, P. & Devries, J. (2016). Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, 42—48. Doi:10.1016/j.iccn.2016.04.003.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *Health Services Research*, 12, 286. Doi:10.1186/1472-6963-12-286.

- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M. & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal of Quality in Health Care*, 25(2), 110-117. Doi:10.1093/intqhc/mzt019.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Homer, C., Buchan, J. & Dimitrelis, S. (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2703-2712. Doi:10.1111/Jan.12483.
- Entidade Reguladora da Saúde (2016). Estudo Sobre As Unidades De Saúde Familiar E As Unidades De Cuidados De Saúde Personalizados. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS -
_Estudo_USF_e_UCSP_-_final_v.2_.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final_v.2_.pdf).
- Esmaeili, M., Cheraghi, M. A. & Salsali, M. (2014). Barriers to Patient-Centered Care: A Thematic Analysis Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 2- 8. Doi:10.1111/2047-3095.12012.
- Falatah, R. & Conway, E. (2018). Linking relational coordination to nurses' job satisfaction, affective commitment and turnover intention in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Management*, 27, 715-721. Doi:10.1111/jonm.12735.
- Feo, R. & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1-11. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006.
- Fernet, C., Trépanier, S. G., Demers, M. & Austin, S. (2017). Motivational pathways of occupational and organizational turnover intent among newly registered nurses in Canada. *Nursing Outlook*, 65, 444-454. Doi:10.1016/j.outlook.2017.05.008.
- Filkman, M. & Salantera, S. (2015). Early career experiences and perceptions – a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*, 23, 1050-1057. Doi:10.1111/jonm.12251.
- Formiga, J. M. & Germano, R. M. (2005). Por dentro da história: o ensino de Administração em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 222-226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a19.pdf>.

- Frello, A. T. & Carraro, T. E. (2013). Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão sistemática da Literatura. *Escola Anna Nery*, 17(3), 573 – 579. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0573.pdf>.
- Galletta, M., Portoghese, I., Carta, M., D'Aloja, E. & Campagna, M. (2016). The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and Turnover Intention in Nurses. *Research in Nursing & Health*, 39, 375–385. Doi:10.1002/nur.21733.
- Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. A., Miguel-Montoya, I. & Martínez-Riera, J.R. (2018). Essential elements of professional nursing environment in Primary Care and their influence of the quality of care. *Enfermería Clínica*, 28(1), 27-35. Doi:10.1016/j.enfcli.2017.07.008.
- Gilmartin, H. M. & Sousa, K. H. (2016). Testing the Quality Health Outcomes Model Applied to Infection Prevention in Hospitals. *Quality Management in Health Care*, 25(3), 149-161. Doi:10.1097/QMH.0000000000000102.
- Goktepe, N., Turkmen, E., Badir, A., Hayta, O., Yakar, A.H., Kocaeli, B. & Buyukgonenc, L. A. (2018). Development of Managerial Competencies for First-level Nurse Managers in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1096-1103. Disponível em: https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/52_goktepe_original_10_2.pdf.
- Gray, J. R., Grove, S. K. & Sutherland, S. (2017). *Burns And Grove's The Practice of Nursing Research, Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8ª Ed.). Elsevier, Estados Unidos da América.
- Gunawan, J. & Aungsuroch, Y. (2017). Managerial competence of first-line nurse managers: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1), e12502. Doi:10.1111/ijn.12502.
- Gunawan, J., Aungsuroch, Y. & Fisher, M. L. (2017). Factores contributing to managerial competence of first-line nurse managers: A sistematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 24 (1), e12611. Doi:10.1111/ijn.12611.
- Han, S. S, Han, J. W., An, Y. S. & Lim, S. H. (2015). Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effects of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, 287-296. Doi:10.1111/jjns.12067.

- Hart, S. E. (2005). Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover Intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 173-177. Doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00030.x.
- Hashish, E. A. (2017). Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*, 24(2), 151-166. Doi:10.1177/0969733015594667.
- Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2016. Lisboa: INE, 2018.
Disponível em: [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/277095050>](http://www.ine.pt/xurl/pub/277095050). ISSN 2163-1637. ISBN 978-989-25-0439-1.
- Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 29/04/2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCo d=0008198&contexto=bd&selTab=tab2
- Jasper, M. A. (2012). Nursing managers – a professional scope of responsibilities. *Journal of Nursing Management*, 20, 431–432. Doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01430.x.
- Jennings, B. M., Scalzi, C. C., Rodgers, J. D. & Keane, A. (2007). Differentiating nursing leadership and management competencies. *Nursing Outlook*, 55, 169-175. Doi:10.1016/j.outlook.2006.10.002.
- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S. & Pal, D. K. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7(4), 396-403. Doi:10.9734/BJAST/2015/14975.
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J. & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of Care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423-434. Doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x.
- Kitson, A., Marshall, A., Basset, K. & Zeitz, K. (2012). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15. Doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x.
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013a). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, Australia: School of Nursing. Disponível em:

https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf.

- Kitson, A., Robertson-Malt, S. & Conroy, T. (2013b). Identifying the Fundamentals of Care within Cochrane Systematic review: The role of the Cochrane Nursing Care Field Fundamentals of Care Node. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 109-115. Doi:10.1111/ijn.12059.
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a point-of-care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99-107. Doi:10.1097/NNR.0000000000000271.
- Kiwanuka, F., Shayan, S. & Tolulope, A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing Open*, 6, 676–684. Doi:10.1002/nop2.253.
- Kim, M. H. & Yi, Y. J. (2019). Impact of leader-member-exchange and team-member-exchange on nurses' job satisfaction and turnover intention. *International Nursing Review*, 66, 242–249. Doi:10.1111/inr.12491.
- Koskenvuo, J., Numminen, O. & Suhonen, R. (2019). Ethical climate in nursing environment: A scoping review. *Nursing Ethics*, 26(2), 327–345. Doi:10.1177/0969733017712081.
- Krestainiti, E. & Prezerakos, P. (2014). Organizational Commitment of the Nursing Personnel in a Greek National Health System Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 252-257. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/6a1e/bd3aaeb53f2fdf79aeffe0ae2e946cc92a16.pdf?_ga=2.160283517.1352609150.1586883007-557283270.1586883007.
- Kruse, M. H. (2006). Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 403-410. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea04.pdf>.
- Kurnat-Thoma, E., Ganger, M., Peterson, K. & Channell, L. (2017). Reducing Annual Hospital and Registered Nurse Staff Turnover—A 10-Element Onboarding Program Intervention. *SAGE Open Nursing*, 3, 1–13. Doi:10.1177/2377960817697712.

- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Tsaras, K., Cruz, J. P., Colet, P. C. & Gloe, D.S. (2018a). Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 403-408. Doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.001.
- Labrague, L. J., Petitte, D. M., Tsaras, J. P., Leocadio, M. C. & Bogaert, P. V. (2018b). Perceptions of organizational support and its impact of nurses' job outcomes. *Nursing Forum*, 53, 339-347. Doi:10.1111/nuf.12260.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M. & Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 25, e12711. Doi:10.1111/ijn.12711.
- Laschinger, H. K. & Leiter, M. P. (2006). The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes – The Mediating Role of Burnout/Engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267. Doi:10.1097/00005110-200605000-00019.
- Leiter, M. P, & Laschinger, H. K. (2006). Relationships of Work and Practice Environment to Professional Burnout - Testing a Causal Model. *Nursing Research*, 55(2), 137-146. Doi:10.1097/00005110-200605000-00019.
- Liu, K., You, L., Chen, S., Hao, Y., Zhu, X., Zhang L. & Aiken, A. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1476–1485. Doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x.
- Matinolli, A. M, Mieronkoski, R. & Salantera, S. (2019). Health and medical device development for fundamental care: Scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–10. Doi:10.1111/jocn.15060.
- Marôco, J. (2024). *Análise de Equações Estruturais – Fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (2ª Ed.). ReportNumber, Pêro Pinheiro, Portugal.
- Menezes, I. G., Aguiar, C. V. & Bastos, A. V. (2016). Comprometimento Organizacional: questões que cercam sua natureza e os seus limites conceptuais. *Psicologia em Revista*, 22(3), 768-789. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n3/v22n3a14.pdf>.

- Meyer, J. P. & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. Doi:10.1016/1053-4822(91)90011-Z.
- McCane, T. J. & Sambrook, S. (2014). Psychological contracts and commitment amongst nurses and nurse managers: A discourse analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 954-967. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.012.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. Doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S. & Jennings, B. M., (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46. Doi:10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x.
- Mitchell, P. H. & Lang, N. (2004). Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality: Has the Quality Health Outcomes Model Been Useful? *Medical Care*, 42(2), II-4-II-11. Doi:10.1097/01.mlr.0000109122.92479.fe.
- Moghaddama, N. M., Jamea, S. Z., Rafieib, S., Saremc, A. A., Ghamchilid, A. & Shafiie, M. (2018). Managerial competencies of head nurses: a model and assessment tool. *British Journal of Nursing*, 27(21), 2-9. Doi:10.12968/bjon.2019.28.1.30.
- Mowday, R. T., Steers, R. M. & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247. Disponible en: https://www.academia.edu/3379532/The_measurement_of_organizational_commitment_1.
- Mowday, R. T., Porter, L. W. & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: the Psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press, Estados Unidos da América.
- Moreno, A. P., Gallardo, P. S., Arnedo, C. F., Molina, L. S., Calatayud, M. L., Martín, A. B. ... & Gómez, J. P. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atención Primaria*, 45(9), 476-485. Doi:10.1016/j.aprim.2012.12.015.

- Nasurdin, A. M., Tan, C. L. & Khan, S. N. (2018). The relation between Turnover Intention, High Performance Work Practices (HPWPs), and Organizational Commitment: A Study among Private Hospital Nurses in Malaysia. *Asian Academy of Management Journal*, 23(1), 23-51. Doi:10.21315/aamj2018.23.1.2.
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. - A., Thienthong, H. & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64, 91–98.
- Neves, T.; Rodrigues, V; Graveto, J. & Parreira, P. (2018). Escala de eventos adversos associados às práticas de enfermagem: estudo psicométrico em contexto hospitalar português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3093. Doi:10.1590/1518-8345.2595.3093.
- Nogueira, L. S., Sousa, R. M., Guedes, E. S., Santos, M. A., Turrini, R. N. & Cruz, D. A. (2018). Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 336-42. Doi:10.1590/0034-7167-2016-0524.
- Nunes, E. M. & Gaspar, M. F. (2014). Modelo de Comportamento Organizacional de Meyer e Allen: Estudo com os Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 18(1), 14-26. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo2_14_26.pdf.
- Pegram, A .M., Grainger, M., Sigsworth, J. & While, A. E. (2014). Strengthening the role of the ward manager: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22, 685-696. Doi:10.1111/jonm.12047.
- Pentecost, C., Frost, J., Sugg, H. V., Hilli, A., Godwin, V. A. & Richards, D. A. (2019). Patients' and nurses' experience of fundamental nursing care: A sistematic review and quality synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–25. Doi:10.1111/jocn.15082.
- Pinho, A. P., Silva, C., Oliveira, E. & Oliveira, L. (2018). Comprometimento Organizacional: Análise sobre escalas validadas no Brasil e nova evidência de validade do modelo tridimensional. *IV Congresso Lusófono De Comportamento Organizacional E Gestão - Universidade Presbiteriana Mackenzie*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/328161247>.

- Pishgooie, A. H., Shooridenh, F. A. & Pegueroles, A. F., Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, 27, 527-534. Doi: 10.1111/jonm.12707.
- Poghosyan, L., Shang, J., Lui, J., Poghosyan, H., Lui, N. & Berkowitz, B. (2014). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice in New York State and Massachusetts. *Health Care Management Review*, 00(0), 00-00. Doi:10.1097/HMR.0000000000000010.
- Poghosyan, L., Shang, J., Liu, J., Poghosyan, H., Liu, N. & Berkowitz, B. (2015). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environment in New York State and Massachusetts. *Health Care Management Review*, 40(1), 46-55. Doi:10.1097/HMR.0000000000000010.
- Poghosyan, L., Boyd, D. R. & Clarke, S. P. (2016). Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: A proposed conceptual model. *Nursing Outlook*, 64(2), 146-155. Doi:10.1016/j.outlook.2015.11.015.
- Poghosyan, L., Lui, J., Shang, J. & D'Aunno, T. (2017). Practice Environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*, 42(2), 162-171. Doi:10.1097/HMR.0000000000000094.
- Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A. & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2179–2188. Doi:10.1111/jocn.14150.
- Robin P., Newhouse, R. P., Hoffman, J. J., Suflita, J. & Hairston, D. P. (2007). Evaluating an Innovative Program to Improve New Nurse Graduate Socialization Into the Acute Healthcare Setting. *Nursing Administration Quarterly*, 31(1), 50–60. Doi:10.1097/00006216-200701000-00013.
- Rueda, F. J. (2015). Análise fatorial confirmatória da Escala de Satisfação no Trabalho nas versões de 25 e 15 itens. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(1), 82-88. Doi:10.17652/rpot/2015.1.436.

