

Volume I

Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem

Instrumentos Validados Transculturalmente
para Portugal

*Pedro Lucas
Paulo Cruchinho
Susana Sul
Patrícia Costa
Elisabete Nunes
Filomena Gaspar*

Editores

Volume I

Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem

Instrumentos Validados Transculturalmente
para Portugal

***Pedro Lucas
Paulo Cruchinho
Susana Sul
Patrícia Costa
Elisabete Nunes
Filomena Gaspar***

Editores

FICHA TÉCNICA

Título

Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem: Instrumentos Validados Transculturalmente para Portugal

Editores

Pedro Lucas, PhD, RN
Paulo Cruchinho, MSc, RN
Susana Sul, MSc, RN
Patrícia Costa, RN
Elisabete Nunes, PhD, RN
Filomena Gaspar, PhD, RN

Coordenação Editorial

Pedro Lucas, PhD, RN
Paulo Cruchinho, MSc, RN
Susana Sul, MSc, RN
Patrícia Costa, RN

Edição

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Av. Dom João II, Lote 4.69.01, 1990-096 Lisboa

E-mail // cidnur@esel.pt

Web // <https://www.esel.pt/node/7853>

Coletânea Temas de Gestão em Enfermagem, Vol. I, 2024

ISBN: 978-989-53879-0-8

DOI: <http://doi.org/1057632/978-989-53879-0-8>

Informação

Os instrumentos adaptados transculturalmente para Portugal que são apresentados neste livro estão disponíveis no rIMAGE® (Repositório de Instrumentos de Medida e de Avaliação para a Gestão em Enfermagem) em <https://www.esel.pt/node/7858>. Este livro foi publicado no âmbito da Semana Internacional do Acesso Aberto.



Este livro é um documento de acesso aberto distribuído de acordo com a licença *Creative Commons* Atribuição 3.0 Portugal (CC BY-NC-ND 3.0 PT), permitindo a sua utilização desde que seja reconhecida a autoria e seja isento de quaisquer alterações.



“Building research capacity is a long-term process that requires sustained effort, in terms of formal training opportunities but, more importantly, in providing a nurturing environment for trainees to continue to develop their knowledge and skills by being involved in conducting research”

— Andermann et al., (2011, p. 100)



Autores & Editores

Catarina Cabrita, RN, MScN, Enfermeira Coordenadora, Residências Sénior Domus Aurea em Algueirão-Mem Martins, Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Eliana Sousa, RN, MScN, Enfermeira no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Especialista em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Elisabete Nunes, RN, PhD, Doutora em Enfermagem, especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem pela Universidade católica Portuguesa. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pelo ISCTE. Licenciada em Enfermagem e especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa – CIDNUR.

Filomena Gaspar, RN, PhD, Doutora em Comportamento Organizacional pelo ISCTE. Pós Graduada em Administração Hospitalar pela ENSP. Mestre Comportamento Organizacional pelo ISPA. Licenciada em Enfermagem e especialista em Enfermagem Médico-Círgica. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR. Vice Presidente da *European Federation of Educators in Nursing Science*, Vogal do Conselho Executivo da AD-CAML. Membro da comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-26 da DGS.

Gisela Teixeira, RN, MScN, Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Gestão em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pós-Graduada em Gestão em Saúde pela Universidade Camilo José Cela (Madrid) em parceria com a IMF Business School e Pós-Graduada em Estatística Aplicada à Saúde pela Universidade NOVA de Lisboa em parceria com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Enfermeira na Diaverum. Professora Assistente Convidada na ESEL. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Autores & Editores

Marlene Carvalho, RN, MScN, Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, Unidade Local de Saúde de São José, Competência acrescida diferenciada em Supervisão clínica, Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Paula Agostinho, RN, PhD, Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa/ESEL. Docente no IPLuso - ERISA. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Paulo Cruchinho, RN, MScN, Mestre em Enfermagem, especialidade em Gestão em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Licenciado em Enfermagem e pós-graduado em Sistemas de Informação pela Universidade de Évora. Professor Adjunto e coordenador do gabinete de Empreendedorismo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR. Revisor de diversas revistas científicas internacionais indexadas.

Pedro Lucas, RN, PhD, Doutor em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa; Doutor em Psicologia – especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Aberta; Mestre em Enfermagem – especialidade em Enfermagem Comunitária, pela Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Saúde Pública – especialidade em Políticas e Administração de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa; Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende; e Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária pela Ordem dos Enfermeiros. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL - e Coordenador do Mestrado de Gestão em Enfermagem. Coordenador do Departamento de Administração em Enfermagem da ESEL. Investigador do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR. Perito nas áreas de Tradução e Adaptação Transcultural de instrumentos de avaliação, Gestão em Enfermagem, Ambiente de Prática de Enfermagem, Segurança do Doente, Satisfação do Cliente, Satisfação Profissional, Liderança em Enfermagem, Liderança Clínica, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Políticas de Saúde, e com produção científica nestas áreas. Revisor de diversas revistas científicas nacionais e internacionais indexadas.

Autores & Editores

Patrícia Costa, RN, Enfermeira Especialista em Reabilitação, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E., Professora Assistente Convidada na ESEL. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Sara Anunciada, RN, MScN, Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, Unidade Local de Saúde de São José, Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa – CIDNUR.

Susana Sul, RN, MScN, Mestre em Enfermagem na área da Gestão em Enfermagem e na área de Saúde Comunitária pela ESEL. Enfermeira no Unidade Local de Saúde de São José. Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. Investigadora do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento da Enfermagem de Lisboa - CIDNUR. Membro da Comissão Coordenadora do RIMAGE®.

Teresa Potra, RN, PhD, Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Mestre em Comportamento Organizacional pelo ISPA. Licenciada em Enfermagem e especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento da Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.





O projeto de investigação está integrado no Grupo de investigação: Investigação em Desenvolvimento Profissional de Enfermagem do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Investigador principal: **Pedro Lucas** (prlucas@esel.pt)

Co-investigador responsável: **Filomena Gaspar**

Tem como objetivos:

1. Analisar o contributo do ambiente de prática de enfermagem para a qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes dimensões: satisfação profissional; intenção de saída dos enfermeiros; exaustão dos enfermeiros; carga de trabalho e dotações de enfermeiros; segurança do cliente; e satisfação do cliente;
2. Desenvolver intervenções promotoras de ambientes de prática de enfermagem favoráveis e consequente qualidade dos cuidados de enfermagem, em contexto: Hospitalar; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residenciais para Idosos.



Handovers4SafeCare®

O projeto de investigação está integrado no Grupo de investigação: Investigação em Desenvolvimento Profissional de Enfermagem do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Investigador principal: **Pedro Lucas**

Co-investigador responsável: **Paulo Cruchinho** (pjcruchinho@esel.pt)

Tem como objetivos:

1. Contribuir para o estudo, desenvolvimento, implementação e avaliação de métodos e instrumentos de comunicação focalizados na transição e transferência segura de cuidados de enfermagem, assim como, a sua integração nos currículos de ensino da formação pré e pós-graduada e da formação contínua em enfermagem;
2. Promover o desenvolvimento de projetos interinstitucionais que visem a transferência do conhecimento sobre os métodos e instrumentos de comunicação focalizados na transição e transferência segura de cuidados de enfermagem.





O projeto de investigação está integrado no Grupo de investigação: Investigação em Desenvolvimento Profissional de Enfermagem do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Investigador principal: **Elisabete Nunes** (enunes@esel.pt)

Co-investigador responsável: **Filomena Gaspar**

Tem como objetivos:

1. Expandir o conhecimento sobre a liderança e a segurança do doente em vários contextos de cuidados, nomeadamente através da identificação e validação de instrumentos de avaliação e da análise da segurança do doente nos vários contextos de cuidados;
2. Estudar a relação existente entre a liderança dos enfermeiros e os resultados na segurança do doente.



Com imensa alegria e satisfação apresento à comunidade de Enfermagem de Portugal e a todos os interessados na área de Gestão em Enfermagem esse *E-Book*, que traz contribuições potenciais à assistência em saúde, gestão e pesquisa em Enfermagem.

O *e-book* “Práticas de investigação em Gestão em Enfermagem: Instrumentos Validados Transculturalmente para Portugal” compila resultados de pesquisas robustas de tradução e adaptação transcultural de instrumentos de gestão, realizadas por pesquisadores engajados com a qualidade, segurança e melhoria de serviços de saúde do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Portugal.

Os capítulos que compõem a obra apresentam de maneira clara e prática os instrumentos traduzidos e validados, e didaticamente foram elaborados com a descrição, finalidade, população-alvo, modo e tempo de resposta, conteúdo, pontuação, validade, consistência, limitações e recomendações sobre cada uma das escalas.

Ao longo dos capítulos, são apresentadas seis escalas descritas de forma atualizada e adaptada à realidade portuguesa, com subsídios para sua aplicação por gestores de Enfermagem para avaliação de problemas gerenciais que incluem abandono voluntário do trabalho, intervenções na prática de cuidados, atributos organizacionais que caracterizam o ambiente de prática, autoeficácia de enfermeiros líderes clínicos, e indicadores de qualidade da prática de enfermagem. Tais temas potencializam a interdependência entre gestão e cuidado, bem como fortalecem a avaliação da estrutura organizacional para obtenção de melhores resultados na saúde.

No âmbito da pesquisa, no cenário internacional, destaca-se o potencial de replicação de estudos de tradução e adaptação transcultural dos instrumentos apresentados, com vista ao avanço do conhecimento gerencial com impacto na realidade e nos sistemas de saúde.

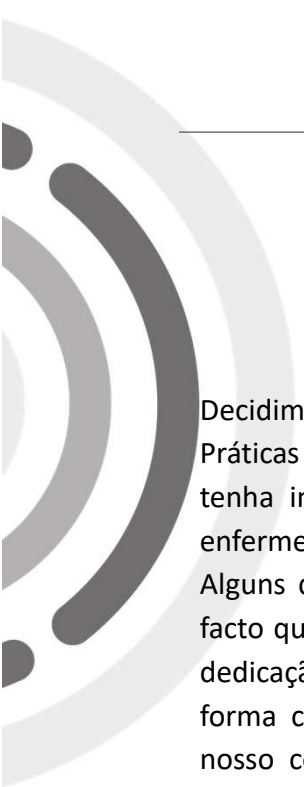
Espero que a leitura deste e-book seja proveitosa e que contribua para o fortalecimento da gestão de enfermagem nos serviços de saúde portugueses, e que fomentem novas pesquisas sobre as temáticas abordadas.

Professora Doutora Karla Crozeta Figueiredo

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Curitiba-Paraná, Brasil





Decidimos desenvolver uma coletânea de temas de Gestão em Enfermagem intitulado: Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem, por forma a disponibilizar, a quem tenha interesse, um conjunto de trabalhos que decorreram dos percursos de muitos enfermeiros que connosco realizaram os seus mestrados de Gestão em Enfermagem. Alguns dos trabalhos desenvolvidos, foram publicados em revistas científicas indexadas, facto que nos deixa um grande orgulho, pela sua qualidade, mas também pelo empenho, dedicação e foco que estes enfermeiros revelam. Estes estudos têm vindo a contribuir de forma crescente e significativa para a promoção da divulgação científica reforçando o nosso compromisso contínuo com o avanço do conhecimento na área da Gestão em Enfermagem.

Os temas que têm sido desenvolvidos, decorrem de um caminho de investigação científica iniciado há vários anos, de conceção, delineamento, execução e desenvolvimento de projetos de investigação sediados no nosso reconhecido Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR. O conjunto de investigadores que participam nos projetos, contribuem para o seu desenvolvimento e divulgação científica, têm sido os principais entusiastas desta nossa iniciativa, e estamos agora a dar eco aos seus apelos.

Esta Coletânea é resultado do empenho dos coordenadores dos três projetos de investigação da Gestão em Enfermagem do CIDNUR: Prof^a Doutora Elisabete Nunes, Prof. Dr. Paulo Cruchinho e eu próprio. Importa salientar que usufruímos da visão estratégica da Prof^a Doutora Filomena Gaspar, que criou o primeiro projeto de investigação na área da Gestão em Enfermagem, na UI&DE, há vários anos atrás. A continuidade que demos com os três atuais projetos, não teria os resultados que são cada vez mais sólidos e visíveis, se não tivéssemos tido a visão estratégica, a inspiração e o exemplo da Prof^a Doutora Filomena Gaspar.

Este primeiro volume intitulado: Instrumentos Validados Transculturalmente para Portugal, versa algumas das traduções e validações transculturais de instrumentos de medida de interesse para a área da Gestão em Enfermagem.

A Gestão em Enfermagem em Portugal pode agora, desenvolver mais estudos, utilizando as escalas que traduzimos e validámos para o contexto cultural português. Só com instrumentos adequados podemos estudar e perceber os diferentes fenómenos e problemáticas importantes para a Gestão em Enfermagem, para a disciplina e para as organizações de saúde, contribuindo para a inovação e para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Estas escalas traduzidas e validadas para o contexto cultural português, estão publicadas em revistas científicas indexadas.

Os capítulos desta Coletânea, foram elaborados pelos mesmos autores dos artigos científicos que lhes deram origem, mas são agora disponibilizados em língua portuguesa. Esta nossa iniciativa, na língua de Camões e de Pessoa, pretende também ser um instrumento que favoreça a acessibilidade de atores de diferentes contextos culturais. A Prof^a. Doutora Karla Crozeta Figueiredo, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil, honrou-nos com o prefácio desta obra.

A todos os que colaboraram nesta iniciativa, o meu muito obrigado.

Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas

Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Lisboa, Portugal





Prefácio

Karla Crozeta Figueiredo

Nota Introdutória

Pedro Bernardes Lucas

- Capítulo 1 **Escala de Intenção de Turnover**..... 25
Susana Sul e Pedro Lucas
- Capítulo 2 **Escala de Interação Enfermeiro-Paciente**..... 35
Paula Agostinho, Filomena Gaspar e Teresa Potra
- Capítulo 3 **Escala Nursing Work Index-Revised**..... 45
Sara Anunciada, Filomena Gaspar e Pedro Lucas
- Capítulo 4 **Escala de Autoeficácia para Enfermeiros Líderes Clínicos**..... 55
Marlene Carvalho, Filomena Gaspar, Teresa Potra e Pedro Lucas
- Capítulo 5 **Escala de Indicadores de Qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem**..... 67
Eliana Sousa, Filomena Gaspar e Pedro Lucas
- Capítulo 6 **Escala de Perceção Individual da Carga de Trabalho**..... 77
Catarina Cabrita, Pedro Lucas, Gisela Teixeira e Filomena Gaspar



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



Capítulo 1

Escala de Intenção de Turnover

Susana Sul e Pedro Lucas



Escala de Intenção de Turnover

Susana Sul ^{*1,2} e **Pedro Lucas** ¹

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

² Unidade Local de Saúde de São José, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- turnover
- ambiente da prática de enfermagem
- gestão em enfermagem
- estudos de validação

A *Anticipated Turnover Scale (ATS)* avalia a intenção dos enfermeiros em abandonar voluntariamente a sua presente posição laboral, quer seja com o intuito de realizar um processo de *turnover* interno (mudar de serviço/unidade), externo (mudar de organização/empresa) ou mesmo abandonar a profissão. Verificou-se que não existe em Portugal uma escala que permita avaliar a intenção dos enfermeiros em abandonar a sua atual posição laboral, pondo em causa o sucesso dos esforços realizados pelos enfermeiros gestores em reter os seus enfermeiros. A versão portuguesa da ATS é constituída por 10 itens, de resposta fechada. A pontuação máxima da escala é de 70 pontos e a mínima de 10 pontos, ou seja, quanto mais elevada for a pontuação maior será a Intenção de *Turnover*. Apresenta um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.910. O uso deste instrumento no contexto português poderá permitir aos enfermeiros gestores identificar e comparar as intenções de *turnover* nos seus enfermeiros, e implementar mudanças que visem evitar este fenómeno, especialmente através da melhoria do ambiente da prática de enfermagem.

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:

Sul, S. & Lucas, P. (2024). Escala de intenção de *turnover*. 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. 25-34), http://doi.org/10.56732/978-989-53879-0-8_1

* susana.sul@gmail.com

Descrição

Nos últimos anos, a forte possibilidade de num futuro próximo haver falta de enfermeiros a nível mundial tem sido alvo de uma crescente preocupação, ficando as principais razões a dever-se ao envelhecimento da população e às condições de trabalho destes profissionais, que continuam a não ser as mais favoráveis (OECD, 2017). Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2013) e o *International Council of Nursing* (ICN) (2018), está estimado que até 2030 irá existir um défice mundial de cerca de 9 milhões de enfermeiros.

A emigração a que se tem assistido nos últimos anos nos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros, põe também em causa a distribuição equitativa e sustentabilidade dos serviços de saúde, motivo pelo qual o relatório da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) e *European Observatory on Health Systems, and Policies* (EOHSP) (2017) apontam para a necessidade extrema de conseguir motivar os profissionais, contendo e invertendo a sua intenção em sair do país. O fenómeno de *turnover* em enfermagem, aliado à escassez mundial de recursos humanos especificamente no contexto de enfermagem, tem vindo a ganhar relevância. Assim, surgiu recentemente a campanha global de 3 anos (2018-2020) apelidada *Nursing Now* que, em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros e a Organização Mundial de Saúde, pretendeu oferecer uma oportunidade de sensibilização e consciencialização, da sociedade em geral e do poder político, para a importância extrema dos enfermeiros na manutenção e promoção da sustentabilidade dos serviços de saúde, procurando impulsionar o investimento nesta área, tornando a profissão de enfermagem mais atrativa, empoderando e valorizando-a (WHO, 2018).

O fenómeno de *Turnover* consiste segundo Dessler (2017) na saída de um colaborador da organização em que exerce funções, sendo este um acontecimento voluntário. Em enfermagem o *Turnover* pode ser interno quando o enfermeiro muda de unidade de trabalho, exercendo funções noutros serviços da mesma instituição; ou externo quando a abandona por completo.

Pode ainda falar-se de *Turnover* quando o enfermeiro abandona a profissão (Barlow & Zangaro, 2010).

O estudo sobre o *Turnover* deve começar com o estudo da sua intenção. Ou seja, estudar a Intenção de *Turnover*, é importante por forma a conseguir identificá-lo e antecipá-lo, podendo em última análise evitá-lo. Vários estudos comprovam que existe uma forte relação positiva entre a intenção em abandonar o local de trabalho e de facto fazê-lo, motivo pelo qual o estudo do mesmo deve incidir sobre ambos (Hinshaw & Atwood, 1984; Galleta et al., 2016).

O fenómeno de *Turnover* oferece oportunidades no que toca à possível entrada de novos elementos que se encontrem motivados e promovam a inovação a médio prazo no serviço que os acolhe. No entanto, o *Turnover* tem um grande potencial negativo, uma vez que a este processo de saída estão associados ambientes da prática de enfermagem negativos, uma grande perda de capital intelectual, bem como uma ameaça às dotações seguras, à segurança e à qualidade dos cuidados, aumentando tempos de internamento hospitalares, perda de utentes para outras instituições de saúde por falta de recursos e aumento da ocorrência de incidentes (Marquis & Huston, 2012; Chênevert, Jourdain & Vandenberghe, 2016). É ainda um processo dispendioso no que toca ao recrutamento, contratação e integração de novos enfermeiros, pondo em causa a sustentabilidade dos serviços de saúde (Kovner, Brewer, Fatehi & Jun, 2014; Hunt, 2009). De acordo com o estudo de Colosi (2016), o custo da saída de um enfermeiro, em contexto hospitalar nos EUA, revê-se num gasto entre 37,700 dólares a 58,400 dólares, representando para as organizações uma tremenda adversidade na procura de lucro e sustentabilidade dos serviços de saúde.

A saída de enfermeiros de um determinado ambiente da prática de enfermagem representa uma sobrecarga para os colegas que permanecem, sendo que estes tendem a apresentar-se menos satisfeitos, levando a uma diminuição da qualidade das relações e coesão na equipa, gerando em última instância, um círculo vicioso gerador de maior Intenção de *Turnover* (De Sul & Lucas, 2020). Ainda assim, de acordo com Kutney-

Lee, Wu, Sloane e Aiken (2013), os ambientes da prática de enfermagem são mutáveis, ou seja, a intervenção do enfermeiro gestor pode alterar o ambiente e, em última análise, melhorá-lo. Os enfermeiros gestores devem aproveitar este facto para atuarem como agentes de mudança e ajudarem a desenvolver políticas e recomendações, baseadas em evidência científica, que promovam ambientes da prática de enfermagem saudáveis (Murray, 2017). Segundo Heinen, Achterberg, Schwendimann, Zander, Matthews, Kózka, Ensio, Sjetne, Casbas, Ball e Schoonhoven (2013), os enfermeiros gestores têm a capacidade de influenciar as intenções dos enfermeiros, podendo prevenir o *Turnover* e promover a retenção, sobretudo através da melhoria do ambiente da prática de enfermagem. Deste modo, fornecer aos enfermeiros gestores escalas que lhes permitam realizar uma avaliação relativamente às intenções dos enfermeiros em abandonar a sua atual posição laboral é importante para que estes possam realizar um primeiro diagnóstico da situação da sua equipa (Lake, 2007). Uma vez que, em Portugal, não existe uma escala que avalie a intenção de *turnover* especificamente em enfermeiros propôs-se realizar a tradução, validação e adaptação cultural para a população portuguesa de um instrumento que avalie esta intenção, com vista à sua futura utilização quer por enfermeiros gestores quer por investigadores (De Sul & Lucas, 2020).

Finalidade

A versão portuguesa da *Anticipated Turnover Scale* (ATS) avalia a intenção dos enfermeiros em abandonar voluntariamente a sua presente posição laboral, quer seja com o intuito de realizar um processo de *turnover* interno (mudar de serviço/unidade), externo (mudar de organização/empresa) ou mesmo abandonar a profissão (De Sul & Lucas, 2020).

População-alvo

O tamanho da amostra para obter a Escala de Intenção de Turnover foi calculado respeitando o rácio 10:1 (nº de sujeitos por

cada item do questionário) (Marôco, 2018). Considerando que o instrumento tem 12 itens, foi determinado obter uma amostra de, pelo menos, 120 participantes. O único critério de inclusão era encontrar-se a desempenhar funções como enfermeiro no Centro Hospitalar selecionado. A amostra incluiu 259 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 22 e os 60 anos, com uma idade média de 36 (\bar{x} =35,8) e moda (M_o) de 25 anos. 66,4% dos enfermeiros tinham entre 31 e 60 anos. A amostra não-probabilística foi maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 78,4% de todos os inquiridos. O tempo de exercício profissional variou entre o mínimo de 1 e o máximo de 37 anos, sendo a média (\bar{x}) 12,6 anos. No que concerne às habilitações, a maioria da amostra (58,7%) apresentou o grau de licenciado e 16,6% dos enfermeiros tem especialidade. Apesar desta percentagem de enfermeiros com especialidade, o estudo revelou que apenas 3,5% da amostra exercia funções como enfermeiro especialista. Relativamente ao local de exercício profissional, em ordem decrescente, 62,9% da amostra exercia funções em serviços de internamento, seguida de unidades de cuidados intensivos (UCI) (22%), serviços de urgência (6,2%), bloco operatório (5,8%) e, por fim, consulta externa, a corresponder a 3,1% dos inquiridos (De Sul & Lucas, 2020).

Modo e tempo de resposta

Todos os enfermeiros de três instituições pertencentes ao Centro Hospitalar foram convidados a participar no estudo. Estes foram abordados após reuniões prévias com os enfermeiros responsáveis de cada serviço, no sentido de explicar e esclarecer quaisquer dúvidas sobre o carácter do estudo de validação da ATS. Aos que aceitaram participar no estudo foram entregues envelopes com um formulário de caracterização demográfica (não identificadoras da identidade pessoal), o instrumento de recolha de dados e instruções sobre como proceder ao seu preenchimento. Foi ainda requisitado que se fechassem os envelopes antes da data de serem recolhidos. Este processo decorreu entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Estima-se que o preenchimento total do formulário tenha

demorado cerca de 5 minutos a preencher (De Sul & Lucas, 2020).

Conteúdo

A Escala de Intenção de Turnover é constituída por 10 itens, de resposta fechada e não possui sub-escalas. Os resultados que advêm da sua aplicação não tecem quaisquer hipóteses relativamente ao que propicia o evento de *Turnover* (De Sul & Lucas, 2020). Após obtida a autorização das autoras da escala original (Dr^a Hinshaw e Dr^a Atwood) e utilizando a metodologia proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) realizou-se a tradução de inglês para português da escala por dois tradutores independentes, um bilingue, fluente em português, mas cuja língua materna é o inglês, com conhecimentos na área de enfermagem e um tradutor profissional sem conhecimentos na área da saúde. A tradução e adaptação consistiu numa análise exaustiva, não se baseando apenas na dimensão lexical, mas também na adaptação cultural à realidade portuguesa, por forma a garantir que os itens mantinham o significado idêntico ao da língua original. Seguidamente, foi realizada uma análise das duas versões originando uma versão consenso. A partir da versão consenso, numa terceira etapa, realizou-se a retroversão por um terceiro tradutor, profissional, desconhecedor da versão original, dando origem à versão retrovertida. Nesta etapa constatou-se que todas as 12 afirmações traduzidas novamente para o inglês mantiveram o mesmo significado das afirmações originais (De Sul & Lucas, 2020).

Em seguida, perante a escala obtida, realizou-se o teste de compreensão (ou pré-teste), que foi aplicado a uma amostra não-probabilística de 22 enfermeiros. A escolha do tamanho da amostra baseou-se nos resultados de um estudo denominado "Sample size for pre-tests of questionnaires" que se debruça sobre a análise matemática do tamanho necessário da amostra para a realização do pré-teste com alguma segurança, tendo em conta a prevalência de problemas com os itens de uma determinada escala. O estudo em questão revelou que um mínimo de 22 indivíduos é necessário para se

conseguir detetar 90% dos problemas da escala (Perneger, Hudelson, Courvoisier & Gayet-Ageron, 2015). Se mais de 20% tiverem dúvidas relativamente à escala, esta terá de voltar a ser analisada e possivelmente traduzida (Beaton et al., 2000). Em quatro momentos separados, a escala foi então preenchida por 22 enfermeiros (amostra não-probabilística), sendo que o tempo médio para completar a escala foi de 5:18 min. Este tempo de preenchimento vai ao encontro dos resultados obtidos por Barlow & Zangaro (2010) em que se demorou uma média de 5 minutos. Em aproximadamente 86% desta amostra, não se encontraram quaisquer problemas com a escala durante o seu preenchimento. Os participantes consideraram-na de rápido e simples preenchimento, tendo compreendido o significado de todas as afirmações apresentadas. Os restantes 14% da amostra apresentaram uma questão bastante pertinente relativamente à semelhança de dois itens (1 e 10). Esta dúvida foi esclarecida com a autora da escala original relativamente à diferença entre as mesmas, procurando seguidamente evidenciar com maior clareza a sua diferença (De Sul & Lucas, 2020).

Pontuação

A pontuação máxima da escala é de 70 pontos e a mínima de 10 pontos, ou seja, quanto mais elevada for a pontuação maior será a Intenção de *Turnover*. De realçar que os itens 1, 3, 5, 7 e 8 se encontram na negativa, e por esse motivo, deverão ser cotados inversamente. Para além disso, todos os itens utilizam um único formato de resposta de tipo *Likert* de sete pontos (1. "discordo fortemente" a 6. "concordo fortemente"), com possibilidade de resposta neutra (4) (De Sul & Lucas, 2020).

Validade

A fim de se verificar se os dados colhidos para a validação psicométrica eram adequados para a análise fatorial exploratória, determinou-se o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*, onde se obteve 0,922 e 0,000 respetivamente, o que

mostrou uma excelente recomendação para a utilização da análise fatorial (Grove, Sutherland & Gray, 2017). Com *eigenvalue* de 1 e o critério do *scree plot*, observou-se que uma matriz de 2 fatores explicava 58,89% da variância total. A primeira componente era constituída pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11 e 12; da segunda componente faziam parte os itens 4 e 9. Após terem sido extraídos os fatores, foi calculado até que ponto as variáveis saturavam nesses fatores através da rotação ortogonal *varimax*, considerando-se como ponto de corte o valor de 0,4 que é a prática estatística que refere Almeida (2017). Foi então necessário excluir os itens 4 e 9 por apresentarem valores inaceitáveis. Assim, iniciou-se novamente o processo de análise da validade de construto da escala já sem os dois itens excluídos (4 e 9). O *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett* foram de 0,934 e 0,000 respectivamente, o que continua a demonstrar uma excelente recomendação para a utilização da análise fatorial. De realçar ainda o ligeiro aumento do KMO que passou de 0,922 para 0,934. Com *eigenvalue* de 1 e o critério do *scree plot*, observou-se que uma matriz constituída por um(1) fator explicava 58,18% da variância total. Uma vez que apenas um componente foi extraído a solução não sofreu rotação (De Sul & Lucas, 2020).

