

Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem
Instrumentos de Avaliação Validados transculturalmente para Portugal



Capítulo 4

Escala de Autoeficácia para Enfermeiros Líderes Clínicos

Marlene Carvalho, Filomena Gaspar, Teresa Potra e Pedro Lucas



Escala de Autoeficácia para os Enfermeiros Líderes Clínicos

Marlene Carvalho^{*1,2}, ***Filomena Gaspar***¹, ***Teresa Potra***¹ e ***Pedro Lucas***¹

¹Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Portugal;

²Unidade Local de Saúde de São José, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- liderança
- melhoria contínua da qualidade
- gestão em saúde
- enfermagem
- estudo de validação

As competências do enfermeiro líder clínico constituem uma prática avançada, nomeadamente na área da melhoria da qualidade dos cuidados e na segurança do cliente. Para perceber qual a confiança destes enfermeiros na sua função em Portugal, validou-se para o contexto cultural português a escala *Clinical Nurse Leaders Self-Efficacy Scale (CNLSSES)*[®]. Este instrumento avalia a perceção do enfermeiro sobre as suas capacidades de intervir eficazmente no desempenho das suas funções de liderança clínica. A versão portuguesa da Escala de Autoeficácia para Enfermeiros Líderes Clínicos (EAELC), apresenta-se com 47 itens e 7 dimensões: Cuidado Centrado no Cliente, Gestão da Unidade, Liderança Clínica, Liderança Estratégica, Redução de Custos, Gestão da Equipa e Planeamento de Cuidados. O Alfa de *Cronbach* apresentou valores de $\alpha=0,96$. A EAELC revelou ser um instrumento adequado para ser aplicado em Portugal, dadas as suas propriedades psicométricas.

Este capítulo encontra-se publicado com a licença CC BY 4.0 ([International Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))

Como citar:

Carvalho, M., Gaspar, F., Potra, T. & Lucas, P. (2024). Escala de autoeficácia para enfermeiros líderes clínicos. In Lucas, P., Cruchinho, P., Sul, S., Costa, P., Nunes, E. & Gaspar, F. (Eds), *Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem: Instrumentos Validados Transculturalmente para Portugal* (vol. I; pp. 55-66), http://doi.org/10.56732/978-989-53879-0-8_4

* ortiga_m@hotmail.com

Descrição

Os ambientes de prática de enfermagem são modificáveis e a ação do enfermeiro gestor é determinante para o tornar favorável (De Sul & Lucas, 2020). Os enfermeiros líderes influenciam com a sua *práxis* e intervenção, os ambientes de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020). Os ambientes de prática de enfermagem são alteráveis, ou seja, a ação do enfermeiro gestor é determinante para o tornar favorável (De Sul & Lucas, 2020). Como líderes, são cruciais para melhorar a comunicação entre as equipas, conduzindo-as a metas e ao aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a segurança dos cuidados de enfermagem, promovendo a segurança dos cuidados e promovendo a inovação das práticas (Lucas et al., 2021). O enfermeiro líder clínico é responsável pela sua própria identidade e prática profissional e detém características e competências essenciais para a sua função. No âmbito da sua autonomia e iniciativa, projetam e implementam cuidados, sendo responsáveis por melhorarem os resultados da enfermagem, a qualidade e a relação custo-benefício dos mesmos (Carvalho & Lucas, 2020). As competências do enfermeiro líder clínico incluem a compaixão, inteligência e confiança (Baernholdt & Cottingham, 2011; Stavrinopoulos, 2012, ACN; 2015; AACN, 2013), bem como a capacidade de trabalhar com os outros sob *stress* (Sotomayor & Rankin, 2017). O enfermeiro líder clínico pratica uma liderança transformacional, uma prática profissional exemplar acrescentando novos conhecimentos à prática (Bombard et al., 2010; Bender et al., 2016). Assim, a evidência relata também capacidade de liderança clínica, liderança de equipas, gestão de informações, gestão de recursos e acrescenta a defesa não só dos clientes como das comunidades e dos programas de saúde, apresentando potencial para a prática em novos ambientes (Clavo-Hall et al., 2018;