- Sanaranayake, D. A., Gellatly, I. & Cummings, G. (2018). A contextual work-life experience model to understand nurse commitment and turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 2053-2063. Doi:10.1111/jan.13718.
- Shacklock, K., Brunetto, Y., Teo, S. & Farr-Wharton, R. (2014). The role of support antecedents in nurses' intentions to quit: the case of Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 811-822. Doi:10.1111/jan.12239.
- Shuman, C. J., Ploutz-Snyder, R. J., 1 & Titler, M. G. (2017). Development and Testing of the Nurse Manager EBP Competency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 1–16. Doi:10.1177/0193945917728249.
- Sul, S. I .R. & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 00, 1-7. Doi:10.1002/nop2.521.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A research-based Model of Clinical Judgement in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. Disponível em:
http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf.
- Tecedeiro, M. (2010). Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: O narcisismo como variável preditora da síndrome de burnout. *Análise Psicológica*, 2 (XXVIII), 311-320. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v28n2/v28n2a06.pdf>.
- Twigg, D. & McCullough, K. (2014). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 85-92. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015.
- Volk, M. C. & Lucas, M. D. (1991). Relationship of Management Style and Antecipated Turnover. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 10(1), 35-40. Doi:10.1097/00003465-199101000-00008.
- Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. & Xiaohong, L. (2012). Job Satisfaction, occupational commitment and intention to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 86(3), 539-549. Doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05755.x.

- Wang, Y., Li, Z., Wang, Y. & Gao, F. (2017). Psychological Contract and Turnover Intention: The Mediating Role of Organizational Commitment. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 5, 21-35. Doi:10.4236/jhrss.2017.51003.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, J. & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 287-300. Doi:10.1016/j.ijnss.2018.04.010 2352-0132.
- Wong, C. A. & Laschinger, H. K. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1824-1833. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.09.006.
- Yurumezoglu, H. A. & Kocaman, G. (2012). Pilot Study for evidence-based nursing management: Improving the levels of job satisfaction, organizational commitment, and intent to leave among nurses in Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 14, 221-228. Doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00682.x.
- Yurumezoglu, H. A., Kocaman, G. & Haydari, S. M. (2018). Predicting nurses' organizational and professional turnover intentions. *Japan Journal of Nursing Science*. Doi:10.1111/jjns.12236.
- Yu, M. & Lee, H. (2018). Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. *Japan Journal of Nursing Science* (15), 351-362. Doi:10.1111/jjns.12210.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L. & Varn-Davis, N. (2019a). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67-84. Doi:10.4037/ccn2019605.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L. & Varn-Davis, N. (2019b). Frontline Nurse Manager and Chief Nurse Executive Skills: Perceptions of Direct Care Nurses. *Nurse Leader*, 17(2), 109-112. Doi:10.1016/j.mnl.2018.12.014.
- Vagharseyyedin, S. A. (2016). An integrative review of literature on determinants of nurses' organizational commitment. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2), 107 - 117. Doi:10.4103/1735-9066.178224.

ANEXOS

Anexo I – Autorização para a utilização da Escala de Intenção de *Turnover*

From: SUSANA ISABEL RODRIGUES [REDACTED]
Sent: Thursday, April 4, 2019 11:30:59 PM
To: ANA MARIA ALVES POVOA CALLADO
Subject: Escala de Intenção de Turnover

Boa Noite,

Envio-lhe em anexo a escala original e a escala validada para a população portuguesa já finalizada. Peço desculpa pela demora mas queria ter tudo terminado quando lhe enviasse.
Desejo-lhe muita sorte e sucesso.
Por curiosidade qual será o titulo/ tema da sua dissertação?

Cumprimentos,

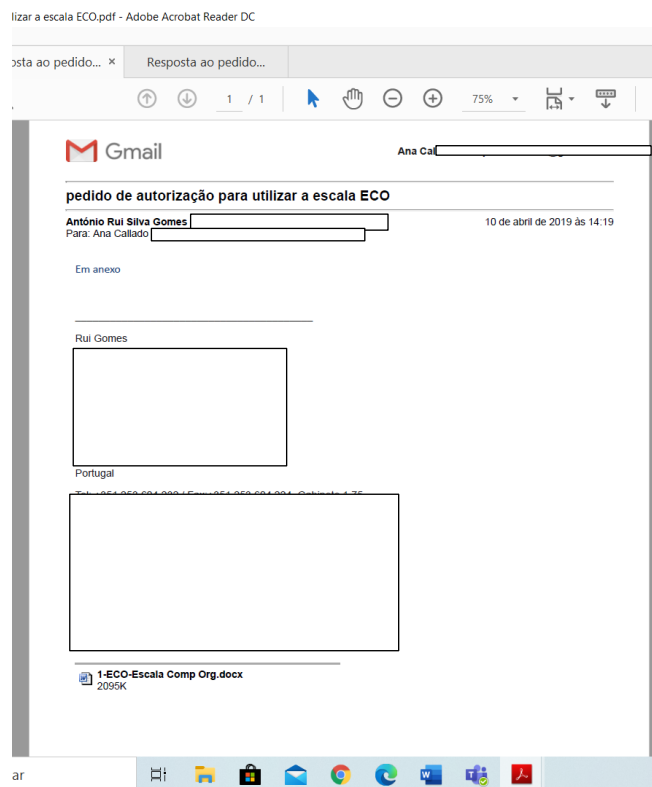
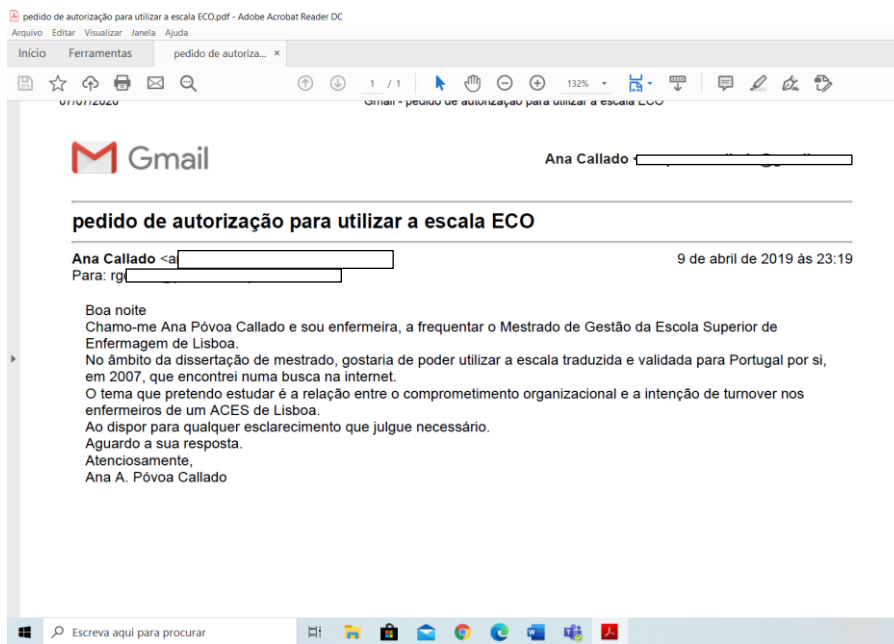
Susana Sul