A análise fatorial exploratória diferiu do estudo original em que se obteve dois fatores para explicar 54,9% da variância (Hinshaw & Atwood, 1984). Barlow e Zangaro (2010), numa comunicação pessoal em março de 2008, referiram que a ATS não possuía subescalas, tornando-a num instrumento unifatorial. Assim, e tendo em conta os resultados obtidos, considerou-se que o fator extraído correspondia à Intenção de *Turnover*, sendo este o único construto que a escala avalia e constituído por um total de dez (10) itens, que contribuem para explicar a ocorrência desse fenómeno (De Sul & Lucas, 2020). Foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) preliminar para a solução unifatorial com 10 variáveis observáveis através do método de Máxima Verosimilhança. A análise revelou que nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$) (Marôco, 2014), apresentando um valor de curtose multivariada aceitável ($KuMult=46.786$) ($KuMult < 70$ afastamento da

normalidade não crítico para AFC). O modelo original foi ajustado a uma amostra de 259 indivíduos, tendo revelado uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2_{35}=103.286$; $CMIN/DF=2.951$; $GFI=.902$; $CFI=.783$; $PCFI=.609$; $RMSEA=.087$; $P[rmsea \leq 0.05]=.001$) (De Sul & Lucas, 2020).

De modo a melhorar o ajustamento do modelo global, foram eliminadas 12 observações cujos valores de D^2 sugeriam tratar-se de *outliers* multivariados ($p1$ e $p2 < .001$), pelo que foram excluídos da análise fatorial confirmatória. Por sugestão de índice de modificação, foi incluída no modelo uma trajetória entre os resíduos das variáveis B_P3 e B_P5. Consequentemente, o valor de curtose multivariada decresceu para cerca de metade ($KuMult=25.157$) e a qualidade do ajustamento revelou-se sofrível a boa, com uma melhoria dos respetivos índices ($\chi^2_{34}=81.529$; $CMIN/DF=2.398$; $GFI=.926$; $CFI=.841$; $PCFI=.635$; $RMSEA=.075$; $P[rmsea \leq 0.05]=.024$). Todos os itens apresentam pesos fatoriais standardizados (λ) superiores a 0.5 à exceção de B_P3, com um valor de 0.46 e fiabilidades individuais (λ^2) superiores a 0.25, à exceção de B_P3, com um valor de 0.21, revelando assim que o fator apresenta validade fatorial. A fiabilidade compósita do fator revelou-se elevada, apresentando um valor superior a 0.7 ($FC=0.940$), e a validade convergente adequada, apresentando um valor superior a 0.5 ($VEM=0.619$) (De Sul & Lucas, 2020). As sugestões de modificação do software IBM®SPSS® Amos v.21.0.0, com o qual se realizou a AFC, deu indicação para colocar o item 3 a covariar com o item 5. A covariância deste par pode estar associada à existência de uma fonte de variação comum dos itens não explicada totalmente pelo fator comum presente no modelo (Marôco, 2014).

Consistência

Partindo dos doze (12) itens da escala foi determinada a consistência interna através do *Alfa de Cronbach*. Através deste obteve-se um valor de 0,865. A presença de todos os itens melhora a fiabilidade da escala, exceto o item 9 e o item 4 que diminuem a fiabilidade da escala. Ainda assim, optou-se por, num momento inicial, manter os itens para que se pudesse analisar o seu comportamento

durante a análise fatorial. Posteriormente, foi realizado a avaliação da fiabilidade da escala através da análise da consistência interna para os 10 itens após exclusão dos itens 4 e 9, e obteve-se um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.910, o que corresponde a uma consistência interna muito boa (Almeida, 2017). Uma consistência mais elevada comparativamente ao estudo original em que se obteve um *Alfa* de 0,84 (De Sul & Lucas, 2020).

Limitações

Realça-se a falta de validação de critério no presente estudo, que não foi realizada pela impossibilidade de recorrer a outra escala que avaliasse também a Intenção de *Turnover*, no entanto este era um aspeto que poderia ter conferido maior robustez e suporte relativamente à validade do instrumento.

Recomendações

Reiteramos que a escala avalia apenas a Intenção de *Turnover*, sendo que os resultados que advêm da sua aplicação não tecem quaisquer hipóteses relativamente ao que propicia esse evento. No entanto, fica a recomendação que cada caso, cada serviço e cada organização faça uma profunda análise e avaliação de quais são os principais fatores propiciadores de *turnover* com que se deparam. Recomenda-se ainda que seja sempre associado ao preenchimento desta escala uma breve explicação relativamente ao que se considera por Intenção de *Turnover*, uma vez que a intenção poderá ser só de abandonar o presente local de trabalho (serviço/unidade), a organização ou até mesmo a profissão. A presente escala oferece uma contribuição substancial para a enfermagem e contribui para a melhoria do ambiente e prática de enfermagem nos mais variados contextos de trabalho dos enfermeiros, quer sejam estes ambientes hospitalares, comunitários, Cuidados Continuados Integrados ou Estruturas Residências para pessoas idosas. Por isso, seria interessante, futuramente, explorar novamente as propriedades psicométricas da escala, uma vez que esta tem vindo já a ser utilizada desde 2019 noutras amostras e em

variados contextos da prática de enfermagem em Portugal. E ir até mais longe, explorando novas propriedades com recurso à análise da validade concorrente e preditiva.

Referências

- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde*. Loures, Lusodidacta.
- Barlow, K. & Zangaro, G. (2010). Meta-analysis of the reliability and validity of the Anticipated *Turnover* Scale across studies of registered nurses in the United States. *Journal of Nursing Management*, 18, 862-873. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01171.x>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Chênevert, D., Jourdain, G. & Vandenberghe, C. (2016). The role of high- involvement work practices and professional self-image in nursing recruits' turnover: A three-year prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 73-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.005>
- Colosi, B. (2016). *National healthcare retention & RN Staffing Report*. Pennsylvania: Nursing Solutions. <https://avanthealthcare.com/pdf/NationalHealthcareRNRetentionReport2016.pdf>
- Dessler, G. (2017). *Human resource management*. (15ª ed.). Boston: Pearson.
- De Sul, S. & Lucas, P. (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>
- Galleta, 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(5), 375-385. <https://doi.org/10.1002/nur.21733>
- Grove S., Sutherland, S. & Gray J. (2017). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*. (8ª ed.). Missouri: Elsevier.

- Heinen, M., Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I., Casbas, T., Ball, J. & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
- Hinshaw, A. & Atwood, J. (1984). Instrument: Anticipated Turnover Scale (ATS) (trabalho não publicado fornecido pelas autoras).
- Hunt, D. (2013). Does value congruence between nurses and supervisors effect job satisfaction and turnover? *Journal of Nursing Management*. 2013, 22(5), 572-582. <https://doi.org/10.1111/jonm.12055>
- Hunt, S. (2009). *Nursing turnover: Costs, causes & solutions*. California: SuccessFactors.
- ICN. (2018). World's nurses need a pay rise and better working conditions, concludes new report. Atas de *International Council of Nurses Workforce Forums*. Geneva. ICN. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6858/pr_18_pay_data_final.p df
- Kovner, C., Brewer, C., Fatehi, F. & Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate? *Policy, Politics & Nursing Practice*, 15, 64-71. <https://doi.org/10.1177/1527154414547953>
- Kutney-Lee, A., Wu E., Sloane, D. & Aiken, L. (2013). Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 195-201. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.014>
- Lake, E. (2007). The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104-122. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Marôco J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marquis, B. & Huston C. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. (7^a ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Murray, E. (2017). *Nursing leadership and management for patient safety and quality care*. Philadelphia: F.A. David Company.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Portugal: Perfil de saúde do país 2017*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264285385-pt>.
- OECD, (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Perneger, T., Hudelson, P., Courvoisier, D. & Gayet-Ageron, A. (2015). Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*, 24, 147-151. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0752-2>
- WHO. (2013). *A universal truth: No health without a workforce*. Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth
- WHO. (2018). Press Release. *Global nursing campaign launched by HRH the Duchess of Cambridge with nurses and health leaders across the world Nursing Now campaign to empower and support nurses in meeting 21st century health challenges*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/press/nursing_now_launch_-_press_release.pdf

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



Capítulo 2

Escala de Interação Enfermeiro-Paciente

Paula Agostinho, Filomena Gaspar
e Teresa Potra



Escala de Interações Enfermeiro-Paciente

Paula Agostinho ^{*1,2}, ***Filomena Gaspar*** ¹ e ***Teresa Potra*** ¹

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

² IPLuso – ERISA, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- interação enfermeiro-paciente
- investigação na prática
- gestão em enfermagem
- estudos de validação

A escala multidimensional *L'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23) é usada para avaliar e compreender as perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados, para alcançar melhores resultados de saúde. A versão portuguesa da EIEP apresenta uma estrutura com 22 itens distribuídos por 3 dimensões (Cuidados Relacionais, Cuidados Clínicos e Cuidados de Conforto), que explicou uma variância total 90.219% e um *Alfa de Cronbach* de 0,864. Os valores de *Alfa de Cronbach* para as três componentes variaram entre as três dimensões: Cuidados Relacionais ($\alpha = 0,910$); Cuidados Clínicos ($\alpha = 0,827$) e Cuidados de Conforto ($\alpha = 0,755$). A versão portuguesa da EIEP constitui um instrumento válido, fiável e útil para a avaliação das interações enfermeiro-paciente em Portugal. Em investigações futuras, recomendamos a avaliação psicométrica da EIIP noutros contextos, nomeadamente em cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados.

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:

Agostinho, P., Gaspar, F. & Potra, T. (2024). Escala de interações enfermeiro-paciente. 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. 35-44), http://doi.org/10.56732/978-989-53879-0-8_2

* paulamtragostinho@sapo.pt

Descrição

Estudos relacionados com as interações enfermeiro-paciente são escassos na literatura. Apesar do conceito cuidado de enfermagem ser multidimensional, envolvendo um conjunto de dimensões e condicionantes (Cossette et al., 2019), a sua avaliação é imprescindível para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem (Hovenga & Lowe, 2020). É consensual a influência dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, na satisfação dos pacientes, em particular em contexto hospitalar (Kol et al., 2018). Estes profissionais passam mais tempo com os pacientes hospitalizados comparativamente a outros e, interagem também com mais frequência, pelo que têm um impacto significativo na experiência de hospitalização dos pacientes. Dessa forma, os enfermeiros têm a oportunidade de se aproximar dos pacientes e conhecer suas expectativas (Karaca & Durna, 2019). É relevante identificar, como as atitudes e os comportamentos são percebidos pelos enfermeiros na sua prática profissional, sendo pertinente a utilização de instrumentos de medida válidos e fiáveis (Oliveira et al., 2018), para uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde (Silva & Costa, 2021). Com base nisso, optou-se por validar para a população portuguesa a *Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23* (EIIP-23) (Agostinho et al., 2021). Este instrumento de avaliação foi elaborado por Cossette, Côté, Pepin, Ricard e D'Aoust (2006), descreve as atitudes e os comportamentos dos enfermeiros na sua prática profissional (Genet et al., 2018). A EIIP-23 avalia, assim, as práticas do cuidar de enfermagem e assenta nos processos dedutivos e indutivos que descrevem as atitudes e os comportamentos do cuidar em enfermagem, correspondente a dez fatores (Brousseau et al., 2017). Os autores originais reportaram um conjunto de evidências de boa qualidade psicométrica e viabilidade que sustentaram a decisão de proceder à sua

validação psicométrica para a população portuguesa (*Alfa de Cronbach* = 0,90; χ^2 [811.43] = 10.311,27, $p < 0,0001$; CFI = 0,98; RMSE = 0,070) (Cossette, Pepin, Côté & Couval, 2008). Existem atualmente quatro estudos de tradução e validação em chinês (Jiang, Ruan & Xiang, 2015), coreano (Im, Cho & Heo, 2019), filipino (Calong & Soriano, 2019) e arábico (Sharour, 2021). A qualidade na prestação de cuidados, representa um dos grandes desafios dos enfermeiros gestores na atualidade (Agostinho et al., 2021). Embora a noção de qualidade tenha evoluído e progredido com a investigação produzida, no campo da tomada de decisão do enfermeiro gestor, estes precisam cada vez mais, de poder avaliar a perceção que os seus colaboradores têm relativamente aos cuidados por eles prestados e de que forma estes profissionais concretizam os padrões de qualidade dos cuidados, colocando o foco na obtenção da excelência no exercício profissional da enfermagem. A escolha deste instrumento de avaliação, pretendeu contribuir para a revisão das práticas de gestão em Portugal, em matéria de qualidade de cuidados, ao proporcionar um novo instrumento de avaliação e com a análise dos resultados obtidos, demonstrar a perceção que estes profissionais têm dos cuidados que prestam (Agostinho et al., 2021).

Finalidade

A EIIP-23 foi projetada para avaliar especificamente enfermeiros em várias áreas clínicas (incluindo unidades de cuidados intensivos, unidades de internamento) (Sitzman & Watson, 2019) e permite avaliar as percepções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados visando alcançar melhores resultados de saúde (Agostinho et al., 2021). No contexto da enfermagem portuguesa, é um instrumento relevante que pode apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros gestores e pode contribuir para melhorar as condições de trabalho (Agostinho et al., 2021).