Bombard et al, 2010; Bender et al., 2016). As competências essenciais dos enfermeiros líderes clínicos podem ser organizadas em três domínios: (a) liderança de enfermagem na gestão e coordenação de cuidados; (b) gestão de resultados clínicos para promover a prática baseada na evidência e a tomada de decisões e; (c) gestão eficiente para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos clientes (Gilmartin & Nokes, 2015; Gilmartin, 2014). Enfermeiros com competências de prática avançada estão melhor posicionados para promoverem práticas de cuidados baseadas em evidências e para exercerem uma liderança clínica eficaz (Carvalho & Lucas, 2020; Gilmartin, 2015).

A autoeficácia é um dos principais conceitos de satisfação e desempenho no trabalho (Carvalho & Lucas, 2020). Avaliar a autoeficácia dos enfermeiros líderes clínicos ao longo da sua prática torna-se fundamental para a prestação de cuidados e para a gestão das unidades e das organizações, uma vez que ao avaliar o desempenho dos profissionais terá consequências no potencial aumento da qualidade e segurança dos cuidados e nos restantes resultados de enfermagem e das organizações (Carvalho & Lucas, 2020). Por isso, a contratação de enfermeiros líderes clínicos é uma abordagem eficaz para uma organização dos cuidados de enfermagem de excelência, para a maximização da investigação, influenciando as formas de prestação de cuidados das outras profissões da saúde, no microssistema (Carvalho et al., 2022). Esta transição é um processo contínuo, em que a idade, o grau académico e a experiência profissional podem ser catalisadores de mudança e sabedoria (Bombard et al., 2020; Bender, Williams & Su, 2016; Gilmartin & Nokes, 2015; Gilmartin, 2014). Atualmente é dado maior ênfase à prática baseada na evidência para sustentar a tomada de decisão clínica. Esta decisão é suportada

pela melhor evidência baseada na experiência dos enfermeiros, valores do cliente e nas necessidades de cuidados de qualidade, bem como nos custos dos cuidados. O papel desenvolvido pelo enfermeiro líder clínico foca-se na gestão do cuidado centrado no cliente e na excelência clínica (Gilmartin, 2015; Carvalho et al., 2022). Dada a inexistência de uma escala validada para a população portuguesa, decidiu-se efetuar a adaptação cultural e linguística da *Clinical Nurse Leaders Self-Efficacy Scale*® CNLSES® (Carvalho et al., 2022).

Finalidade

A versão portuguesa da escala CNLSES® avalia a perceção do enfermeiro sobre as suas capacidades de intervir eficazmente no desempenho das suas funções de liderança clínica. Assim, com a aplicação desta escala no contexto de trabalho o enfermeiro gestor obtém informação acerca do ambiente da prática dos enfermeiros líderes clínicos, ficando a conhecer se estes enfermeiros se sentem menos confiantes e em que dimensões necessitam de trabalhar para que o desempenho geral da equipa, da satisfação no trabalho e da retenção dos enfermeiros evolua favoravelmente (Carvalho et al., 2022).

População-alvo

A população-alvo foi constituída por enfermeiros líderes clínicos a desempenharem funções num centro hospitalar de Lisboa e Vale do Tejo (Centro Hospitalar que reúne uma elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica). Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram os seguintes: enfermeiros que durante o seu percurso profissional sejam responsáveis de turno, com três funções/responsabilidades fundamentais, como por exemplo, planeamento, coordenação e avaliação das atividades de enfermagem (responsável de