----- Forwarded -----

From: SUSANA ISABEL RODRIGUES [REDACTED]
Date: quarta, 3 de abril de 2019
Subject: Escala de Intenção de Turnover
To: SUSANA ISABEL RODRIGUES [REDACTED]

 **Escala de Intenção de Turnover.pdf**
163K

**Anexo II – Autorização para a utilização do Questionário de Comprometimento
Organizacional**



Anexo III - Autorização da Comissão de Ética e da Saúde da ARSLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Ana Calado

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

9992/CES/2019

20.11.2019

Assunto: A Intenção de Turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente de Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Parecer

Proc.115/CES/INV/2019

Título: A Intenção de Turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

Enquadramento institucional do proponente:

Enfermeira em Funções de Chefia na [REDACTED]
Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no departamento de Administração em Enfermagem e orientador deste trabalho académico de Dissertação científica.

Investigador principal:

Ana Maria Alves Póvoa Callado

Orientador Pedagógico:

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

Co-Investigadores :

Consultor Externo:

Âmbito: Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de enfermagem de Lisboa

Financiamento :

I.- Fundamentação do estudo:

Os enfermeiros são considerados o coração das organizações de saúde (Labrague, McEnroe-Petitte, Tsaras, Cruz, Colet & Gloe, 2018). Mantê-los nas organizações de saúde é crucial dada a diminuição permanente de enfermeiros nos serviços, a necessidade de reter os bons profissionais, a pouca contratação de novos profissionais e a crescente necessidade de cuidados de saúde, provocada pelo envelhecimento populacional (Shacklock, Brunetto, Teo e Farr-Wharton, 2014).

A intenção de *turnover* nos enfermeiros é um problema da maior importância para as organizações de saúde (Yu e Lee, 2018) pois pode ter um impacto negativo nas organizações e na profissão de enfermagem (Almalki, FitzGerald e Clark, 2012, Yurumezoglu, Kocaman e Haydari, 2018). O *turnover* e a intenção de *turnover*, entendida como a vontade de um trabalhador terminar a sua relação contratual com a organização onde se encontra atualmente (Han, Han, An, e Lim, 2015), aumentam os custos da organização relacionados com o recrutamento e seleção de novos profissionais, com a sua integração nos serviços e, por outro lado, conduz à perda de profissionais experientes e das mais-valias de conhecimentos que esses profissionais já detêm nas organizações.

Vários estudos mostram a relação entre a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional (Fernet, Trépanier, Demers e Austin, 2017).

pergunta de investigação:

Qual a relação entre a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa?

II.- Apreciação Ética

A) Beneficência

- 1.- Qual o valor social e a pertinência clínica, epidemiológica e de saúde proposta pelo estudo de investigação? Conhecimento de uma população específica
- 2.- A pergunta de investigação é suportada por uma adequada revisão do estado da arte e inclui a descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros Países? Sim
- 3.- O estudo tem condições para responder à questão de investigação? Sim
- 4.- Qual o benefício expectável desta investigação? Conhecimento de uma população
- 5.- Qual o balanço entre danos e riscos prováveis que podem ocorrer neste estudo? Favorável
- 6.- É imperativo que o estudo de investigação seja realizado em seres humanos? Sim
- 7.- A participação na investigação preenche critérios de melhor interesse para os participantes? Sim

B) Respeito pela Dignidade Humana

- 8.- Prevê-se a obtenção do consentimento informado dos participantes? Quem terá a responsabilidade pela sua obtenção? Sim
- 9.- Existe um formulário de consentimento? Sim
- 9.1.- Existe um folheto informativo com informação sobre o projeto de investigação? Sim
- 9.2.- Com uma linguagem clara e compreensível que explicita a finalidade do estudo, os seus objetivos, os potenciais benefícios, os incómodos e os riscos? Sim
- 9.3.- Informa sobre pessoa de contacto (nome e telefone)? Sim
- 9.4.- Consentimento em duplicado? Sim
- 9.5.- Define data e assinatura do investigador responsável e do doente ou do seu representante legal? Sim
- 9.6.- Clarifica e especifica liberdade para decidir e para retirar consentimento sem prejuízo para os participantes nomeadamente no que respeita aos cuidados de saúde, se for o caso. Sim
- 9.7.- Identificação do Encarregado de Proteção de Dados da ARSLVT (nome e contacto) NA
- 10.- Os participantes são autónomos e competentes? Está prevista a obtenção de um representante legal? Sim; NA
- 11.- Confidencialidade e privacidade de dados pessoais – prevê-se a recolha de dados de saúde sensíveis dos participantes? Não
- 11.1.- Está prevista a recolha de dados por cruzamento de informação disponível em diversas bases de dados? não
- 11.2.- Qual a modalidade proposta pelo investigador para a anonimização e a encriptação de dados de saúde sensíveis? questionários anónimos

11.3 – Quais os procedimentos adotados para se garantir, em permanência, a confidencialidade e a privacidade de dados pessoais sensíveis de saúde, em particular no que concerne à recolha, acesso, análise e armazenamento dos dados? Acesso aos dados apenas pela investigadora e orientador;

11.4.- Está prevista, justificada e explícita a duração total de armazenamento dos dados sensíveis dos doentes? Não

11.5 – O perfil de dados de saúde sensíveis deste projeto de investigação pode considerar-se como constituindo um risco potencial de impacto na confidencialidade e privacidade dos participantes que seria recomendável pedir parecer ao Encarregado Geral de Proteção de Dados da ARSLVT? Não

C) Justiça

12.- Identifica-se alguma forma de coação dos potenciais participantes no envolvimento na investigação? Existe algum grau de dependência dos participantes em relação ao investigador? Não

13.- Identifica-se alguma potencial forma de discriminação dos participantes neste estudo? Não

D) Não maleficência

14.- Quais os grandes riscos identificados nesta proposta de investigação? NA

15.- A investigação pode colocar os participantes face a um risco inaceitável? Não

E) Integridade

16.- O Investigador demonstra ter competências profissionais, experiência e/ ou formação em investigação? Sim

17.- A equipa de investigação tem competências profissionais e experiência ou formação em investigação? Sim

18.- Os centros de estudo dispõem de condições materiais e humanas para o desenvolvimento da investigação? Omitido

19.- São identificados potenciais conflitos de interesse entre o investigador, a instituição e eventuais financiamentos externos? Não

20. Está formalmente prevista a publicação e/ ou divulgação do estudo? Sim

21.- Identifica-se a quem cabe a propriedade dos dados do estudo? Existem condicionantes à publicação dos resultados do estudo pelos investigadores? Sim: Não

Custos, Financiamento e Recursos Humanos

Omitido

IV- Outros

Cronograma: prevista a colheita de dados para Novembro

CV dos Investigadores: presente

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: presente

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Omisso

Declaração do Diretor Executivo do ACES : A aguardar declaração da DE, dependente da autorização da Comissão de Ética

Previsão de custos financeiros para os ACES: Este estudo não acarreta qualquer custo para a organização, sendo totalmente suportado pela investigadora.