População-alvo

Para a validação transcultural da EIIP-23, foi obtida uma amostra não-probabilística e intencionalmente escolhida para que representasse o “bom julgamento” da população/universo (Gray & Grove, 2021) que foi constituída por 147 enfermeiros a exercer funções numa Unidade Local de Saúde, EPE. O instrumento foi aplicado em quatro unidades de internamento: Ortopedia; Medicina; Cirurgia e Ginecologia / Obstetrícia. Foram incluídos todos os enfermeiros dos serviços de internamento, com mais de dois anos de experiência profissional, tendo-se obtido uma elevada taxa de resposta, nomeadamente de 90,1%. Da amostra, 83,0% dos participantes que responderam ao questionário eram do género feminino. Relativamente ao escalão etário, verificou-se que a maioria compreendeu entre os 30 anos e os 39 anos de idade (38,7%) e entre os 50 anos e 59 anos (26,5%). A idade mínima foi de 26 anos e a máxima de 62 anos. Quanto às habilitações académicas, a predominante foi a licenciatura, com 63,9%. Na categoria profissional, 5,4% detinha título de enfermeiro especialista, e maioritariamente a categoria de enfermeiro (84,4%). Quanto ao tempo de atividade profissional, verificou-se que a maioria exercia a profissão de 10 a 19 anos (51,0%). No âmbito do tempo de atividade na instituição, confirmou-se uma distribuição uniforme com destaque para o período de 0 a 9 anos (36,0%) e 10 a 19 anos (30,6%). Na variável serviço atual foi o serviço de medicina com a maior prevalência (Agostinho et al., 2021).

Modo e tempo de resposta

A aplicação do instrumento decorreu durante abril e maio de 2019. Foi solicitado aos responsáveis das unidades onde o questionário foi aplicado, que assegurassem que cada enfermeiro respondesse apenas uma vez ao questionário sendo a sua participação no estudo voluntária. Foi assegurada a natureza confidencial e

individualizada da participação entregando o questionário em envelope fechado, garantindo assim o anonimato dos participantes. Durante o processo de recolha de dados, o contacto da investigadora foi assíduo com os enfermeiros responsáveis das unidades, no sentido de esclarecer dúvidas. O tempo de resposta ao questionário variou entre 5 e 15 minutos e verificou-se não ter existido dificuldades no preenchimento e interpretação das questões (Agostinho et al., 2021).

Conteúdo

O processo de tradução e adaptação transcultural da EIIP-23 foi norteado pelo referencial teórico de Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2007) e compreendeu as seguintes etapas: I - tradução inicial; II - síntese das traduções; III - retrotradução; IV - comitê de especialistas; V - pré- teste; e VI - Versão Final da Escala Interação Enfermeiro-Paciente para português. A etapa I, que corresponde à tradução inicial da versão original em francês para a cultura portuguesa de Portugal, foi efetuada de forma independente por dois tradutores bilíngues. Um deles era fluente em francês e conhecedor da área e dos objetivos do estudo, o que permitiu fornecer equivalência cultural e idiomática, resultando na primeira tradução (T1). O segundo tradutor realizou a tradução sem esse conhecimento (T2). Após as traduções independentes, foi realizada a etapa II, em que os dois tradutores estabeleceram contato para discussão e síntese das versões T1 e T2, obtendo a primeira versão em português. Na etapa III, realizou-se a retroversão partindo da versão (BT1 e BT2), em que outros dois tradutores bilíngues (francês/português), sem formação na área da saúde, traduziram o questionário para a língua original. Na etapa IV, a análise pela revisão por especialistas foi efetuada com a participação de uma docente doutorada em linguística, duas docentes

doutoradas em enfermagem com vasto conhecimento no tema abordado e duas enfermeiras mestres, ambas com conhecimento sobre o processo metodológico de adaptação cultural. Posteriormente, na etapa V, foi realizado o pré-teste, que consistiu na aplicação experimental do questionário. A cada profissional enfermeiro foi entregue a versão pré-final, um guia para aplicação do questionário e o documento para registo da avaliação e possíveis sugestões. A versão pré-final foi objeto de consenso dando lugar à versão final. As etapas de tradução e síntese foram realizadas de forma satisfatória. Na retrotradução, as versões dos tradutores 1 e 2 foram idênticas em 19 afirmativas, e as diferenças encontradas foram avaliadas como sendo palavras sinónimas. Dessa forma, concluiu-se que as versões de retrotradução correspondiam na globalidade ao instrumento original. A etapa final foi a submissão de todas as traduções, retrotraduções, relatórios de especialistas e anotações aos autores do instrumento original (Beaton et al., 2007). Ao receberem essa informação, os autores tiveram a possibilidade de verificar se todas as etapas foram realizadas de forma correta para a validação da versão final do instrumento. A versão original e a versão final foram avaliadas por especialistas quanto à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. O percentual de concordância dos itens foi calculado com base no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), em que todos os itens obtiveram concordância superior a 90% na primeira fase de avaliação. Os autores aprovaram a versão final, surgindo a versão portuguesa da Escala das Interações Enfermeiro-Paciente (Agostinho et al., 2021).

Pontuação

A EIIP-23 é composta por 23 itens e mede 4 dimensões relativas aos cuidados clínicos: 1) problemas de saúde do paciente (itens 1 a 9); 2) cuidados relacionais - enfatiza os principais

elementos de uma relação terapêutica que englobe as percepções do paciente de uma situação particular tal como a relação de ajuda, expressão de emoções, resolução de problemas e fatores de espiritualidade (itens 10 a 16); 3) cuidados humanísticos - refletem a interdependência do cuidado como o humanismo, a esperança e a sensibilidade (itens 17 a 20); 4) cuidados de conforto - relação de cuidado que protege, realça e preserva a dignidade do paciente, humanidade e integridade (itens 21 a 23) (Cossette, 2015). Os itens são avaliados acerca da importância para os enfermeiros relativa à sua prestação de cuidados por uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos de (“nada importante” a “extremamente importante”). Os itens são também avaliados acerca da frequência nas últimas 2 semanas em que o enfermeiro realizou a prestação de cuidados, por uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (“quase nunca” a “quase sempre”). Esta escala integra, ainda, duas perguntas sobre cada item: (a) em contexto da sua prestação de cuidados aos clientes, o quanto é “importante” para si e (b) nas últimas duas semanas em contexto da sua prestação de cuidados aos clientes, realizou com que “frequência”. Cada uma destas duas perguntas é pontuada, respetivamente de 1 (nada importante) a 5 (extremamente) e 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) respetivamente para cada um dos 23 itens (Agostinho et al., 2021).

Validade

Para avaliar a validade de construto, efetuou-se a análise fatorial exploratória tendo por base os 23 itens, tal como o instrumento original. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Na escolha dos itens para cada fator seguiram-se os seguintes critérios: 1º - coeficiente de saturação (*factor loading*) superior a 0,40 num fator, 2º - fator

com maior peso fatorial. O item 20 não atendeu aos critérios de carga fatorial acima de 0,40 e foi excluído (Marôco, 2018). No total, a escala comporta 22 itens em três componentes. As três componentes explicaram 57,54% da variância total. Considerou-se necessário manter a perspectiva de Cossette et al. (2006), assim, mantivemos as designações dos três fatores do modelo, ajustando apenas a semântica ou o significado na dimensão cuidados relacionais (Agostinho et al., 2021).

A análise fatorial confirmatória foi realizada na estrutura fatorial de três fatores da EIIP-23, encontrados na nossa amostra. Embora os itens da EIIP-23 tenham apresentado bons pesos fatoriais ($> 0,4$), inicialmente o modelo CFA apresentou um ajuste inadequado ($\chi^2 / gl = 875,8$; CFI = 0,659; GFI = 0,665; RMSEA = 0,149; MECVI = 6,763). Além disso, as distâncias de Mahalanobis indicaram a presença de vários *outliers* multivariados, alguns dos quais foram removidos do modelo, e os índices de modificação foram analisados. Como as alterações não foram significativas, este estudo analisou os índices de modificação do modelo, sendo que os maiores ocorreram entre as correlações de erros entre os itens 6 e 7; 8 e 9; e entre os itens 16 e 17. Considerando a revisão, o modelo apresentou qualidade de ajuste com melhores índices para a amostra e menor MECVI (5,573 versus 6,763) do que o modelo inicial. Relativamente à análise exploratória emergiu a estrutura dos três fatores: o Fator 1, denominado de Cuidados Relacionais constituiu-se por 9 itens (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 19) explica de variância total 70,183%. O Fator 2, denominado de Cuidados Clínicos explica de variância total 24,433% e agrupa 8 itens (1, 2, 3, 4, 6, 7 e 8). O Fator 3, denominado Cuidados de Conforto inclui 3 itens (5, 18, 21, 22 e 23) explica de variância total 90,219%. A análise da invariância fatorial do modelo em ambos os subgrupos independentes (teste e validação) mostrou índices adequados de

qualidade de ajuste na solução fatorial final ($\chi^2 / df = 588,8$; CFI = 0,859; GFI = 0,828; RMSEA = 0,100 (90% CI = 0,092–0,109, $p = 0,000$); SRMR = 0,0725; MECVI = 5,573) (Agostinho et al., 2021).

Consistência

A confiabilidade do construto revelou adequada consistência interna e uma boa reprodutibilidade da subescala, que apresentou confiabilidade com valores aceitáveis ($\alpha = 0,864$) para a pontuação total. Os valores de *Alfa de Cronbach* para as três componentes variaram entre as três dimensões: Cuidados Relacionais ($\alpha = 0,910$); Cuidados Clínicos ($\alpha = 0,827$) e Cuidados de Conforto ($\alpha = 0,755$), todos os resultados foram considerados bons de acordo com Almeida (2017). Obteve-se assim, a versão Escala Interação Enfermeiro-Paciente-22PT (EIEP-22-PT). O valor de consistência interna observado no modelo de três fatores do presente estudo ($\alpha = 0,864$) é menor do que os valores originais obtidos por Cossette et al. (2008) ($\alpha = 0,82$), por Im et al. (2019) e Calong et al. (2020) ($\alpha = 0,94$) e por Jiang et al. (2015) ($\alpha = 0,97$) e maior ao encontrado por Yalçin e Aşti (2012) ($\alpha = 0,79$). No entanto, os itens de cada componente diferem quando comparado com estudos de outros países, o que pode ser explicado por diferenças na cultura, modelos de sistema de saúde, modelos organizacionais ou profissão de enfermagem (Agostinho et al., 2021).

Limitações

Para avaliar a validade de constructo, efetuou-se a análise fatorial exploratória tendo por base os 23 itens, tal como o instrumento original. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Na

escolha dos itens para cada fator seguiram-se os seguintes critérios: 1º - coeficiente de saturação (*factor loading*) superior a 0,40 num fator, 2º - fator com maior peso fatorial. O item 20 não atendeu aos critérios de carga fatorial acima de 0,40 e foi excluído (Marôco, 2018). No total, a escala comporta 22 itens em três componentes. As três componentes explicaram 57,54% da variância total. Considerou-se necessário manter a perspectiva de Cossette et al. (2006), assim, mantivemos as designações dos três fatores do modelo, ajustando apenas a semântica ou o significado na dimensão cuidados relacionais (Agostinho et al., 2021). A análise fatorial confirmatória foi realizada na estrutura fatorial de três fatores da EIIP-23, encontrados na nossa amostra. Embora os itens da EIIP-23 tenham apresentado bons pesos fatoriais ($> 0,4$), inicialmente o modelo CFA apresentou um ajuste inadequado ($\chi^2 / gl = 875,8$; CFI = 0,659; GFI = 0,665; RMSEA = 0,149; MECVI = 6,763). Além disso, as distâncias de Mahalanobis indicaram a presença de vários *outliers* multivariados, alguns dos quais foram removidos do modelo, e os índices de modificação foram analisados. Como as alterações não foram significativas, este estudo analisou os índices de modificação do modelo, sendo que os maiores ocorreram entre as correlações de erros entre os itens 6 e 7; 8 e 9; e entre os itens 16 e 17. Considerando a revisão, o modelo apresentou qualidade de ajuste com melhores índices para a amostra e menor MECVI (5,573 versus 6,763) do que o modelo inicial. Relativamente à análise exploratória emergiu a estrutura dos três fatores: o Fator 1, denominado de Cuidados Relacionais constituiu-se por 9 itens (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 19) explica de variância total 70,183%. O Fator 2, denominado de Cuidados Clínicos explica de variância total 24,433% e agrupa 8 itens (1, 2, 3, 4, 6, 7 e 8). O Fator 3, denominado Cuidados de Conforto inclui 3 itens (5, 18, 21, 22 e 23) explica de variância total 90,219%. A análise da invariância fatorial do modelo em ambos os subgrupos independentes (teste e validação) mostrou índices adequados de

qualidade de ajuste na solução fatorial final ($\chi^2 / df = 588,8$; CFI = 0,859; GFI = 0,828; RMSEA = 0,100 (90% CI = 0,092–0,109, $p = 0,000$); SRMR = 0,0725; MECVI = 5,573) (Agostinho et al., 2021).

Recomendações

A finalidade deste estudo correspondeu à adaptação transcultural da EIIP-23, de forma a disponibilizar um instrumento válido como ferramenta para avaliar e compreender as perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções na prática de cuidados, visando alcançar melhores resultados de saúde (Agostinho et al., 2021). Por isso, poderá contribuir como medida estratégica de forma a melhorar a qualidade clínica e organizacional das instituições de saúde, através do aumento da responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumento do envolvimento dos profissionais e das lideranças. É recomendada a sua utilização em estudos futuros estratégica de forma a melhorar a qualidade clínica e organizacional das instituições de saúde, através do aumento da responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumento do envolvimento dos profissionais e das lideranças.

Referências

- Agostinho, P., Gaspar, F. & Potra, T. (2021). Translation, adaptation, and validation of the l'Échelle d'Interactions Infirmière-Patient-23 for the Portuguese culture: The Multidimensional nature of nursing care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010791>
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde*. Loures, Lusodidacta.
- Atar, Y. & Asti A. (2012). Validity and reliability of Turkish Version of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 129-139.