turno, substituto do responsável de turno, elemento que substitui o enfermeiro gestor, chefe de equipa ou outra responsabilidade neste âmbito); enfermeiros com pós-licenciatura numa área de especialização, a exercer a mesma, há mais de 6 meses; enfermeiros responsáveis de turno e/ou com pós-licenciatura numa área de especialização a desempenhar funções em contexto hospitalar, superior a 6 meses; enfermeiros responsáveis de turno e/ou com pós-licenciatura numa área de especialização que aceitaram participar no estudo; unidades de internamento em que os enfermeiros gestores de serviço autorizaram a realização do estudo. A amostra foi não-probabilística e intencional (Carvalho et al., 2022). De acordo com Pestana e Gageiro (2014), o mínimo de respostas válidas (N) foi calculado pela seguinte fórmula $N = 5 \times K$, sendo k o número de questões do instrumento. Dessa forma, a amostra mínima seria de 280 enfermeiros (n). Segundo Marôco (2014), devem existir pelo menos 5 observações por cada variável presente no modelo. Acrescenta ainda uma fórmula para estimar a dimensão da amostra (n) a partir do número de itens (p) e fatores (f) do modelo, onde $r = p/f$. Assim, a fórmula aplicada: $n > 50r^2 - 450r + 1100$. Com base nessa fórmula, a amostra devia ser > 232 enfermeiros. A amostra que suportou a validação psicométrica da escala CNLSES®, foi constituída por 329 enfermeiros, ou seja, superou o n referido por Pestana e Gageiro (2014) e Marôco (2014).

Teve as seguintes características sociodemográficas: a) 80,9% dos participantes eram do género feminino (n=266); b) 75,4% dos participantes do estudo tinham como habilitação académica a Licenciatura (n=248); c) relativamente ao escalão etário 23% dos participantes compreendiam entre os 34 e os 39 anos (n=76) e 20% entre os 44 anos e os 49 anos (n=66), obtendo uma média de idade de 41,5

anos, ou seja, a amostra é maioritariamente jovem/adulta, com idade mínima de 24 anos e a máxima de 61 anos; d) 51,7% dos participantes sem o título de enfermeiro especialista (n=170); com especialidade 15,5% dos participantes são detentores de especialização em Enfermagem de Reabilitação (n=51); 13,7% com especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica (n=45); 8,5% com especialidade em Saúde Materna e Obstétrica (n=28); 6,7% com a especialidade de médico cirúrgica (n=22); 3,3% com especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica (n=11); 0,6% com a especialidade em Saúde Comunitária (n=2); f) 25,8% dos participantes exerce a profissão entre 11-16 anos (n=85) e 24% exercem a profissão há 21-26 anos (n=79), o tempo máximo de atividade profissional é de 30 anos, revelando uma média de 11 anos de idade; o tempo de atividade profissional na instituição confirmou-se uma distribuição uniforme com destaque para o período de 7 a 12 anos de 26,1% (n=86) e 22 a 27 anos de 20,4% (n=67) (Carvalho et al., 2022).

Modo e tempo de resposta

A colheita de dados para a validação psicométrica da escala CNLSES, foi realizada no período compreendido entre setembro e dezembro de 2018. Anteriormente, foi efetuado pedido formal de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética de um Centro Hospitalar de Lisboa. Posteriormente, foram contactadas as respetivas enfermeiras diretoras adjuntas dos hospitais correspondentes de modo a realizar reunião para apurar os serviços disponíveis e posteriormente em reunião com os enfermeiros gestores dos respetivos serviços definirem os enfermeiros que incluíam a amostra (Carvalho et al., 2022).

Foi também solicitado aos responsáveis, que assegurassem que cada enfermeiro

respondesse apenas uma vez ao questionário e que livremente aceitasse participar no mesmo. Garantiu-se a confidencialidade e anonimato dos questionários, uma vez que estes foram entregues em envelope fechado, não expondo nenhum participante ao risco, ou provocar danos físicos ou psicológicos (princípio da não maleficência e beneficência). Os dados foram armazenados e tratados anonimamente e a identificação dos enfermeiros participantes nunca foi tornada pública (Carvalho et al., 2022). Estima-se que o tempo de resposta seja aproximadamente 10-15 minutos.

