



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

**Tradução e Validação da escala The Indicators of
Quality Nursing Work Environments para o contexto
cultural português**

Eliana Patrícia Martins de Sousa

**Lisboa
2021**



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

**Tradução e Validação da escala The Indicators of
Quality Nursing Work Environments para o contexto
cultural português**

Eliana Patrícia Martins de Sousa



Orientador: Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas



**Lisboa
2021**

" Não contempla as correções resultantes da discussão pública"

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

AGRADECIMENTOS

A todos os enfermeiros que contribuíram na realização deste estudo, principalmente aos enfermeiros do serviço onde exerço e aos enfermeiros que realizaram o curso de mestrado comigo, em especial a Judite pelo apoio, companheirismo e incentivo.

Aos professores do Curso de Mestrado na área de especialização de gestão em enfermagem que contribuíram para o meu crescimento tanto profissional como pessoal. Em especial ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas, pela disponibilidade, compreensão e motivação nos momentos mais exigentes.

À minha família, sobretudo aos meus pais e ao meu namorado, Zé Luís, pela compreensão, motivação, apoio incondicional e paciência demonstrada ao longo deste caminho.

Aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo.

E a todos aqueles, que direta ou indiretamente, mais interventivos ou mais influenciadores contribuíram de forma marcante para a construção e finalização deste trabalho.

Muito Obrigada!

Lista de abreviaturas e/ou siglas

ACP	Análise de Componentes Principais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APE	Ambiente de Prática de Enfermagem
IQN-WE	<i>The Indicators of Quality Nursing Work Environments</i>
NREM	<i>Nursing Role Effectiveness Model</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
NWI-R-PT	<i>Nursing Work Index – Revised – Portuguese</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
QCE	Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
QNWE-I	<i>Quality Nursing Work Environment an Indonesian Version</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>

RESUMO

Enquadramento: A escala *The Indicators of Quality Nursing Work Environment* (IQN-WE) com 65 itens, desenvolvida por Chiou-Fen Lin, Meei-Shiow Lu e Hsiu-Ying Huang em 2016, teve o objetivo de desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem (APE) no Taiwan. No presente estudo efetuou-se a tradução e validação para o contexto cultural português do questionário IQN-WE. O estudo decorreu em contexto hospitalar. A escala IQN-WE considera aspetos mais recentes do APE, que se tornaram importantes nos últimos anos. Assim, pela importância e pertinência da qualidade do APE a nível nacional, considerou-se relevante traduzir e adaptar para a população portuguesa uma escala com indicadores de qualidade do APE.

Objetivos: Adaptar culturalmente e linguisticamente a escala IQN-WE, originando a versão portuguesa. Analisar as características psicométricas da escala IQN-WE na versão portuguesa.

Métodos: O estudo realizado é do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. A escala IQN-WE foi validado numa amostra de 142 enfermeiros pertencentes a um centro hospitalar, em Portugal.

Resultados: Obteve-se um instrumento com 50 itens dividido em 5 dimensões, com uma variância explicada total de 52,67% e KMO=0,843. Verificou-se uma matriz de correlação linear de forte a moderada entre as dimensões. A validade de conteúdo foi assegurada pela realização do pré-teste e pela equipa de peritos. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do Alfa de *Cronbach* com 0,953. A validade de construto foi efetuada através da Análise Fatorial Confirmatória. O Modelo fatorial 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; $P [rmsea < \text{ou} = 0,05] < 0,001$; MECVI = 18,031), com 5 fatores.

Conclusão: Alcançou-se um instrumento com 50 itens em 5 dimensões: Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional; Organização e Gestão da Equipa; Ambiente de Prática Segura; Sistemas de Informação e Controlo do Risco; Remuneração e Bem-Estar. A escala IQN-WE-PT evidenciou ser um instrumento adequado para ser aplicado em Portugal, através das suas características psicométricas, em qualquer contexto de Cuidados Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residenciais para Idosos.

Palavras-chave: Estudo de Validação; Escala; Gestão em enfermagem; Qualidade dos Cuidados; Ambiente da prática de enfermagem.

ABSTRACT

Background: The Indicators of Quality Nursing Work Environment scale (IQN-WE) with 65 items, developed by Chiou-Fen Lin, Meei-Shiow Lu and Hsiu-Ying Huang in 2016, aims to develop a set of quality indicators for the Nursing Practice Environment (APE) in Taiwan. In the present study, the IQN-WE questionnaire was translated and validated for the Portuguese cultural context. The study took place in a hospital context. The IQN-WE scale considers more recent aspects of the APE, which have become important in recent years. Thus, given the importance and relevance of the quality of the APE at national level, it was considered relevant to translate and adapt a scale with quality indicators for nursing practice environment for the Portuguese population.

Objectives: Culturally and linguistically adapting the IQN-WE scale, originating the Portuguese version. Analyse the psychometric characteristics of the IQN-WE scale in the Portuguese version.

Methods: This is a quantitative, observational, and cross-sectional descriptive study. The IQN-WE was validated in a sample of 142 nurses belonging to a hospital centre, in Portugal.

Results: An instrument with 50 items divided into 5 dimensions was obtained, with a total explained variance of 52.67% and KMO=0.843. There was a strong to moderate linear correlation matrix between dimensions. Content validity was ensured by conducting the pre-test and by the expert team. Reliability was guaranteed through the determination of the internal consistency, having been tested using *Cronbach's* Alpha with 0.953. Construct validity was performed using Confirmatory Factor analysis. The factorial model of the IQN-WE-PT scale showed a good quality of adjustment (2033,593/1119=1,817; CFI= 0,781; GFI= 0,675; RMSEA=0,076; P [rmsea< or =0,05] <0,001; MECVI = 18,031), with 5 factors.