- <https://fnjn.org/en/validity-and-reliability-of-turkish-version-of-the-caring-nurse-patient-interaction-scale-16808>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1–45. https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
- Brousseau, S., Cara, C. & Blais, R. (2017). A humanistic caring quality of work life model in nursing administration based on Watson's Philosophy. *International Journal for Human Caring*, 21(1), 2–8. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.21.1.2>
- Calong, A. & Soriano, P. (2019). Construct validity and reliability of Caring Nurse Patient Interaction Scale Nurse among Filipino Nurses. *International Journal of Caring Science*, 12(2), 1017-1022. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/46_sorano_original_12_2_1.pdf
- Cossette, S. (2015). Guide d'utilisation Échelle d'Interactions InfirmièrePatient (EIIP-70) (EIIP-23). *Montreal, Quebec: Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal*. https://www.curaviva.ch/files/93ZLATO/guide_eiip_outil_de_travail_universite_de_montreal_2015.pdf
- Cossette, S., Cote, J., Pepin, J., Ricard, N. & D'Aoust, L. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: Refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198–214. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03895.x>
- Cossette, S., Pepin, J. & Fontaine, G. (2019). Caring Nurse-Patient Interactions Scale. In K. L. Sitzman, J. Watson (Eds.), *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. (3^a ed.). 251–270. *Springer Publishing Company*. <https://doi.org/10.1891/9780826195425.0022>
- Cossette, S., Pépin, J., Côté, J. & Courval F. (2008). The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse-Patient Interaction Short Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 699-710. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04566.x>
- Genet, G., Lheureux, F. & Truchot D. (2018). La relation soignant–soigné dans la littérature académique: tendances générales, limites et perspectives futures, *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(2), 135-144. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.022>
- Gray J. & Grove S. (2021). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*. (9^a ed.). Elsevier: St Louis.
- Hovenga, E. & Lowe C. (2020). *Measuring capacity to care using nursing data*. Elsevier.
- Im, S., Cho, M. & Heo, M. (2020). Validity and reliability of the Korean version of the Watson Caritas Patient Score. *The Journal of Nursing Research*, 28(2), 1-7. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000351>
- Jiang, L., Ruan, H., Xiang, X. & Jia, Q. (2015). Investigation and analysis of the caring attitude and behaviour of nurses in Shanghai, China. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 426-32. <https://doi.org/10.1111/ijn.12287>
- Karaca, A. & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Kol, E., Arıkan, F., İlaslan, E., Akıncı, M. & Koçak, M. (2018). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related 200 factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 25(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.03.006>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Oliveira, F., Kuznier, T., Sousa C. & Chianca, T. (2018). Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 27(2), 1-13. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>
- Sharour, A. (2021). Translation and validation of the Arabic version of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale–Patient Version (CNPI-23P), *Cancer Nursing*, 44(2), 62-67. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000755>

Silva, L. & Costa G. (2021). Estratégias utilizadas para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, 10(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12679>

Sitzman, K. & Watson, J. (2019). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide*. (3ª ed.). Springer Publishing Company

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



Capítulo 3

Escala Nursing Work Index-Revised

Sara Anunciada, Filomena Gaspar
e Pedro Lucas



Escala Nursing Work Index-Revised

Sara Anunciada ^{*1,2}, Filomena Gaspar ¹ e Pedro Lucas ¹

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

² Unidade Local de Saúde de São José, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- ambiente de trabalho
- enfermagem
- psicometria
- estudos de validação

A escala NWI-R-PT tem como finalidade conhecer os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente de prática de enfermagem. É composta por 6 dimensões: “apoio da gestão”; “desenvolvimento profissional”; “fundamentos de enfermagem”; “relação enfermeiro-médico”; “dotações” e “organização dos cuidados de enfermagem”. Apresenta um *Alfa* de *Cronbach* para o instrumento total de 0,91. Em relação às dimensões, o *Alfa* é de 0,86 para a dimensão “apoio da gestão”; 0,81 para o “desenvolvimento profissional”; 0,69 para “fundamentos de enfermagem”; 0,77 para a “relação enfermeiro-médico”; 0,65 para a “dimensão dotações” e por fim 0,59 para a dimensão “organização dos cuidados de enfermagem”. A escala é válida e pode ser utilizada em todos os contextos na prática clínica, na gestão em enfermagem e na investigação. A sua utilização pode ter impacto na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e no desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Como citar:

Anunciada, S., Gaspar, F., & Lucas, P. (2024). Escala Nursing Work Index-Revised. 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. 45-54), http://doi.org/10.56732/978-989-53879-0-8_3

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/))

* saraanunciada@gmail.pt

Descrição

O ambiente de prática de enfermagem (APE) é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde (Almeida et al., 2020; Anunciada & Lucas, 2021; Lucas et al., 2021) e está relacionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE), com a satisfação profissional, com a segurança do cliente e com a efetividade dos cuidados para os clientes e para a eficiência das organizações (Anunciada & Lucas, 2021; Carvalho & Lucas, 2020; De Sul & Lucas, 2020; Lake, 2002; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020). Lake (2002), definiu o APE como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros.

Para compreender a forma como a estrutura, a cultura e a organização afetam os resultados de enfermagem, Aiken e Patrician (2000), a partir do *Nursing Work Index* (NWI) e de uma revisão bibliográfica, desenvolveram uma escala de 57 itens dos modelos de prática profissional, baseado teoricamente na sociologia das organizações, das profissões e trabalho (Aiken & Patrician, 2000; Lake, 2002). A escala NWI-R proposta possui 57 itens, dos quais 15 são distribuídos em 4 dimensões: Autonomia (5 itens) e Controlo sobre a prática (7 itens), 2 subescalas que representam a liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade dos cuidados em enfermagem (Aiken & Patrician, 2000); Relação médico-enfermeiro (3 itens), que se caracteriza pelo respeito profissional entre ambos para a construção de uma comunicação efetiva que vise um objetivo comum no que diz respeito ao cuidado aos clientes (Aiken & Patrician, 2000); Suporte Organizacional (10 itens), diz respeito às situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional (Aiken & Patrician, 2000).

Nas últimas décadas, vários estudos identificaram estruturas alternativas de

subescalas nos Estados Unidos da América (Choi et al., 2004; Erickson et al., 2004; Lake, 2002; Li et al., 2007), Canadá (Estabrooks et al., 2002), e versões traduzidas do instrumento foram ainda testadas e utilizadas no Canadá (McCusker et al., 2004), Brasil (Gasparino et al., 2011), Islândia (Gunnarsdottir et al., 2009), Reino Unido (Slater & McCormack, 2007), Bélgica (Van Bogaert et al., 2009), Líbano (El-Jardali et al., 2011) e Coreia do Sul (Cho et al., 2011; Kim et al., 2013). A maioria destes estudos encontraram subescalas consistentes, embora não idênticas, relativamente a itens com dimensões na comparação com a escala original (Anunciada et al., 2022). A NWI-R-PT oferece um contributo essencial para a prática de enfermagem, sendo uma ferramenta valiosa para apoiar na tomada de decisão e melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria do APE nos mais variados contextos de trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar (Anunciada et al., 2022).

Finalidade

A escala NWI-R-PT tem como finalidade conhecer os atributos organizacionais que caracterizam o APE (Aiken & Patrician, 2000; Aiken et al., 2002). É uma ferramenta valiosa para os enfermeiros gestores, pois permite avaliarem os APE das suas organizações, tomando decisões com vista a melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros (Anunciada et al., 2022).

População-alvo

O estudo de validação foi realizado numa amostra constituída por 767 enfermeiros, que trabalhavam em quatro hospitais públicos. Essa amostra apresentou as seguintes características sociodemo-gráficas e profissionais: a) 84,2% dos participantes eram do gênero feminino (n=646); b) os participantes deste estudo 74% tinham idades entre os 30 e 64 anos (n=567); b) 83,4% dos

participantes apresentava o grau de licenciado (n=640) e c) 59,2% dos participantes apresentava a categoria profissional de enfermeiro (n=454) (Anunciada et al., 2022).

Modo e tempo de resposta

Os dados que estiveram na base do estudo de validação psicométrica da escala NWI-R-PT foram recolhidos entre 2017 e 2019 em quatro hospitais públicos em Portugal, após o processo de tradução e adaptação transcultural da *Nursing Work Index-Revised* de Aiken e Patrician (2000), por Benito e Lucas (2015) e de acordo com a metodologia proposta por Beaton et al. (2007) e Sousa e Rojjanasrirat (2011). O tempo médio de resposta à escala foi de cerca de 5 minutos.

Conteúdo

A escala original NWI-R (Aiken & Patrician, 2000), integra 57 itens e 4 dimensões. Após o processo de tradução e adaptação da NWI-R para o contexto cultural português, a escala NWI-R-PT manteve as 4 dimensões e ficou com 54 itens. Após a avaliação das propriedades psicométricas obtivemos um modelo fatorial final com 31 itens em 6 dimensões. Como a escala original apenas possuía 4 dimensões, atribuímos a identificação de cada uma das dimensões, de acordo com a evidência analisada e consultada e renumerámos os itens. Assim, a dimensão “Apoio da Gestão” incluiu 8 itens relacionados com o apoio e opinião de enfermeiros sobre os enfermeiros gestores, elogios, reconhecimentos e espaço para discussão sobre os cuidados aos clientes. A dimensão “Desenvolvimento Profissional” apresentou 6 itens relacionados com o apoio da administração, oportunidades de evolução e desenvolvimento profissional, remuneração, oportunidade em participar nas decisões da política organizacional. Os 6 itens da dimensão “Fundamentos de

Enfermagem” diziam respeito aos planos e diagnósticos de enfermagem, cuidados de enfermagem baseados em modelos de enfermagem, oportunidades de integrar grupos de trabalho de enfermagem e presença de enfermeiros experientes na equipa. Os 4 itens da dimensão “Relação Enfermeiro-Médico”, referiam-se à colaboração entre enfermeiros e médicos, com boas relações de trabalho, bom trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho. A dimensão “Dotações” apresentou 3 itens relacionados com as flutuações de enfermeiros e dotações suficientes para a prestação de cuidados. Por fim, os 4 itens da dimensão “Organização dos Cuidados de Enfermagem”, referiam-se ao método individual de trabalho e horários dos enfermeiros (Anunciada et al., 2022).

Pontuação

A escala NWI-R-PT utiliza como escala de medida a de tipo *Likert*, variando de 1 a 5, na qual o número 1 corresponde a discordo totalmente, o 2 ao discordo, o 3 não concordo/nem discordo, o 4 ao concordo e por fim, o 5 ao concordo totalmente (Anunciada et al., 2022).

Validade

A validade de conteúdo e de critério foi realizada ao longo do desenvolvimento da tradução e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa, recorrendo-se a profissionais e ao teste de validação, realizado por Benito e Lucas (2015). Adicionalmente, a validade de construto foi testada recorrendo a análise fatorial com base em vários procedimentos. Inicialmente determinou-se o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*, a fim de se verificar se os dados eram adequados para a análise fatorial. O valor resultante do KMO foi de 0,94 e o teste de esfericidade de *Bartlett* de 0,000, o que mostrou uma excelente

recomendação para a utilização da análise fatorial. Com o *eingvalue* de 1 e o critério do *scree plot*, observou-se que uma matriz de 12 fatores explicava 55,184% da variância total. Após terem sido extraídos os fatores, foi calculado até que ponto as variáveis saturavam nesses fatores através da rotação ortogonal *Varimax*. Para a realização da análise fatorial exploratória realizaram-se 13 etapas até chegar à escala final. Na última etapa obtivemos um KMO de 0,91 e o teste de esfericidade de Bartlett de 0,000. Com um *eingvalue* de 1, e analisando o comportamento do gráfico de escarpa, observou-se uma matriz de 6 fatores, explicando uma variância total de 53,2%. Durante a realização das 13 etapas da análise fatorial exploratória foram caindo alguns itens, ficando a escala final com 31 itens dos 54 itens iniciais (Anunciada et al., 2022).

Foi realizada Análise Fatorial Confirmatória (AFC) preliminar para a solução hexa-fatorial com 31 variáveis observáveis, através do método de máxima verossimilhança. O modelo original foi ajustado a uma amostra de 767 enfermeiros, revelando uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2/gf=3.538$; CFI= 0,870; GFI= 0,885; RMSEA= 0,058; MECVI = 2,145). De modo a melhorar o ajustamento do modelo global, foram eliminadas 21 observações cujos valores da distância quadrada de *Mahalanobis* (D2) sugeriram tratar-se de *outliers* multivariados, pelo que foram excluídos da AFE. Consequente, a qualidade do ajustamento revelou-se boa, com uma melhoria dos respetivos índices ($\chi^2/df=2,495$; CFI=0,927; GFI=0,923; RMSEA=0,044; MECVI=1,563) em suporte da validade fatorial da escala. A grande maioria dos itens apresentaram pesos fatoriais estandardizados (λ) superiores a 0,5, e fiabilidades individuais (λ^2) superiores a 0,25. Por último, a fiabilidade compósita e a variância extraída da média mostraram-se adequadas para quase todos os fatores da escala (Anunciada et al., 2022).

Consistência

Partindo dos 54 itens da escala traduzida para português, procedeu-se à análise do estudo da fiabilidade, determinando a consistência interna através do *Alpha* de *Cronbach*. Através deste obteve-se um valor de 0,78 que de acordo com Almeida (2017), apresenta uma confiabilidade razoável. Após a realização da análise fatorial exploratória, realizou-se novamente a avaliação da fiabilidade da escala através da análise da consistência interna, e obteve-se um *Alfa* de *Cronbach* de 0,91, o que correspondeu a uma consistência interna muito boa (Almeida 2017), sendo semelhante com o valor de *Alpha* de *Cronbach* da escala original, que foi de 0,96 (Aiken & Patrician, 2000). Em relação às dimensões, foi obtido um valor de *Alpha* de 0,86 para a dimensão Apoio da Gestão; 0,81 para o Desenvolvimento Profissional; 0,69 para Fundamentos de Enfermagem; 0,77 para a Relação Enfermeiro-Médico; 0,65 para a dimensão Dotações e por fim 0,59 para a dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem (Anunciada et al., 2022).

Apesar de algumas dimensões apresentarem *Alphas* baixos, o *Alpha* de *Cronbach* total da escala é alto, à semelhança do que se constata noutros estudos (Cho et al., 2011; Choi et al., 2004; El-Jardali et al., 2011; Gasparino et al., 2011; Gunnarsdóttir et al., 2009; Kim et al., 2013), que também obtiveram valores baixos de *Alpha* de *Cronbach* nas respetivas dimensões, mas valores elevados no *Alpha* da escala. De ressaltar que o NWI-R-PT avaliado neste estudo possui 31 itens em vez de 57 (Anunciada et al., 2022).