Conteúdo

Após a autorização da autora procedeu-se à tradução seguindo as orientações metodológicas internacionais de Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000). A equivalência linguística e concetual da escala CNLSES-PT, enquadra-se no estadio E - utilização em outro país e em outra língua - sendo necessário tradução e adaptação cultural do questionário para a população portuguesa. A tradução da versão original em inglês para português de Portugal foi elaborada de forma independente por dois tradutores: portugueses, bilingues. Um com conhecimentos na área de estudo e da saúde e outro não, originando duas versões da escala. A análise das discrepâncias das duas versões resultou uma versão de tradução consensual na língua alvo, as quais foram sujeitas a retroversão por dois tradutores (de origem inglesa). Após análise das duas versões fez-se o ajuste do instrumento realizando a equivalência semântica, idiomática concetual dos itens. Num passo seguinte fez-se a submissão a

um grupo de peritos (enfermeiros responsáveis de turno e com especialidade) com características semelhantes às da população sob estudo e por último, e terceira fase procedeu-se à validação do instrumento. Para avaliar a confiabilidade - teste-reteste, foi aplicada, em março de 2018, a um grupo de 22 enfermeiros líderes clínicos num serviço de um hospital de Lisboa, em dois momentos diferentes, com o intervalo de cerca de duas semanas de acordo com Aguiar (2007) e Vilelas (2017). Analisaram a clareza e grau de compreensão das perguntas, bem como a sua relevância cultural. O questionário foi entregue junto com envelope para ser devolvido fechado. O questionário traduzido foi avaliado por enfermeiros líderes clínicos que exercem funções em hospital com ampla experiência clínica, fluentes em inglês e português, com experiência de trabalho no sistema de saúde pelo menos nos últimos cinco anos e familiarizados com os processos de pesquisa. Estes foram convidados a avaliar se a versão era fácil de compreender, se foi adaptado para a prática e se ele poderia ser usado em Portugal, com resposta positiva dos avaliadores. A análise dos itens da escala, permitiu verificar a inexistência de dados omissos, estando completamente respondidos. O coeficiente de correlação de Pearson apresentou valor de 0,77 em ambos os momentos. Os autores confirmaram a versão da CNLSES-PT pronta para a validação psicométrica (Carvalho et al., 2022).

Pontuação

Todos os itens utilizam um único formato de resposta de tipo *Likert* de cinco

pontos. A resposta a cada questão é apresentada rodeando um dos números com um círculo ou uma cruz. A opção 1 se a resposta for “nada confiante”, as opções de 2 a 4 indicam graus crescentes de confiança, e a opção 5 indica o grau de confiança maior “extremamente confiante” (Carvalho et al., 2022).

Validade

A validade de construto foi avaliada primeiro através de análise fatorial, com a análise dos componentes principais. Usando o método de rotação *Varimax*. No estudo da adequação dos dados da análise fatorial exploratória foram utilizados dois testes: o método medida da adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*, cujo valor deve ser superior a 0,5 (Almeida, 2017; Marôco, 2014). Utilizou-se sempre o ponto de corte de 0,4, ou seja, as variáveis que assumem valores de correlação igual ou superior a 0,4 podem fazer parte da dimensão (Almeida, 2017). Analisou-se a variância total explicada de cada dimensão. No final da análise foram eliminados os itens 5, 11, 19, 23, 24, 29, 30, 33 e 54 por apresentarem valores de cargas fatoriais inferiores a 0,40 (Almeida, 2017). Após a análise das cargas fatoriais por componentes e determinando o KMO e o teste de esfericidade de *Bartlett*, verificámos que o KMO apresentou um valor de 0,94, $p\text{-value} < 0,001$, o que indica, existir uma correlação excelente (Almeida, 2017) entre as variáveis. O teste de esfericidade de *Bartlett* apresentou um $p\text{-value} < 0,001$ com uma significância inferiores a 0,05, pelo que demonstrou que as variáveis estão correlacionadas significativamente, sendo

esta amostra adequada para a análise. Obtivemos uma matriz de 7 fatores que explicaram 62,1% da variância com eigenvalue de 1,246 (Carvalho et al., 2022).