Compromisso de entrega de relatório final: presente

Apreciação:

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de tipo observacional, descritivo e transversal, pretendendo-se Avaliar a relação entre a intenção de turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

Trata-se de um projeto que aparenta ter um delineamento sistemático e que procura um novo conhecimento.

Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que ainda não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento;
- 4.- é um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética.

Conclusão:

Relativamente à metodologia, o estudo apresenta-se delineado por forma a vir a obter-se resultados de interesse para a organização de serviços de saúde.

Pelo apresentado fica evidente o respeito pelos princípios éticos aplicáveis a este tipo de investigação e participantes pelo que se emite parecer favorável ao desenvolvimento do estudo. Fica este parecer condicionado ao envio do parecer do Diretor Executivo dos ACES

11 de outubro 2019

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar



Apreciação final:

Foi recepcionada pela Comissão de Ética da ARSLVT, a declaração da senhora directora executiva a autorizar o estudo no ACES

8 de novembro 2019

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades Inicial

[illegible]

Cronograma de Atividades Reformulado

[illegible]

**Apêndice II – Pedido de Autorização para a realização do estudo à Comissão
de Ética e da Saúde da ARSLVT**

PEDIDO DE PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE UM TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO Á ARSLVT.IP

1. Protocolo de Investigação

a) Título

A Intenção de *Turnover* e o comprometimento organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

b) Identificação Completa dos Investigadores responsáveis e entidades de origem

1. Ana Maria Alves Póvoa Callado, CC Nº *****, válido até **/**/****, Contribuinte Nº *****, Filha de: ***** e *****, residente em *****, a exercer funções de Enfermeira *****.

2. Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas, CC Nº *****, Professor ***** e orientador deste trabalho académico de Dissertação científica.

c) Curriculum vitae dos investigadores

(Apêndice I)

d) Introdução

Os enfermeiros são considerados o coração das organizações de saúde (Labrague et al., 2018). Mantê-los nas organizações de saúde é crucial dada a diminuição permanente de enfermeiros nos serviços a necessidade de reter os bons profissionais, a pouca contratação de novos profissionais e a crescente necessidade

de cuidados de saúde, provocada pelo envelhecimento populacional (Shacklock, Brunetto, Teo & Farr-Wharton, 2014).

A intenção de *turnover* nos enfermeiros é um problema da maior importância para as organizações de saúde (Yu & Lee, 2018) pois pode ter um impacto negativo nas organizações e na profissão de enfermagem (Almalki, FitzGerald & Clark, 2012, Yurumezoglu, Kocaman & Haydari, 2018). O *turnover* e a intenção de *turnover*, entendida como a vontade de um trabalhador terminar a sua relação contratual com a organização onde se encontra atualmente (Han, Han, An & Lim 2015), aumentam os custos da organização relacionados com o recrutamento e seleção de novos profissionais, com a sua integração nos serviços e, por outro lado, conduz à perda de profissionais experientes e das mais-valias de conhecimentos que esses profissionais já detêm nas organizações. Como resultado as equipas ficam reduzidas conduzindo a perdas de eficiência e produtividade (Hashish, 2017), com menor capacidade para responder às solicitações e necessidades dos clientes e de prestar cuidados de qualidade (Almalki et al., 2012).

Vários estudos mostram a relação entre a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional (Fernet, Trépanier, Demers & Austin, 2017). Este conceito é entendido como uma dimensão da eficiência organizacional, que contribui para melhorar a perceção dos enfermeiros sobre o desempenho no trabalho, na sua identificação com os valores e objetivos organizacionais, estabelecendo-se uma ligação afetiva entre o trabalhador e o local de trabalho. Mais comprometido com o serviço onde exerce, o enfermeiro está mais predisposto a empenhar-se nas atividades e nos objetivos organizacionais, traduzindo-se na redução de *turnover* (Hashish, 2017).

A intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional não podem ser analisados isoladamente. De acordo com o Quality Health Outcomes Model, proposto por Mitchell, Ferketich & Jennings (1998), sistema (indivíduo, organização e grupo), intervenções, características dos clientes e resultados em saúde influenciam-se mutuamente através de conexões bidirecionais, sendo, por isso, suficientemente amplo para promover a relevância de todos os fatores no desempenho dos enfermeiros para a melhoria da qualidade, e das estratégias e políticas de gestão,

permitindo a comparação dos resultados e de intervenções ao nível das organizações de saúde.

Justificação e pertinência:

A maior complexidade e exigência dos cuidados prestados obriga a que o enfermeiro gestor estabeleça uma relação de suporte e apoio com os elementos da sua equipa, e contribua para a construção de comprometimento organizacional como estratégia para diminuir a intenção de *turnover* no serviço na ou organização (Shacklock et al., 2014; McCane & Sambrook, 2013). Assim, podemos encontrar na literatura a recomendação de se estudar a intenção de turnover associada ao estudo do comprometimento organizacional, tal o efeito mediador que este exerce sobre a intenção de permanecer ou sair de uma organização (Shacklock et al., 2014)

Torna-se, então, importante que os gestores em enfermagem conheçam a intenção de *turnover* e o comprometimento organizacional dos seus enfermeiros, de forma a poderem implementar estratégias e as mudanças necessárias para manter as equipas motivadas e empenhadas para os objetivos organizacionais, com uma prática de alta qualidade (Shacklock et al., 2014).