Limitações

As etapas de tradução e adaptação cultural da NWI-R-PT foram realizadas de acordo com a metodologia proposta por Beaton et al. (2007) e Sousa e Rojjanasrirat (2011) sem dificuldade. No entanto, foram identificadas como limitações o facto da

recolha de dados ter decorrido ao longo de 3 anos e não num único momento, em quatro hospitais diferentes em diferentes serviços. Aponta-se ainda os valores abaixo de 0,70 no coeficiente de *Alpha* de *Cronbach* nas dimensões Fundamentos de Enfermagem, Dotações e Organização dos Cuidados de Enfermagem (Anunciada et al., 2022).

Recomendações

Os resultados do estudo de validação da NWI-R-PT, mostram inequivocamente que a escala é válida e pode ser utilizada na prática clínica, na gestão em enfermagem e na investigação. Fica igualmente demonstrada a relevância internacional da utilização da escala e o contributo na identificação das múltiplas características organizacionais em contextos clínicos, ajudando a identificar os ambientes favoráveis ou desfavoráveis à segurança dos clientes e à qualidade dos cuidados de enfermagem. Este estudo demonstra o potencial da escala enquanto instrumento útil no planeamento estratégico e das políticas de saúde, e é, portanto, um recurso válido e uma ferramenta a que a comunidade deve recorrer, na sua senda pela melhoria do ambiente de prática de enfermagem nos mais variados contextos onde sejam prestados cuidados. Apesar desta nova estrutura garantir características de fiabilidade e validade, reconhecemos a necessidade de mais estudos que possam trazer.

Referências

- Aiken, L. H., Clarke, S. P. & Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187–194. <https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696>
- Aiken, L. H. & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146–153. <https://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00006>
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à investigação em ciências da saúde: Um guia com o SPSS*. Loures: *Lusodidacta*.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P.B., Jesus, E. & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*, 20, 1–10. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>
- Anunciada, S., Benito, P., Gaspar, F. & Lucas, P. (2022). Validation of psychometric properties of the Nursing Work Index: Revised Scale in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094933>
- Anunciada, S. & Lucas, P. (2021). Ambiente de prática de enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *NTQR*. 2021, 8, 145-154. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1–45. https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
- Benito, P. M. & Lucas, P. (2015). Adaptação e Validação do Nursing Work Index- Revised para o idioma e contexto português (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16464/1/Dissertação%20P.%20Benito.pdf>
- Carvalho, M. C. & Lucas, P. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice—Systematic review. *Millenium*, 2, 57–64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>
- Cho, S. H., Mark, B. A., Yun, S. C. & June K. J. (2011). Differences in intensive care unit work environments among and within hospitals using subscales and a composite measure of the Revised Nursing Work Index. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2637–2648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05713.x>

- Choi, J. K., Bakken, S., Larson, E., Du, Y. L. & Stone P. W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*, 53(6), 370–378. <https://doi.org/10.1097/00006199-200411000-00005>
- De Sul, S. I. R. & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nurs. Open*, 7, 1475–1481. <https://doi.org/10.1002/nop2.521>
- Dorigan, G. H. & Guirardello, E. B. (2017). Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: The nurses' perception. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(2), 129–135. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700021>
- El-Jardali, F., Alameddine, M., Dumit, N., Dimassi, H., Jamal, D. & Maalouf, S. (2011). Nurses' work environment and intent to leave in Lebanese hospitals: Implications for policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 204–214. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.00>
- Erickson, J. I., Duffy, M. E., Gibbons, M. P., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M. & Jones, D. (2004). Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 279–285. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04050.x>
- Estabrooks, C. A., Tourangeau, A. E., Humphrey, C. K., Hesketh, K. L., Giovannetti, P., Thomson, D. & Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing and Health*, 25(4), 256–268. <https://doi.org/10.1002/nur.10043>
- Gasparino, R. C., Guirardello, E. B. & Aiken, L. H. (2011). Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *Journal of Clinical Nursing*, 20(23–24), 3494–3501. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03776.x>
- Gunnarsdottir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M. & Nutbeam D. (2009). Front-line management, staffing and nursedoctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int. Journal of Nursing Studies*, 46, 920–927. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007>
- Kim, C. W., Lee, S. Y., Kang, J. H., Park, B. H., Park, S. C., Park, H. K. & Jeong, B. G. (2013). Application of revised nursing work index to hospital nurses of South Korea. *Asian Nursing Research*, 7(3), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.07.003>
- Kirwan, M., Matthews, A. & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res. Nurs. Health*, 25, 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M. & Chen, Y. A. (2019). Meta-Analysis of the Associations between the Nurse Work Environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>
- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, E. H. & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Polic*, 119, 1584–1592. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.006>
- Li, Y. F., Lake, E. T., Sales, A. E., Sharp, N. D., Greiner, G. T., Lowy, E. & Sochalski, J.A. (2007). Measuring nurses' practice environments with the revised nursing work Index: Evidence from registered nurses in the veterans health administration. *Research in Nursing and Health*, 30, 31–44. <https://doi.org/10.1002/nur.20172>
- 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 and Public Health*, 18(12), 6422–6433. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>
- Lucas, P. R. M. B. & Nunes E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in primary health care: A Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>

- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J. & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: Differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality*, 17, 313–322. <https://doi.org/10.1108/09526860410557561>
- Polit D. F. & Beck C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Slater, P. & McCormack, B. (2007). An exploration of the factor structure of the nursing work index. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00076.x>
- Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H. & Van de Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 55–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.07.009>
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R. & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 357–365. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.006>
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden D. & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1667–1677. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., Van Heusden, D., Wouters K. & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-A cross-sectional survey. *International Journal Nursing Studies*, 51(8), 1123–1134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>

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.

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

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/))

* 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 $RMSEA=0,055$; $P [rmsea < \text{ou} =0,05] < 0,001$; $MECVI= 7,005$) 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 $RMSEA=0,055$; $P [rmsea < \text{ou} =0,05] < 0,001$; $MECVI= 6,945$) 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 $MECVI (8,980)$, $P [rmsea < \text{ou} =0,05] < 0,001$ 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.

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



Capítulo 5

Escala de Indicadores de Qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem

Eliana Sousa, Filomena Gaspar
e Pedro Lucas



Escala de Indicadores de Qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem

Eliana Sousa ^{*1,2}, ***Filomena Gaspar*** ¹ e ***Pedro Lucas*** ¹

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

² Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- indicadores
- gestão
- qualidade do cuidado
- ambiente de prática de enfermagem
- enfermagem
- estudos de validação

A escala *The Indicators of Quality Nursing Work Environment* (IQN-WE) teve como objetivo avaliar um conjunto de indicadores de qualidade do ambiente de prática de Enfermagem. Por desconhecermos a existência de uma escala em Portugal que avalie esses indicadores, foi decidido adaptar culturalmente/linguisticamente e validar a IQN-WE, dando origem à versão portuguesa da mesma. Obteve-se um instrumento com 50 itens em 5 dimensões com um *Alfa de Cronbach* de 0,95. A dimensão Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional apresentou um valor de 0,92, a dimensão Organização e Gestão da Equipa um valor de 0,90; o Ambiente de Prática de Enfermagem Seguro, 0,85; os Sistemas de Informação e Controlo do Risco, valores de 0,77 e o Salário e Bem-Estar, valores de 0,79. A escala total IQN-WE-PT é um instrumento adequado para ser aplicado em Portugal em todos os contextos de cuidados de saúde.

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:

Sousa, E., Gaspar, F., & Lucas, P. (2024). Validação Transcultural dos Indicadores de Qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem. 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. 67-76), http://doi.org/10.56732/978-989-53879-0-8_5

* epsousa@campus.esel.pt

Descrição

O investimento no ambiente de prática de enfermagem (APE) tem como objetivo a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros, o que tem impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE) prestados. Para isso, é necessário aumentar o número e a qualidade dos enfermeiros e melhorar a gestão das organizações, a cultura organizacional e a formação profissional (Almeida et al., 2020; Carvalho & Lucas, 2020; Lin et al., 2016). O APE é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde (Almeida et al., 2020) e está associado à qualidade dos cuidados, à segurança do doente, à satisfação profissional, à eficiência das organizações e à eficácia dos cuidados aos clientes (Carvalho & Lucas, 2020; De Sul & Lucas, 2020; Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020). O APE é constituído pelas características organizacionais de um contexto de trabalho que dificultam ou facilitam a prática profissional do enfermeiro (Lake, 2002).

O APE positivo pode conduzir à efetividade das organizações de saúde e a melhores resultados, tanto para os clientes como para os enfermeiros (Almeida et al., 2020; Lake, 2002; Leone et al., 2015), o que é crucial para manter as equipas com dotações seguras e reduzir a rotatividade dos enfermeiros (De Sul & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020). O APE favorável possui características positivas, como a adequação dos recursos humanos e materiais, a participação ativa dos enfermeiros na governação das organizações, a QCE, e as boas relações entre a equipa multidisciplinar (Almeida et al., 2020; Lake, 2002; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020). Por outro lado, os APE desfavoráveis, onde há níveis elevados de stress e carga de trabalho, tendem a proporcionar aos enfermeiros alterações, como a fadiga, a rotatividade, o absentismo, a ansiedade e o *burnout*, entre outros (Khamisa et al., 2015; Lucas & Nunes, 2020). Os enfermeiros gestores desempenham uma

missão fundamental na criação de um APE positivo (Alves & Guirardello, 2016), na promoção de cuidados de qualidade (Carvalho & Lucas, 2020; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020), no aumento da autonomia e envolvimento da sua equipa, no aumento da qualidade das características do contexto de trabalho e na promoção da responsabilidade e o compromisso organizacional (Kim et al., 2018; Kowalski et al., 2020; Wan et al., 2018; Wei et al., 2018). Para além disso, os enfermeiros gestores, como impulsionadores da mudança para a excelência, desempenham um papel fundamental na promoção da QCE e, conseqüentemente, no desenvolvimento de um APE favorável (Alves & Guirardello, 2016; Carvalho & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020). Assim torna-se importante, que os enfermeiros gestores consigam identificar quais as necessidades da sua equipa e quais as fragilidades do APE, para isso estes devem ter acesso a rigorosos, válidos e fiáveis instrumentos que lhes permitam intervir atempadamente na sua equipa (Lake, 2007).

A escala *Indicators of Quality Nursing Work Environment* (IQN-WE), foi desenvolvida por Chiou-Fen Lin, Meei-Shiow Lu e Hsiu-Ying Huang (2016), na China com o objetivo de desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade do APE. Esse estudo foi transversal e o processo envolveu duas fases, designadamente o desenvolvimento dos novos indicadores de qualidade do APE e a validade e confiabilidade da escala. Usaram uma estrutura referenciada por critérios para orientar o estudo e a interpretação e análise das propriedades psicométricas. A versão final do IQN-WE agrupou 65 itens em oito dimensões, com uma variância total explicada de 77,57%, um teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de 0,97 e um Alfa de *Cronbach* de 0,91. Esta escala já foi adaptada e validada pelo Aric Vranada, Chiou-Fen Lin, Chia-Jung Hsieh e Tsae-Jyy Wang (2021), para o contexto cultural da Indonésia (QNWE-I) com o objetivo de realizar a avaliação psicométrica da QNWE-I em contexto hospitalar. Esse estudo foi

transversal e consistiu em duas fases, o desenvolvimento da versão QNWE-I e a análise psicométrica da QNWE-I. Esta versão agrupou os mesmos 65 itens da escala original nas oito dimensões da escala original, com o Alfa de *Cronbach* de 0,96 e a análise fatorial confirmatória determinou um ajuste de modelo adequado do instrumento (Sousa et al., 2022).

A escala IQN-WE, engloba o ambiente de prática segura, a qualidade da equipa, o treino da equipa, o desenvolvimento profissional, o apoio e o cuidado, e promove a relevância da especialização profissional e a colaboração em equipa. Em relação a outras escalas, acrescenta fatores importantes como o bem-estar profissional e os sistemas de informação. Considerou-se relevante esta escala por apresentar evidência científica recente e, incluir aspetos que se tornaram pertinentes para estudo, nos últimos anos (Sousa et al., 2022). A validação da IQN-WE trouxe implicações positivas para a minha formação e desenvolvimento de competências de investigação, uma vez que houve a oportunidade de investir na área de análise estatística e na área de metodologia de investigação quantitativa. Após a realização deste estudo de validação, avalio este percurso como muito gratificante, uma vez que adquiri competências de investigação para utilizar em estudos futuros (Sousa et al., 2022).

Finalidade

O IQN-WE permite a obtenção de resultados que indiquem a perceção dos enfermeiros sobre a QCE e o APE, isto é, quais os pontos positivos ou melhorar no APE de cada serviço ou organização, de modo a melhorar os resultados nos clientes e, naturalmente ter ganhos em saúde. Sendo que este instrumento oferece uma contribuição vital para a profissão e contribui para a melhoria da QCE e do APE nos diversos contextos laborais

dos enfermeiros e permite estabelecer uma comparação entre os resultados dos estudos nacionais com os resultados de estudos internacionais (Sousa et al., 2022).

População-alvo

Para a validação da IQN-WE foram incluídos todos os enfermeiros de um Centro Hospitalar em Portugal. O método de amostragem deste estudo foi não probabilístico, uma vez que não é possível estudar a população-alvo na sua totalidade, utilizamos uma parcela/amostra dessa população (Almeida, 2017) e por isso, os elementos da população não apresentam a mesma probabilidade de serem escolhidos (Sousa et al., 2022).

A investigação obteve uma resposta de 21,69%, ficando a amostra composta por 542 enfermeiros no total e dos quais 78,0% eram mulheres (n=423). A amostra compreendeu idades entre os 24 e os 59 anos, em que 49,6% dos participantes tinham idade entre 34 e 43 anos (n=269). Todos os enfermeiros apresentavam o grau académico de licenciado, 13,5% dos enfermeiros tinham o grau académico de mestrado, aliado ou não a especialidade (n=73) e nenhum enfermeiro da amostra detinha o grau académico de doutoramento. A amostra incluiu enfermeiros com experiência profissional como enfermeiro(a) com o mínimo de 2 anos e máximo de 36 anos, em que 44,6% dos enfermeiros apresentou entre 11 e 20 anos de experiência profissional como enfermeiro(a) (n=242). A amostra incluiu enfermeiros com experiência profissional na organização desde meses até um máximo de 36 anos, em que 53,2% dos enfermeiros apresentou um tempo de experiência profissional na organização inferior a 15 anos (n=288). Cerca de 66% dos participantes apresentou a categoria profissional de enfermeiro (n=358) e 30,4% dos enfermeiros a categoria de enfermeiro

especialista (n=165). Dos enfermeiros incluídos nesta amostra 36,2% exerciam funções nos serviços de internamento (n=196) (Sousa et al., 2022).