A escala de autoeficácia para enfermeiros líderes clínicos ficou com quarenta e sete (47) itens em sete (7) dimensões: cuidado centrado no cliente (onze itens), gestão da unidade (dez itens), liderança clínica (oito itens), liderança estratégica (cinco itens), gestão de equipa (sete itens), redução de Custos (quatro itens), planeamento de cuidados (dois itens) (Carvalho et al., 2022). A dimensão 1 inclui 11 variáveis, especificamente, itens 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 e explicou 12,66% da variância total. Esta dimensão (cuidado Centrado no Cliente) remete para as práticas do cuidado centrado no cliente baseados em evidência científica, através da utilização dos sistemas de informação. Explora ainda a unidade e o seu desempenho, tendo em vista a qualidade dos cuidados e a segurança do cliente. A dimensão 2 inclui 10 variáveis, nomeadamente, os itens 32, 34, 35, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 e explicou 12,25% da variância total (Carvalho et al., 2022). Esta dimensão (Gestão da Unidade) refere-se à supervisão clínica, que visa promover a tomada de decisão, valorizando a proteção do cliente, bem como a segurança e a qualidade dos cuidados na integração de enfermeiros especialistas responsáveis de equipa e na orientação de enfermeiros em formação no ensino clínico. Incluiu ainda informação acerca da importância da formação contínua e a disponibilidade de equipa/serviço de organização para a sua realização (Carvalho et al., 2022). A dimensão 3 compreende 8 variáveis (itens 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43) relacionadas

com a liderança organizacional, uma vez que se refere a um conjunto de ações, como a escolha assertiva de estratégias, organização das atividades, motivação dos colaboradores, manutenção do relacionamento interpessoal, desenvolvimento de habilidades e competências, gestão de crise, entre outros, pelo que nomeamos de Liderança Clínica (Carvalho et al., 2022). Esta dimensão explicou 10,71% da variância total (Carvalho et al., 2022). Por sua vez, a dimensão 4 (Liderança Estratégica) inclui como variáveis os itens 51, 52, 53, 55, 56 – 5 itens, e explicou 7,90% da variância total. Esta dimensão representa o alinhamento entre objetivos estratégicos da organização, cultura, perceção das lacunas da organização, competências e sistemas de liderança. Estes fatores têm de estar totalmente alinhados para haver máxima eficácia no resultado dos cuidados (Carvalho et al., 2022). A dimensão 5 (Gestão de Equipa) inclui como variáveis os itens 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, num total de 7. O fator 5 explicou 6,42% da variância total. Conseguir executar uma boa gestão de equipas é fundamental para o sucesso. Um enfermeiro gestor de equipa deve ser capaz de liderar, motivar, inspirar, apoiar e acreditar no potencial da sua equipa, sendo visto como um elemento inspirador, que representa os valores da organização e que está comprometido em atingir os melhores resultados dos cuidados ao cliente (Carvalho et al., 2022). A dimensão 6 (Redução de custos) está relacionada com as variáveis: itens 26, 27, 28, 31 (4 itens) e dizia respeito à melhoria da organização dos métodos de cuidados de enfermagem. Dessa forma, detetam-se os pontos fracos e