A constituição de novas equipas e novos modelos de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) mostrou a necessidade de equipas empenhadas e competentes. Apesar da importância reconhecida deste contexto para a saúde da população poucos são os estudos realizados a nível internacional em CSP. Pesquisamos em bases de dados e não encontramos evidência de que este estudo já se tenha realizado em Portugal. Assim, por considerarmos de extrema importância para as organizações de saúde conhecer a intenção de turnover dos enfermeiros e a sua relação com o comprometimento organizacional em CSP (Yu & Lee, 2018), propósémo-nos a realizar um estudo que responda à seguinte pergunta de investigação:

- ✓ Qual a relação entre a intenção de turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa?

O objetivo geral que a que nos propomos é:

- ✓ Avaliar a relação entre a intenção de turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

Para dar resposta à pergunta de investigação ao objetivo geral, os objetivos específicos deste estudo académico são:

- ✓ Identificar a intenção de turnover dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.
- ✓ Identificar o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.
- ✓ Identificar a relação entre a intenção de turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

e) Metodologia

Iniciámos com uma revisão da literatura para reunir a melhor e mais recente evidência científica sobre o tema em estudo.

Decorrente dos objetivos, propomo-nos realizar um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal (Gray, Grove & Sutherland, 2017).

Para tal, propomo-nos estudar toda a população de enfermeiros a exercer funções num ACES da região de Lisboa, constituída por 120 enfermeiros, divididos pelas categorias de enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor, sendo uma amostra não probabilística (Gray et al., 2017).

O instrumento de recolha de dados será constituído por dois (2) questionários traduzidos e validados para a população portuguesa:

Intenção de *Turnover* – iremos aplicar a *Atempated Turnover Scale*, de Hinshaw & Atwood (1984), validada para Portugal por Sul & Lucas (2019), que permite avaliar a intenção do profissional de permanecer ou sair do seu local de trabalho;

Comprometimento Organizacional – iremos aplicar o *Organizacional Commitment Questionnaire*, de Mowday et al. (1979), validada para Portugal por Gomes (2007), que permite avaliar os sentimentos, atitudes e valores positivos assumidos pelo profissional relativamente ao seu local de trabalho.

A acompanhar os questionários, iremos colocar uma parte A que nos irá permitir fazer a caracterização sociodemográfica da amostra.

f) Recursos / Orçamento / Protocolo financeira e origem de eventuais financiamentos

Este estudo não acarreta qualquer custo para a organização, sendo totalmente suportado pela investigadora.

g) Cronograma de atividades

Ano letivo 2019/2020	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Pesquisa Bibliográfica						
Pedido de autorização à comissão ética						
Recolha dos dados						
Análise e interpretação dos dados						
Elaboração do relatório						

h) Declaração do responsável pela unidade de saúde

(A aguardar declaração da DE, dependente da autorização da Comissão de Ética)

2. Formulários, Escalas ou Documentos de Recolha de Dados a Utilizar

QUESTIONÁRIO:

Escala de Intenção de *Turnover* (ATS) – Versão Portuguesa

Questionário de Comprometimento Organizacional (ECO) – Versão Portuguesa

Aos Enfermeiros

Pretendemos estudar a Intenção de *Turnover* e o Comprometimento Organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, de forma a identificar a relação existente entre ambos. Este trabalho académico tem a orientação do Sr. Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Intenção de *Turnover* é definido como a intenção voluntária do sair do serviço ou da organização (Han, Han, An, & Lim, 2015).

Comprometimento Organizacional é definido como a identificação e o envolvimento de um individuo com a organização onde trabalha (Hashish, 2017).

A evidência científica confirma a relação existente entre estes dois conceitos, podendo mesmo entender-se que os níveis de Comprometimento Organizacional influenciam, atuando como mediadores, e são preditores da Intensão de *Turnover* (Aiken, Soane, Bruyneel, Heede & Sermeus, 2013).

Solicitamos que responda a todos os itens com (O) nas escalas tipo *Likert* de 5 e 7 pontos, colocada lateralmente.

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretende apenas recolher opiniões pessoais. Por esta razão, a sua resposta, pessoal e sincera, é de extrema importância.

Na **parte A** do questionário pretendemos fazer a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Na **parte B** pretendemos identificar a Intenção de *Turnover* e o Comprometimento Organizacional dos participantes relativamente ao local onde exercem atualmente.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo. Estou disponível para responder a questões que considere necessárias.

Disponibilizo os meus contactos: *****.

Atenciosamente, Enfermeira Ana A. Póvoa Callado

Parte A - Caracterização sociodemográfica

Idade: _____ anos

Género Feminino..... ☐
 Masculino ☐

Estado Civil Solteiro..... ☐
 Casado/ União de ☐
 Facto....
 Viúvo..... ☐

Categoria Profissional Enfermeiro..... ☐
 Enfermeiro ☐
 Especialista.....
 Enfermeiro Gestor..... ☐

Habilitações Académicas e Profissionais: Bacharelato..... ☐
 Licenciatura..... ☐
 Pós- ☐
 Graduação.....
 Especialidade..... ☐
 Mestrado..... ☐
 Mestrado e ☐
 Especialidade...
 Doutoramento..... ☐

Unidade Funcional UCC..... ☐
 UCSP..... ☐
 USF..... ☐
 USP..... ☐
 Outra..... ☐

Tempo de exercício na _____ anos
profissão:

Tempo de exercício na Unidade _____ anos
Funcional:

Parte B - Atempated Turnover Scale – Versão Portuguesa

✓ Escala de Intensão de *Turnover* (Sul & Lucas, 2019)

Com o preenchimento deste questionário, pretende-se adquirir a perceção dos enfermeiros sobre a sua intenção de abandonar ou não o local onde exercem funções, podendo esta intenção ser de abandono do serviço (atual local de trabalho), ou da própria organização ou mesmo da profissão. Considerando a sua opinião, assinale com uma (O) o grau de concordância que atribui para cada um dos itens. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo/ nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente	
Discordo Fortemente				Concordo fortemente			
1.Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
2.Tenho quase a certeza que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	1	2	3	4	5	6	7
3.Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	1	2	3	4	5	6	7
4.Se recebesse outra oferta de eu iria emprego amanhã, eu iria considera-la seriamente.	1	2	3	4	5	6	7
5.Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	1	2	3	4	5	6	7
6.Jà estive neste local de trabalho o tempo que quis.	1	2	3	4	5	6	7
7. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
9.Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	1	2	3	4	5	6	7
10.Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	1	2	3	4	5	6	7

Organizational Commitment Questionnaire – ECO

✓ Questionário de Comprometimento Organizacioanl (Gomes, 2007)

As afirmações que se seguem dizem respeito à forma como se sente no seu local de trabalho. Por favor, entenda a palavra organização utilizada em várias afirmações como representando o seu local concreto e específico de trabalho (ex: Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Cuidados Personalizados, Unidade de Saúde Familiar).

Por Favor, indique com uma (O) em que medida cada uma das afirmações se aplica à sua situação em concreto.