Modo e tempo de resposta

O questionário esteve disponível na plataforma online para ser preenchido entre maio 2021 e junho 2021, sendo que foram recolhidos para uma plataforma excel, mantendo o anonimato dos intervenientes. A seleção da amostra foi realizada por conveniência do investigador, tendo em conta as limitações de tempo e de recursos (Ribeiro, 2010). A amostra teve uma taxa de adesão de 21,69 %. O tempo necessário para os participantes responderem ao instrumento variou entre 10 e 15 minutos (Sousa et al., 2022).

Conteúdo

Este instrumento de avaliação validado é um questionário de autopreenchimento, que inclui como instrução que se responda a todos os itens com um círculo (O). A escala é apresentada no início das questões e apresenta 50 itens distribuídos em cinco dimensões e está dividido em 2 secções: a primeira secção (Escala Indicadores de Qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem - IQN-WE-PT) apresenta as 50 questões de escolha múltipla sobre os indicadores de qualidade do APE e a segunda secção (dados sociodemográficos) apresenta sete questões sobre a caracterização sociodemográfica e profissional (género, idade, habilitações académicas, tempo de exercício profissional como enfermeiro(a), tempo de exercício profissional na organização, categoria profissional e serviço onde exerce funções). A dimensão 1 (Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional) contém 16 itens e engloba a formação, inovação e desenvolvimento das competências profissionais da equipa e a contribuição da

organização para melhorar o desempenho da equipa. A dimensão 2 (Organização e Gestão da Equipa) abrange 13 itens e abrange a gestão da equipa, a gestão de conflitos, o trabalho em equipa e a simplificação de procedimentos. A dimensão 3 (Ambiente de Prática de Enfermagem Segura) contém sete itens e engloba a gestão da saúde psicossocial, como a violência e o assédio sexual no trabalho, e a gestão da segurança da equipa. Por sua vez, a dimensão 4 (Sistemas de Informação e Controlo do Risco) abarca sete itens e abrange a gestão de risco, nomeadamente os riscos biológicos, físicos e químicos e a existência e a eficácia dos sistemas de informação. Por último, a dimensão 5 (Salário e Bem-estar) contém sete itens e engloba a gestão do pagamento dos salários e compensações noturnas, a gestão dos programas de bem-estar, a progressão da carreira de enfermagem e o reconhecimento profissional pela equipa multidisciplinar (Sousa et al., 2022).

Em relação ao instrumento original que contém 65 itens em oito dimensões, o instrumento de avaliação validado contém 50 itens em cinco dimensões, devido a exclusão de itens ao longo do processo de validação. Foram eliminados dois itens na etapa de tradução/adaptação transcultural por não se enquadrarem no contexto cultural português, com a autorização do autor original. Na etapa de validação psicométrica foram eliminados 13 itens (Sousa et al., 2022).

Pontuação

Todos os itens utilizam um único formato de resposta de tipo *Likert* de quatro pontos (1. “muito inadequado”; 2. “inadequado”; 3. “adequado”; 4. “muito adequado”). A pontuação varia entre 65 e 260 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, mais desfavoráveis serão os indicadores de qualidade do APE. Para a dimensão Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional, os

resultados do questionário variam entre 16 e 64 pontos; para a dimensão Organização e Gestão da Equipa, variam entre 11 e 44 pontos e para as dimensões Ambiente de Prática de Enfermagem Segura, os Sistemas de Informação e Controlo do Risco e o Salário e Bem-estar, variam entre 7 e 28 pontos (Sousa et al., 2022).

Validade

A validade de conteúdo foi assegurada pelo pré-teste e pela equipa de peritos (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Por sua vez, a validade de construto foi efetuada através da Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória (Marôco, 2018). Na primeira, o instrumento de avaliação validado apresentou uma variância explicada total de 52,67%. O KMO e o teste de esfericidade de *Bartlett* apresentaram, respetivamente, um valor de 0,843 o que indicou uma correlação boa e, um valor de $p=0,000$ que demonstrou que as variáveis estão significativamente correlacionadas (Almeida, 2017). De destacar ainda o ligeiro crescimento do KMO que alterou de 0,822 (valor do instrumento original) para 0,843 (valor do instrumento de avaliação validado). Apresenta uma matriz de correlação do coeficiente de *Pearson* de forte a moderada entre as dimensões. Na análise fatorial confirmatória, o Modelo da escala IQN-WE-PT apresentou uma qualidade de ajustamento boa (2033,593/1119=1,817; CFI= 0,781; GFI= 0,675; RMSEA=0,076; $P [rmsea < ou = 0,05] < 0,001$; MECVI =18,031), com 5 fatores (Sousa et al., 2022).

Consistência

A partir dos 50 itens, foi obtido o valor de Alfa de *Cronbach* de 0,95, o que corresponde a uma consistência interna elevada (Almeida, 2017) e uma excelente fiabilidade. Comparando com o valor de alfa de *Cronbach* do instrumento original que foi de 0,96, houve um pequeno decréscimo, que não alterou a

consistência interna e a fiabilidade do instrumento (Sousa et al., 2022). A dimensão 1 apresentou um valor de 0,92 considerada uma muito boa consistência interna. As dimensões 2 e 3 apresentam valor de 0,90 e 0,85 respetivamente, o que indica uma boa consistência interna (Sousa et al., 2022). As dimensões 4 e 5 exibiram valores de 0,77 e 0,79 respetivamente, o que apresentam uma consistência interna razoável (Almeida, 2017).

Recomendações

No que diz respeito à prestação de cuidados, este instrumento permite facultar uma ferramenta essencial para os enfermeiros gestores, que quando aplicada aos enfermeiros da prática clínica, possibilita a obtenção de resultados que indiquem a perceção dos enfermeiros sobre a QCE e o APE, pelo que se recomenda a sua utilização em cada serviço ou organização, de modo a melhorar os resultados nos clientes. Para além disso, também se recomenda a sua utilização noutros contextos, como por exemplo, nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residenciais para Idosos (Sousa et al., 2022). Relativamente à investigação em enfermagem, este instrumento validado permite avaliar o APE com diversos contextos laborais dos enfermeiros e permite estabelecer uma comparação entre os resultados dos estudos nacionais com os resultados de estudos internacionais. Em futuros estudos, recomenda-se a análise das propriedades psicométricas que não foram analisadas, como a análise da validade concorrente e preditiva e a avaliação fidelidade teste-reteste.

Referências

- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da Saúde: Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P., Jesus, É. & Araújo, B. (2020). Rn4cast study in Portugal:

- Validation of the Portuguese version of the practice environment scale of the nursing work index. *Aquichan*, 20(3), 1–10. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>
- Alves, D., & Guirardello, E. (2016). Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures Contributors. *Institute for Work & Health*. https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico: Revisão Sistemática da Literatura. *Millenium*, 2(11), 57–64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>
- De Sul, S., & Lucas, P. (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>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Kim, K.-J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Kowalski, M. O., Basile, C., Bersick, E., Cole, D. A., McClure, D. E., & Weaver, S. H. (2020). What do nurses need to practice effectively in the hospital environment? An integrative review with implications for nurse leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 60–70. <https://doi.org/10.1111/wvn.12401>
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.1003>
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 103–122. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, É. H. de, Sermeus, W., Aiken, L., & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584–1592. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.006>
- Lin, C., Lu, M., & Huang, H. (2016). The psychometric properties and the development of the indicators of quality nursing work environments in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 24(1), 9–20. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000106>
- 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 and Public Health*, 18(12), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>
- Lucas, P., & Nunes, E. (2020). Ambiente da prática de enfermagem na atenção primária à saúde: Revisão scoping. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Placebo Editora.
- Sousa, V., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Sousa, E., Lin, C-F., Gaspar, F. & Lucas, P. (2022). Translation and validation of the Indicators of Quality Nursing Work Environments in the Portuguese cultural context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912313>

Wan, Q., Li, Z., Zhou, W., & Shang, S. (2018). Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1332–1341. <https://doi.org/10.1111/jan.13528>

Weber, E., Ward, J., & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: A toolkit for success *Nursing Management*, 46(12), 47–50. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85>

Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & 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(3), 287–300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>

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



Capítulo 6

Escala da Perceção Individual da carga de Trabalho

Catarina Cabrita, Pedro Lucas, Gisela Teixeira
e Filomena Gaspar



Escala de Perceção Individual da Carga de Trabalho

Catarina Cabrita^{*1,2}, Pedro Lucas¹, Gisela Teixeira¹ e Filomena Gaspar¹

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

² Residências Sénior Domus Aurea, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- carga de trabalho
- ambiente de instituições de saúde
- gestão em saúde
- enfermagem
- estudos de validação

A *Individual Workload Perception Scale-Revised* (IWPS-R) foi desenvolvida para ser uma ferramenta importante no fornecimento de informações necessárias para formular intervenções que visam melhorar a perceção dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho e, conseqüentemente, o ambiente da prática de enfermagem, promovendo, assim, a segurança e a qualidade dos cuidados. Em Portugal não existia uma escala válida e fiável que avaliasse a satisfação dos enfermeiros com a sua carga de trabalho. Conseqüentemente, foi decidido adaptar culturalmente/linguisticamente e validar a IWPS-R, dando origem à versão portuguesa da mesma. Assim, a versão portuguesa IWPS-R tem 5 dimensões, com um total de 21 itens. Integra cinco dimensões: o Suporte do Enfermeiro Gestor, o Suporte da Equipa, os Recursos da Organização, a Carga de Trabalho e a Intenção de Permanecer. A EPICT apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,88. É um instrumento de recolha de dados pertinente para o contexto da gestão e da investigação em enfermagem.

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:

Cabrita, C., Lucas, P., Teixeira, G. & Gaspar, F. (2024). Escala de Perceção Individual da Carga de Trabalho *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. 77-86), http://doi.org/10.56732/978-989-53879-0-8_6

* catarina_cabrita95@hotmail.com

Descrição

A *World Health Organization* (WHO, 2016) reconhece o papel que a enfermagem desempenha na qualidade dos cuidados prestados, tanto pelo contingente numérico, como pela presença dos enfermeiros em todas as instituições de saúde e pelas responsabilidades assumidas no âmbito organizacional que, para além da prestação de cuidados, incluem ações administrativas-gerenciais e educacionais. Neste sentido, a WHO (2020) verificou que os cerca de 28 milhões de enfermeiros que se encontram a exercer funções representam mais de metade de todos os profissionais de saúde no Mundo. Ainda assim, existe uma escassez de 5,9 milhões de enfermeiros a nível mundial, o que confere um perfil desgastante ao trabalho de enfermagem, com um ambiente, consequentemente, negativo.

Em Portugal, o número de enfermeiros, inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE), era de 78117 até 31 de dezembro de 2020 (2019), verificando-se, ao longo dos anos, um constante crescimento deste contingente. Esta área profissional é reconhecida pelos elevados níveis de *stress* associados ao ambiente de trabalho, estando os enfermeiros constantemente sujeitos a riscos psicossociais com impacto a nível físico, psicológico e social, decorrentes de fatores sobrecarga de trabalho, interação e conflitos com os pares ou outros profissionais, horários por turnos, carência de recursos materiais/técnicos/hu-manos e exigências emocionais inerentes ao contacto direto com os clientes (Hermansyah & Riyadi, 2019; Tao, Guo, Liu & Li, 2018; Waddill-Goad, 2019; Cruz, Nelas, Coutinho, Chaves & Amaral, 2018).

Os enfermeiros apresentam expectativas profissionais de progressão na carreira, articuladas com responsabilidades, direitos e deveres, condições de trabalho e remuneração adequada. Face ao atual contexto político, económico e social, o

panorama laboral tem sofrido modificações a nível da empregabilidade na carreira de enfermagem, que se refletem na satisfação dos enfermeiros. À satisfação profissional estão associados melhores resultados de desempenho, fundamentais na avaliação da qualidade dos serviços. Assim, torna-se estratégico que os enfermeiros se sintam satisfeitos no trabalho que desempenham (Cox, Teasley, Lacey & Olney, 2010).

Nos Estados Unidos da América, não existia um instrumento disponível que permitisse avaliar com precisão e rapidez a carga de trabalho dos enfermeiros, que tivesse em consideração o ambiente de trabalho, com resultados que pudessem fornecer estratégias para melhorias institucionais e reverter as perceções negativas dos enfermeiros sobre o seu ambiente de trabalho. Portanto, a autora Karen Cox desenvolveu a *Individual Workload Perception Scale-Revised* (IWPS-R), composta por cinco dimensões: *Manager Support*, *Peer Support*, *Unit Support*, *Workload* e *Intent to Stay* (Alghamdi, 2016). A dimensão *Manager Support* trata-se de como os enfermeiros entendem que seus enfermeiros gestores são prestativos e preocupados com suas necessidades. A dimensão *Peer Support* diz respeito à relação que os enfermeiros têm uns com os outros. A dimensão *Unit Support* avalia em que medida os enfermeiros sentem que têm acesso a materiais, recursos e serviços para realizarem o seu trabalho. A dimensão *Workload* apresenta itens que avaliam como a pressão e a sobrecarga dominam o ambiente de trabalho do enfermeiro. Por último, a dimensão *Intent to Stay* procura avaliar a probabilidade de os enfermeiros permanecerem no seu local de trabalho (Alghamdi, 2016).

A IWPS-R tem sido amplamente utilizada ao longo dos anos nos Estados Unidos da América, com fortes indicadores de validade e fiabilidade (Ross, 2017; Suliman et al., 2017; Gu & Zhang, 2014; Lin, Lin, Yeh, Lin & Hwang,

2011). Também foi traduzida e validada para duas línguas diferentes, nomeadamente mandarim (Alikari & Fradelos, 2021) e grego (Vilelas, 2017). Ambos os estudos foram realizados em hospitais centrais e apresentaram valores de fiabilidade muito bons de 0,93 (Alikari & Fradelos, 2021) e 0,88 (Vilelas, 2017), respetivamente. O objetivo do estudo era adaptar culturalmente/linguisticamente a IWPS-R e validar as suas propriedades psicométricas para originar uma versão confiável em português (Cabrita et al., 2022). A validação da IWPS-R para Portugal, tornou-se motivante para mim, no âmbito da gestão e a nível pessoal, por permitir proporcionar um instrumento válido a todos os enfermeiros com cargos de gestão e consequentemente fornecer indicadores sobre o ambiente de trabalho, motivando a mudança. Trata-se de um trabalho que pode ter continuidade no tempo e trazer contributos significativos para a melhoria da qualidade do ambiente dos profissionais e dos cuidados em enfermagem (Cabrita et al., 2022).