desperdícios desnecessários que poderão ser reduzidos ou eliminados, criando oportunidades de redução de custos. Esta dimensão 6 explicou 6,78% da variância total (Carvalho et al., 2022). Por último, a dimensão 7 abrangeu as variáveis: itens 3, 4 nomeamos de Planeamento de Cuidados. O fator 7 explicou 4,38% da variância total e envolveu a responsabilidade pelo bem-estar do cliente, identificando as necessidades, envolvendo o cliente na elaboração/aval do plano de cuidados, sendo o cliente o foco central dos cuidados (Carvalho et al., 2022). Nas validações quer em Portugal quer nos EUA foram eliminados itens. Os que coincidiram foram os itens 19, 29,30 e 54. Na validação para o contexto português ainda caíram mais cinco itens: 5, 11, 23, 24 e 33. No que respeita às dimensões encontramos semelhanças entre nosso estudo e o de Gilmartin e Nokes (2015). A exclusão dos itens ocorreu na etapa de validação psicométrica (Carvalho et al., 2022). Avaliou-se a adequação global do modelo na análise fatorial confirmatória (AFC), usando como índices da qualidade do ajustamento do modelo da CNLSES: Estatística do Teste de Qui-quadrado de ajustamento (χ^2 /df), CFI, GFI, RMSEA e MECVI. Considerações importantes antes de iniciada a AFC foi a garantia da normalidade multivariada: nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, pelo menos dois fatores que tivessem no mínimo dois indicadores por fator e a presença de outliers: distância quadrada de Malahanobis (D2) (Marôco, 2014). O modelo septa-fatorial da CNLSES-PT para a população portuguesa revelou uma qualidade de ajustamento com necessidade

de correção de trajetórias no modelo entre os resíduos dos pares de itens e42-e43, (“Redução de Custos”), e37-e39, e36-e37, e40-e41 (“Gestão Equipa”), e30-e31 (“Liderança Estratégica”), e27-e28, e24-e25, e22-e23 (“Liderança Clínica”), e19-e20, e17-e18, e13-e14 (“Gestão de Unidade”), e10-e11, e6- e7, e3-e5 (“Cuidado Centrado no Cliente”). Desta forma, obteve-se uma boa qualidade de ajustamento ($1995,475/999=1,997$) com $RMSEA=0,055$; $P [rmsea < ou =0,05] < 0,001$; $MECVI= 7,005$) para valores de *Standardized RMR*: 0,0723 (Carvalho et al., 2022). Apesar de modelo melhor ajustado, realizaram-se novas covariâncias entre e3-e4 (“Cuidado Centrado no Cliente”). Desta forma, obteve-se uma boa qualidade de ajustamento (com valor igual $1973,461/998=1,997$ e ajustamento de qualidade melhorado ($GFI= 0,800$) e bom para $CFI= 0,899$. Manteve-se o valor bom de $RMSEA=0,055$; $P [rmsea < ou =0,05] < 0,001$; $MECVI= 6,945$) para valores de *Standardized RMR*: 0,0721. O modelo ficou com sete dimensões (septa-fatorial da CNLSES-PT) e ajustado a uma amostra de 329 enfermeiros líderes clínicos apresentou uma qualidade de ajustamento boa ($1919,451/994 = 1.931$, $p < 0,05$) bem como índices de parcimónia $MECVI (8,980)$, $P [rmsea < ou =0,05] < 0,001$ para valores de *Standardized RMR*: 0,0709. Obteve-se um ajustamento de $GFI= 0,805$ e $CFI= 0,904$ (Carvalho et al., 2022).

Consistência

A consistência interna das dimensões e do instrumento foram estimadas a partir da medida de consistência interna Alfa de *Cronbach* nas sete dimensões, considerando-se a fiabilidade aceitável se $\alpha \geq 0,70$ (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). A consistência interna do questionário apresentou valores de $\alpha=0,96$, que é excelente (Almeida, 2017; Carvalho et al.,

2022). Observa-se que a dimensão Liderança Clínica, tem consistência muito boa ($\alpha = 0,91$), enquanto as restantes dimensões, designadamente o Cuidado Centrado no Cliente ($\alpha = 0,90$), Gestão da Unidade ($\alpha = 0,89$), Liderança Estratégica ($\alpha = 0,86$), Gestão da equipa ($\alpha = 0,88$), Redução de Custos ($\alpha = 0,84$), e Planeamento de cuidados ($\alpha = 0,82$) foram consideradas boas (Almeida, 2017; Carvalho et al., 2022).