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

	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente	
1.Estou disposto a esforçar-me, para além do que é normal, no sentido de ajudar esta organização a ter sucesso	1	2	3	4	5
2.Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar	1	2	3	4	5
3.Estou disposto a aceitar praticamente todo o tipo de tarefas de modo a poder continuar a trabalhar nesta organização	1	2	3	4	5
4.Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes	1	2	3	4	5
5.Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização	1	2	3	4	5
6. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização	1	2	3	4	5
7. Sinto-me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar	1	2	3	4	5
8. Interessa-me realmente o destino desta organização	1	2	3	4	5
9.Para mim, esta é o melhor local para trabalhar	1	2	3	4	5

3. Modelo de Consentimento Informado

Consentimento Livre e Esclarecido

Ana Maria Alves Póvoa Callado, enfermeira da *****, no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de enfermagem de Lisboa, propõe-se realizar um estudo de investigação sobre a Intenção de *Turnover* e o Comprometimento Organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários sob a orientação académica do Prof. Doutor Pedro Lucas.

O Objetivo deste estudo é avaliar a relação entre a intenção de turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

Intenção de *Turnover* é definido como a intenção voluntária do sair do serviço ou da organização (Han, Han, An & Lim, 2015).

Comprometimento Organizacional é definido como a identificação e o envolvimento de um individuo com a organização onde trabalha (Hashish, 2017).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS e pela Diretora Executiva do ACES *****.

A população considerada para este estudo corresponde aos enfermeiros a exercer funções no ACES Amadora. A sua participação é voluntária, gratuita e será garantido anonimato e confidencialidade a todos os participantes.

Para que seja possível o desenvolvimento deste estudo solicita-se a sua participação no preenchimento de dois questionários, sendo necessário cerca de 5 minutos.

Por favor leia com atenção a informação seguinte. Caso considere que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Considero que fui esclarecido sobre:

1-Âmbito da realização da colheita de dados;

2-Objetivos do trabalho a desenvolver;

3-Confidencialidade dos dados;

4-Outras duvidas que tiver;

Garanto que a informação recolhida será anónima e confidencial.

Nesse sentido, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a), solicito o seu consentimento por escrito, em como aceita participar de livre e espontânea a vontade.

Aceito ☐

Não Aceito ☐

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

Muito Obrigada pela sua colaboração

Ana Maria Alves Póvoa Callado, *****, TLM: *****

Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado:

Uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

(Duplicado)

Consentimento Livre e Esclarecido

Ana Maria Alves Póvoa Callado, enfermeira da *****, no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de enfermagem de Lisboa, propõe-se realizar um estudo de investigação sobre a Intenção de *Turnover* e o Comprometimento Organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários sob a orientação académica do Prof. Doutor Pedro Lucas.

O Objetivo deste estudo é avaliar a relação entre a intenção de turnover e o comprometimento organizacional dos enfermeiros de um ACES de Lisboa.

Intenção de *Turnover* é definido como a intenção voluntária do sair do serviço ou da organização (Han, Han, An & Lim, 2015).

Comprometimento Organizacional é definido como a identificação e o envolvimento de um individuo com a organização onde trabalha (Hashish, 2017).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS e pela Diretora Executiva do ACES *****.

A população considerada para este estudo corresponde aos enfermeiros a exercer funções no ACES Amadora. A sua participação é voluntária, gratuita e será garantido anonimato e confidencialidade a todos os participantes.

Para que seja possível o desenvolvimento deste estudo solicita-se a sua participação no preenchimento de dois questionários, sendo necessário cerca de 5 minutos.

Por favor leia com atenção a informação seguinte. Caso considere que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Considero que fui esclarecido sobre:

1-Âmbito da realização da colheita de dados;

2-Objetivos do trabalho a desenvolver;

3-Confidencialidade dos dados;

4-Outras duvidas que tiver;

Garanto que a informação recolhida será anónima e confidencial.

Nesse sentido, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a), solicito o seu consentimento por escrito, em como aceita participar de livre e espontânea a vontade.

Aceito

☐

Não Aceito

☐

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

Muito Obrigada pela sua colaboração

Ana Maria Alves Póvoa Callado, *****, TLM: *****

Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado:

Uma via para a investigadora e outra para a pessoa que consente.

4.Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores

Dada a natureza académica deste trabalho de investigação, a distribuição e o levantamento dos questionários, assim como o tratamento dos dados será realizada pela investigadora e pelo professor orientador, não estando previsto mais investigadores, razão pela qual se dispensa a declaração de compromisso com outros investigadores.

5.Modelo de declaração a assinar por outros profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores

A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções no ACES *****, não sendo, por isso, necessário colaboração de quaisquer outros profissionais para referenciar participantes no estudo, razão pela qual se dispensa um modelo de declaração a assinar por outros profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores.

6.Identificação do Elo de Ligação

Tratando-se de um estudo académico sobre enfermeiros, os investigadores não necessitam de Elos de Ligação, propomo-nos a falar pessoalmente com os enfermeiros que exercem no ACES Amadora, pelo que não existem Elos de Ligação.

7.Declaração do Orientador científico ou pedagógico, caso se trate de um estudo realizado em ambiente académico

Segue em Anexo (Anexo I) a declaração de orientação do trabalho de investigação pelo orientador pedagógico, Prof. Doutor Pedro Lucas, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

8.Declaração do Diretor Executivo do ACES sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas

Este estudo de investigação pretende identificar e avaliar duas variáveis (Intenção de *Turnover* e Comprometimento Organizacional) nos enfermeiros, por recurso ao preenchimento de questionários. Não existe necessidade de condições logísticas e humanas especiais para a aplicação dos questionários, sendo da exclusiva responsabilidade dos investigadores. Os dados recolhidos serão tratados de acordo com as regras do anonimato e a confidencialidade, exigíveis por lei, razão pela qual se dispensa esta declaração.

(ver alínea h do protocolo: A aguardar declaração da DE, dependente da autorização da Comissão de Ética)

9.Declaração do investigador sobre a propriedade dos dados e resultados do estudo

Em apêndice (Apêndice II), colocamos a Declaração do investigador sobre a propriedade dos dados e resultados do estudo, devidamente datada e assinada.

10.Declaração de Compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final

Em apêndice (Apêndice III), colocamos a Declaração de Compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório final, devidamente datada e assinada.