Finalidade

A IWPS-R foi desenvolvida para ser uma ferramenta importante no fornecimento de informações necessárias para formular intervenções que visam melhorar a perceção dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho e, consequentemente, o ambiente da prática de enfermagem (Alghamdi, 2016), promovendo, assim, a segurança e a qualidade dos cuidados. A seleção deste instrumento teve em consideração a adequação da escala para avaliar a satisfação do enfermeiro em relação à carga de trabalho que influencia o seu ambiente de trabalho. Em Portugal não existia uma ferramenta válida e fiável para avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente à carga de trabalho e, por isso, decidimos traduzir e validar para os enfermeiros portugueses a IWPS-R (Cabrita et al., 2022).

População-alvo

Os critérios de inclusão do estudo foram enfermeiros que trabalhavam no Centro Hospitalar selecionado e que concordaram em preencher o questionário. Os enfermeiros gestores foram excluídos do estudo. A amostra foi composta por enfermeiros de um Centro Hospitalar de referência em Lisboa. Os questionários incluíam perguntas referentes às características sociodemográficas, académicas, profissionais e laborais. Para a validação, foi necessária considerar o tamanho da amostra. Para a tradução e adaptação cultural de um instrumento de medida, o número mínimo de indivíduos para responder é calculado por uma amostra mínima de 5 indivíduos por item (Gray & Grove, 2017). No entanto, para que haja alguma expressão a nível científico, deverá ser de 10 indivíduos por item (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2007). Portanto, a amostra mínima para o estudo foi de 290 participantes. A amostra foi composta por 323 enfermeiros. O estudo de validação foi realizado numa amostra com as seguintes características sociodemográficas: a) 31,3% dos participantes tinha idade compreendida entre os 30 e os 29 anos (n=101); b) 87,3% dos participantes eram do género feminino (n=282); c) 73,7,2% dos participantes tinha a categoria profissional enfermeiro (n=238); d) 74,0% dos participantes trabalhavam em internamento, serviço de urgência e cuidados intensivos (n=259) (Cabrita et al., 2022).

Os critérios de inclusão do estudo foram enfermeiros que trabalhavam no Centro Hospitalar selecionado e que concordaram em preencher o questionário. Os enfermeiros gestores foram excluídos do estudo. A amostra foi composta por enfermeiros de um Centro Hospitalar de referência em Lisboa. Os questionários incluíam perguntas referentes às características sociodemográficas, académicas, profissionais e laborais. Para a validação, foi necessária considerar o tamanho da amostra. Para a tradução e adaptação cultural de um

instrumento de medida, o número mínimo de indivíduos para responder é calculado por uma amostra mínima de 5 indivíduos por item (Gray & Grove, 2017). No entanto, para que haja alguma expressão a nível científico, deverá ser de 10 indivíduos por item (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2007). Portanto, a amostra mínima para o estudo foi de 290 participantes. A amostra foi composta por 323 enfermeiros. O estudo de validação foi realizado numa amostra com as seguintes características sociodemográficas: a) 31,3% dos participantes tinha idade compreendida entre os 30 e os 29 anos (n=101); b) 87,3% dos participantes eram do género feminino (n=282); c) 73,7,2% dos participantes tinha a categoria profissional enfermeiro (n=238); d) 74,0% dos participantes trabalhavam em internamento, serviço de urgência e cuidados intensivos (n=259) (Cabrita et al., 2022).

Modo e tempo de resposta

Após autorização da Comissão de Ética e cumprindo todos os requisitos éticos, nomeadamente anonimato e confidencialidade, os questionários foram enviados para os e-mails institucionais dos enfermeiros e estiveram disponíveis durante duas semanas, de 10 de fevereiro de 2022 a 26 de fevereiro de 2022. Todos os que responderam ao questionário preencheram todos os itens, portanto nenhum questionário precisou de ser excluído. O preenchimento do questionário demorou entre 10 a 15 minutos (Cabrita et al., 2022). A versão portuguesa da IWPS-R é composta por 5 dimensões, com um total de 21 itens. Tem como dimensões o Suporte do Enfermeiro Gestor, o Suporte da Equipa, os Recursos da Organização, a Carga de Trabalho e a Intenção de Permanecer (Cabrita et al., 2022). A dimensão Suporte do Enfermeiro Gestor é composta por 7 itens e remete para a forma como os enfermeiros percebem o apoio e preocupação dos enfermeiros gestores, face às necessidades (exemplo: “se eu reclamar junto do

enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático”; “o enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno”).

Por sua vez, a dimensão Suporte da Equipa tem 6 itens e aborda a relação e o suporte que os enfermeiros têm como equipa, num determinado ambiente de trabalho (exemplo: “quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar”; “os enfermeiros do meu serviço são uma equipa”). A dimensão Recursos da Organização apresenta 3 itens e envolve a disponibilidade e acesso que os enfermeiros têm aos recursos materiais, equipamentos e serviços necessários para a realização do trabalho de enfermagem (exemplo: “Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário”; “Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são necessários”). Outra dimensão obtida, foi a Carga de Trabalho, composta por 3 itens e tenta apreender as perceções dos enfermeiros relativamente à pressão que domina o seu ambiente de trabalho (exemplo: “as tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis”; “na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável”). Por último a dimensão Intenção de Permanecer apresenta 2 itens e pretende avaliar a intenção dos enfermeiros quererem permanecer no seu atual local de trabalho (exemplo: “planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses”; “o meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui”) (Cabrita et al., 2022). Comparativamente à escala original, a versão portuguesa da IWPS-R tem menos 8 itens. Todos os itens foram excluídos na etapa da validação psicométrica por não apresentarem

peso fatorial superior a 0,4. Para além disso, três itens da dimensão Recursos da Organização, relacionados com os serviços sociais, capelão e suporte psicológico, foram excluídos da versão portuguesa da IWPS-R, tal pode significar que estes serviços não têm influência na satisfação dos enfermeiros, pois o contacto dos mesmos com estes serviços não é tão direto e relevante na sua prática. Na dimensão Intenção de Permanecer, houve exclusão de 3 itens da escala original, o que corroborou com os comentários dos enfermeiros submetidos ao pré-teste que referiram a existência de três itens que eram muito idênticos, no sentido em que procuravam saber se o enfermeiro pretende abandonar o seu local de trabalho nos próximos 12 meses (“Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses”, “Não planeio ficar no meu local de trabalho nos próximos 12 meses” e “Tenciono procurar um novo posto de trabalho num serviço ou instituição diferente nos próximos 12 meses”), sendo que apenas permaneceu o item “Não planeio ficar no meu local de trabalho nos próximos 12 meses” (Cabrita et al., 2022).

Pontuação

Todos os itens utilizam um único formato de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (1. “discordo totalmente” a 5. “concordo totalmente”), com um ponto neutral (não concordo/nem discordo). Os resultados do questionário total variam entre 29 a 105, sendo que quanto mais elevada a pontuação, mais satisfeito está o enfermeiro com a sua carga de trabalho (Cabrita et al., 2022).

Validade

Quanto à validade de conteúdo, seguiu-se a metodologia recomendada por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2007). No pré-teste de compreensão, 8% dos

participantes levantaram uma questão relevante quanto à semelhança entre três itens (16, 20 e 22). Este assunto foi esclarecido com a autora, Karen Cox, tendo o processo de adaptação e validação sido revisto e a diferença entre os itens, discutida (Cox, Teasley, Lacey & Olney, 2010). Concluiu-se que as traduções iniciais eram fiéis às explicações da autora e, portanto, optou-se por mantê-las (Cabrita et al., 2022). A validade de construto, foi avaliada com recurso à Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória. Na primeira, os itens 1, 10, 11, 12, 13, 22, 23 e 25 não atenderam ao critério de carga fatorial maior que 0,40 e, por isso, foram excluídos. Na EPICT, 62,3% da variância total foi explicada por cinco componentes extraídos. Relativamente à Análise Fatorial Confirmatória, o modelo de cinco fatores da EPICT ajustado a uma amostra de 323 enfermeiros revelou uma má qualidade de ajuste ($X^2/df = 2,550$; CFI = 0,892; GFI = 0,869; RMSEA = 0,069; p (RMSEA $\leq 0,05$) = 0,000; RMR = 0,082; MECVI = 1,764; SRMR = 0,0668). Por sugestão do índice de modificação, sete trajetórias foram incluídas no modelo entre os resíduos de pares de variáveis (B5– B9; B5–B24; B15–B29; B15–B26; B20–B21; B24–B27; B16–B26) que compartilharam o mesmo conteúdo, procedendo-se à covariância de seus erros. O modelo final apresentou uma boa qualidade de ajuste significativamente superior ao modelo original na amostra do estudo ($X^2/df = 2,118$; CFI = 0,925; GFI = 0,900; RMSEA = 0,059; p (RMSEA $\leq 0,05$) = 0,041; RMR = 0,078; MECVI = 1,525; SRMR = 0,0631) (Cabrita et al., 2022).

Consistência

A versão portuguesa da IWPS-R apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,88, o que corresponde a uma consistência interna classificada como muito boa, enquanto o *Alfa de Cronbach* da escala original foi de 0,93 (Alghamdi, 2016). O α oscilou entre as dimensões (“Suporte do Enfermeiro Gestor $\alpha = 0,89$; “Suporte da equipa” $\alpha = 0,87$; “Recursos da Organização” $\alpha = 0,83$; “Carga de trabalho”

$\alpha = 0,80$; “Intenção de Permanecer” $\alpha = 0,78$). Os *Alfas de Cronbach* das dimensões da escala original foram idênticos aos da escala validada. A maior diferença foi nos Recursos da organização (0,68 na IWPS-R), este facto pode dever-se à diferença cultural entre os Estados Unidos da América e Portugal. Os recursos são tendencialmente menores em Portugal e será um fator importante para a avaliação da carga de trabalho nos enfermeiros portugueses (Cabrita et al., 2022).

Limitações

Para obtenção de uma apropriada e válida adaptação cultural desta escala foi utilizada a metodologia proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2007). Este método constitui um ponto forte do instrumento, bem como a consistência interna do instrumento validade. Contudo, considera-se que o estudo, ao ter sido realizado durante a pandemia COVID-19, as respostas podem ter sido afetadas pelas condições de trabalho. O facto de apenas ter sido possível aplicar o questionário a um centro hospitalar pode constituir uma limitação (Cabrita et al., 2022).

Recomendações

É facultado um instrumento de recolha de dados pertinente para o contexto da gestão em enfermagem. O instrumento pode oferecer contributos fundamentais, não só para a investigação futura, como para a prática de enfermagem, nomeadamente na promoção de ambientes de trabalho favoráveis nos mais variados contextos, quer seja ambientes hospitalares, comunitários, Cuidados Continuados Integrados ou Estruturas Residências para Pessoas Idosas. Consequentemente, recomenda-se que este instrumento venha a ser amplamente utilizado, quer a nível da investigação, quer a nível da prática. Seria útil em estudos futuros, a análise

de propriedades psicométricas que não foram avaliadas, como a validade concorrente e preditiva, e a fidelidade teste-reteste.

Referências

- Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 449–457. <https://doi.org/10.1111/ionm.12354>
- Alikari, V. & Fradelos, E. C. (2021). Translation, cultural adaptation, validity, and internal consistency of the Greek version of the Individual Workload Perceptions Scale-Revised. *Cureus*, 1-9. <https://doi.org/10.7759/cureus.19174>
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde*. Lusodidacta, Loures.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*. 1:1–45. https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
- Cabrita, C., Lucas, P., Teixeira, G. & Gaspar, F. (2022). Translation and validation of the Individual Workload Perception Scale: Revised for Portuguese nurses. *Healthcare*, 10(12), 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122476>
- Cox, K., Teasley, S., Lacey, S. & Olney, A. (2010). *Individual Workload Perception Scale – Revised (IWPS – R) - User’s Manual*. (2ª ed). Kansas City, MO, USA: Children’s Mercy Hospitals and Clinics.
- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C. & Amaral, O. A (2018). Satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 361-369. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1296>
- Gray, J. & Grove, S. (2020). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (9.ª ed). Elsevier Health Sciences.
- Gu, L. Y. & Zhang L. J. (2014). Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 437–440. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.10.013>

- Hermansyah, R. A. (2019). Meta-analysis study on correlation of workloads and work stress among nurses in hospital. *Research on Humanities and Social Sciences*, 9(6). <https://doi.org/10.7176/RHSS/9-6-04>
- Lin, S. Y., Lin, C. H., Yeh, M. C., Lin, S. Y., Hwang, Y. J. (2011). A psychometric evaluation of the Taiwan version of the Individual Workload Perception Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 494-503. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03495.x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Anuário Estatístico*. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020%20Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf>
- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). *Saúde dos enfermeiros: Presentismo e stress no trabalho*. *International Journal on Working Conditions*. <https://doi.org/10.25762.5y9p-fj60>
- Ross, J. (2017). Organizational support, workload, and intent to stay: Work environment perceptions in perianesthesia nursing units. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(4), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.07.001>
- Suliman, M., Aljezawi, M., AlBashtawy, M., Fitzpatrick, J., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Exploring safety culture in Jordanian hospitals. *Journal of Nursing care Quality*, 32(3),1-7. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000218>
- Tao, L., Guo, H., Liu, S., & Li, J. (2018). Work stress and job satisfaction of community health nurses in Southwest China. *Biomedical Research*, 29(3), 510-518. <https://doi.org/10.4066/biomedicalresearch.29-17-2604>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. (2.^a ed.). Sílabo, Lisboa.
- Waddill-Goad, S. M. (2019). Stress, fatigue, and burnout in nursing. *Journal of Radiology Nursing*, 38(1), 44-6. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2018.10.005>
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>