Limitações

A utilização do *guideline* de Beaton et al. (2000) ou de Sousa e Rojjanasrirat (2011) para a adaptação e validação transcultural na população portuguesa constitui um ponto forte do instrumento de avaliação. A amostra foi relevante, uma vez que o número de participantes por item foi superado. No entanto, considera-se limitação o facto de ter sido aplicado o questionário apenas um centro hospitalar. Seria útil ampliar este estudo a nível nacional e em diferentes contextos da prática de cuidados e académico (Carvalho et al., 2022).

Recomendações

Esta escala permite estabelecer *benchmarking* com os resultados de estudos internacionais e colocar os enfermeiros portugueses na discussão com investigadores mundiais sobre assuntos atuais de extrema importância para a valorização e qualificação dos sistemas de saúde. Permite ainda, facultar aos enfermeiros gestores uma ferramenta, que quando aplicada aos enfermeiros da prática permite a obtenção de resultados que indicam a confiança dos enfermeiros, relativamente ao desempenho da sua função de liderança clínica, designadamente aos enfermeiros responsáveis de turno/equipa desempenham e que não são reconhecidos como tal, ainda que com importância a nível dos resultados aos clientes e consequentemente ganhos em saúde.

Referências

- Aguiar, P. (2007). *Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Climepsi Editores: Lisboa.
- American Association of Colleges of Nursing. (2013). *Competencies and curricular expectations for clinical nurse leader education and practice*. American Association of Colleges of Nursing, Washington, 1-43. <http://faculty.sites.uci.edu/ncrc/files/2016/01/60.pdf>
- Australian College of Nursing. (2015). *Nurse leadership*. Australia, <https://www.acn.edu.au>
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da Saúde: Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta.
- Baernholdt, M., & Cottingham, S. (2011). The Clinical Nurse Leader - new nursing role with global implications. *International Nursing Review*, 58 (1), 74-78. <https://doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00835.x>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bender, M., Williams, M. & Su, W. (2016). Diffusion of a Nurse-led healthcare innovation: Describing certified clinical nurse leader integration into care delivery. *Journal of Nursing Administration*, 46(7-8), 400-407. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000365>
- Bombard, E., Chapman, K., Doyle, M., Wright, D., Shippee-Rice, R. & Kasik, D. (2010). Answering the question, "What Is a clinical nurse leader?" *Journal of Professional Nursing*, 26(6), 332-340 <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.04.001>
- Carvalho, M. C. & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice: systematic review. *Millenium*, 2(11), 57-64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>
- Carvalho, M., Gaspar, F., Potra, T. & Lucas, P. (2022). Translation, adaptation, and validation of the Self-Efficacy Scale for clinical nurse leaders for the Portuguese culture. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 19(14), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148590>
- Clavo-Hall, J., Bender, M. & Harvath, T. (2018). Roles enacted by clinical nurse leaders across the healthcare spectrum: A systematic literature review. *Journal of Professional Nursing*, 34(4), 259–268. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.11.007>
- De Sul, S. I. R. & Lucas, P. R. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 7(5), 1475–1481. <https://doi.org/10.1002/nop2.521>
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A. & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: Findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advancing Nursing*, 67(5), 1079–1090. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x>
- Gilmartin, M. (2014). Variations in clinical nurse leaders' confidence with performing the core role functions. *Journal of Professional Nursing*, 30(4), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.11.002>
- Gilmartin, M. & Nokes, K. (2015). A Self-efficacy scale for clinical nurse leaders®: Results of a pilot study. *Nursing Economics*, 33(3), 133-143. <https://bpb-us-e2.wpmucdn.com/faculty.sites.uci.edu/dist/d/469/files/2016/01/77.pdf>
- Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S. & Araújo, B. (2021). Validation of the psychometric properties of the practice environment Scale of Nursing Work Index in primary health care in Portugal. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(12), 6422-6433. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>
- Lucas, P. & Nunes, E. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- Marôco, J. (2014). Análise de Equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações. (2ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS. (6ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Polit, D. & Beck, C. (2018). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Souza, A., Alexandre, N. & Guirardello, E. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia dos Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Stavrianopoulos T. (2012). The clinical nurse leader. *Health Science Journal*. 6(3), 392- 401.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