Referências Bibliografias

- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC ealth Research* (12) 314. Doi:1472-6963/12/314.
- Fernet, C., Trépanier, S. G., Demers, M. & Austin, S. (2017). Motivational pathways of occupational and organizational turnover intent among newly registered nurses in Canada. *Nursing Outlook*, 65, 444-454. Doi:10.1016/j.outlook.2017.05.008.
- Gray, J. R., Grove, S. K. & Sutherland, S. (2017). Burns And Grove's The Practice of Nursing Research, Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence (8ª Ed.). Elsevier, Estados Unidos da América.
- Han, S. S, Han, J. W., An, Y. S. & Lim, S. H. (2015). Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effetss of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, 287-296. Doi:10.1111/jjns.12067.
- Hashish, E. A. (2017). Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*, 24(2), 151-166. Doi:10.1177/0969733015594667
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Tsaras, K., Cruz, J. P., Colet, P. C. & Gloe, D. S. (2018). Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 403-408. Doi:10.1016/j.ijnss.2018.09.001.
- McCane, T. J. & Sambrook, S. (2014). Psychological contracts and commitment amongst nurses and nurse managers: A discourse analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 954-967. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.012.

- Mitchell, P. H., Ferketich, S. & Jennings, B. M., (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46. Doi:10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x.
- Shacklock, K., Brunetto, Y., Teo, S. & Farr-Wharton, R. (2014). The role of support antecedents in nurses' intentions to quit: the case of Australia. *Journal of Advanced Nursing* 70(4), 811-822. Doi: 10.1111/jan.12239.
- Yu, M. & Lee, H. (2018). Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. *Japan Journal of Nursing Science* (15), 351-362. Doi:10.1111/jjns.12210.
- Yurumezoglu, H. A., Kocaman, G. & Haydari, S. M. (2018). Predicting nurses'organizational and professional turnover intentions. *Japan Journal of Nursing Science*. Doi:10.1111/jjns.12236

Anexo I - Declaração de Orientação

Apêndice I - Curriculum Vitae de Ana Maria Alves Póvoa Callado

Apêndice III – Instrumento de Recolha de dados distribuido

QUESTIONÁRIO:

Escala de Intenção de *Turnover* (ATS) – Versão Portuguesa

Questionário de Comprometimento Organizacional (ECO) – Versão Portuguesa

Aos Enfermeiros

Pretendemos estudar a Intenção de *Turnover* e o Comprometimento Organizacional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, de forma a identificar se existe relação entre ambos. Este trabalho académico tem a orientação do Sr. Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Intenção de *Turnover* é definido como a intenção voluntária do sair do serviço ou da organização (Han, Han, An, & Lim, 2015).

Comprometimento Organizacional é definido como a identificação e o envolvimento de um individuo com a organização onde trabalha (Hashish, 2017).

A evidência científica confirma a relação existente entre estes dois fenómenos, podendo mesmo entender-se que os níveis de Comprometimento Organizacional influenciam, atuando como mediadores, e são preditores da Intensão de *Turnover* (Aiken, Soane, Bruyneel, Heede e Sermeus, 2013).

Solicitamos que responda a todos os itens com (O) nas escalas tipo *Likert* de 5 e 7 pontos, colocada lateralmente.

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretende apenas recolher opiniões pessoais. Por esta razão, a sua resposta, pessoal e sincera, é de extrema importância.

Na **parte A** do questionário pretendemos fazer a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Na **parte B** pretendemos identificar a Intenção de *Turnover* e o Comprometimento Organizacional dos participantes relativamente ao local onde exercem atualmente.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo. Estou disponível para responder a questões que considere necessárias.

Disponibilizo o meu endereço eletrónico: *****

Atenciosamente, Enfermeira Ana A. Póvoa Callado

Parte A - Caracterização sociodemográfica

Idade: _____ anos

Género

Feminino..... ☐

Masculino ☐

Estado Civil

Solteiro..... ☐

Casado/ União de ☐

Facto....

Viúvo..... ☐

Categoria Profissional

Enfermeiro..... ☐

Enfermeiro ☐

Especialista.....

Enfermeiro Gestor..... ☐

Habilitações Académicas

Bacharelato..... ☐

Licenciatura..... ☐

Pós- ☐

Graduação.....

Especialidade..... ☐

Mestrado..... ☐

Mestrado e ☐

Especialidade...

Doutoramento..... ☐

Unidade Funcional

UCC..... ☐

UCSP..... ☐

USF..... ☐

USP..... ☐

Outra..... ☐

Tempo de exercício na profissão: _____ anos

Tempo de exercício na Unidade Funcional: _____ anos

Parte B

1. Atempated Turnover Scale – Versão Portuguesa

✓ Escala de Intensão de *Turnover* (Sul & Lucas, 2019)

Com o preenchimento deste questionário, pretende-se identificar a perceção dos enfermeiros sobre a sua intenção de abandonar ou não o local onde exercem funções, podendo esta intenção ser de abandono do serviço (atual local de trabalho), ou da própria organização ou mesmo da profissão. Considerando a sua opinião, assinale com uma (O) o grau de concordância que atribui para cada um dos itens. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo/ nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente

	Discordo Fortemente					Concordo fortemente	
1. Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho quase a certeza que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	1	2	3	4	5	6	7
4. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	1	2	3	4	5	6	7
6. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.	1	2	3	4	5	6	7
7. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	1	2	3	4	5	6	7
10. Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	1	2	3	4	5	6	7

2.Organizational Commitment Questionnaire – ECO

✓ Questionário de Comprometimento Organizacioanl (Gomes, 2007)

As afirmações que se seguem dizem respeito à forma como se sente no seu local de trabalho. Entenda a palavra organização utilizada em várias afirmações como representando a Unidade Funcional onde desenvolve o seu trabalho.

Por Favor, indique com uma (O) em que medida cada uma das afirmações se aplica à sua situação em concreto.

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

	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente		
1.Estou disposto a esforçar-me, para além do que é normal, no sentido de ajudar esta organização a ter sucesso	1	2	3	4	5	
2.Digo aos meus amigos que esta organização é um excelente local para trabalhar	1	2	3	4	5	
3.Estou disposto a aceitar praticamente todo o tipo de tarefas de modo a poder continuar a trabalhar nesta organização	1	2	3	4	5	
4.Verifico que os meus valores pessoais e desta organização são bastante semelhantes	1	2	3	4	5	
5.Sinto orgulho em dizer aos outros que trabalho nesta organização	1	2	3	4	5	
6. Sinto-me inspirado a dar o meu melhor pelo facto de trabalhar nesta organização	1	2	3	4	5	
7. Sinto-me muito contente por ter escolhido esta organização para trabalhar	1	2	3	4	5	
8. Interessa-me realmente o destino desta organização	1	2	3	4	5	
9.Para mim, esta é o melhor local para trabalhar	1	2	3	4	5	

Parte C - Comentários