Conclusion: An instrument with 50 items in 5 dimensions was achieved: Team Support and Professional Development; Team Organization and Management; Safe Practice Environment; Information Systems and Risk Control; Compensation and Welfare. The IQN-WE-PT scale proved to be an appropriate instrument to be applied in Portugal, through its psychometric characteristics in any context of Hospital Care, Primary Health Care, Integrated Continuing Care and Residential Structures for the Elderly.

Keywords: Validation Study; Scale; Nursing management; Quality of Care; Nursing practice environment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. Ambiente da Prática de Enfermagem	7
2. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	15
3. Gestão em Enfermagem	23
4. Adaptação e Validação Psicométrica de Instrumentos de Medida	33
PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO	41
1. Justificação do estudo	43
2. Metodologia	45
3. Instrumento de Recolha de dados	47
4. Procedimentos e Questões Éticas	51
5. Apresentação, Análise e Discussão dos dados	53
5.1 Caraterização da Amostra	53
5.2 Análise Psicométrica da escala IQN-WE-PT	59
5.3 Análise Fatorial Confirmatória.....	65
6. Caracterização do APE na Amostra	69
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	
Apêndice I - Pedido de autorização ao autor da IQN-WE e posterior aprovação	
Apêndice II - Exemplar do questionário	
Apêndice III - Autorização do autor para retirar 3 itens da escala original	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caraterização socioprofissional da amostra relativamente ao serviço de exercício de funções	58
Gráfico 2 - Caraterização socioprofissional da amostra relativamente as avaliações de desempenho.....	58
Gráfico 3 - Média dos resultados por género em relação as 5 dimensões do IQN-WE	69
Gráfico 4 - Média dos resultados por idade em relação as 5 dimensões do IQN-WE	70
Gráfico 5 - Média dos resultados por habilitações académicas em relação as 5 dimensões do IQN-WE.....	71
Gráfico 6 - Média dos resultados por experiência profissional completa em relação as 5 dimensões do IQN-WE.....	72
Gráfico 7 - Média dos resultados por categoria profissional em relação as 5 dimensões do IQN-WE	73
Gráfico 8 - Média dos resultados por serviço onde os enfermeiros exercem funções em relação as 5 dimensões do IQN-WE	74
Gráfico 9 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 1: Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional	75
Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 2: Organização e Gestão da Equipa	77
Gráfico 11 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 3: Ambiente de Prática Segura.....	78
Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 4: Sistemas de Informação e Controlo do Risco	79
Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 5: Remuneração e Bem-estar	80
Gráfico 14 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação às 5 dimensões do IQN-WE	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes do conceito qualidade em saúde (Donabedian, 2003)	17
Figura 2 - The Nurse Role Effectiveness Model adaptado de Doran 2011.....	18
Figura 3 - Fases do Processo de Gestão	23
Figura 4 - Tipos de Planeamento	24
Figura 5 - Modelo de organização dos cuidados de enfermagem (Dubois et al., 2012)	26
Figura 6 - Competências do Domínio da Gestão.....	29
Figura 7 - Diagrama explicativo do processo de validação e adaptação de um instrumento de medida.....	35
Figura 8 - Modelo Penta-Fatorial da escala IQN-WE-PT.....	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma da Carreira de Enfermagem de 1981 a 2019	27
Tabela 2 - Análise e Adaptação de Peritos à Tradução da IQN-WE.....	49
Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra relativamente ao género ...	53
Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica da amostra relativamente a idade.....	54
Tabela 5 - Caraterização socioprofissional da amostra relativamente as habilitações académicas	55
Tabela 6 - Caraterização socioprofissional da amostra relativamente a experiência profissional total	55
Tabela 7 - Caraterização socioprofissional da amostra relativamente a experiência profissional na organização.....	56
Tabela 8 - Caraterização socioprofissional da amostra relativamente a categoria profissional	57
Tabela 9 - Valores do teste de KMO de acordo com de Almeida (2017)	60
Tabela 10 - Componentes da escala IQN-WE-PT	61
Tabela 11 - Composição da escala IQN-WE-PT: Componentes e itens.....	63
Tabela 12 - Classificação dos valores de Correlação de Pearson de acordo com Marôco (2018).....	64
Tabela 13 - Coeficiente de correlação linear de Pearson	64
Tabela 14 - Valores de Alfa de <i>Cronbach</i> de acordo com Almeida 2017.....	65
Tabela 15 - Resultados descritivos por dimensões do IQN-WE	81

INTRODUÇÃO

Na saúde, a evolução do conceito qualidade realizou-se com base na crescente preocupação com a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE) pelos profissionais de saúde aos clientes, indo de encontro às suas expectativas e necessidades, como também ao progresso de toda a sociedade.

O investimento na melhoria do ambiente da prática de enfermagem (APE) tem como um dos objetivos melhorar a prestação de cuidados pelo enfermeiro, espelhando-se na QCE prestados, tendo em conta a melhoria dos recursos humanos, materiais e físicos, da gestão da organização, da cultura organizacional e da formação profissional. A QCE só é atingível em cuidados de saúde, em que os enfermeiros experienciam uma qualidade de vida no trabalho melhor e um ambiente de prática segura, porque estes têm um papel fundamental na prestação de cuidados em todos os níveis de cuidados de saúde (Lin, Lu, & Huang, 2016).

Em Portugal, existe uma outra ferramenta que permite avaliar o ambiente da prática de enfermagem: *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) proposto por Lake (2002) e traduzida e validada para a versão portuguesa por Amaral, Ferreira & Lake (2012) e recentemente publicado as avaliações psicométricas em Portugal, em vários contextos (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus e Araújo, 2020; Lucas, Jesus, Almeida e Araújo, 2021). A PES-NWI é composta por 31 itens que descrevem as características do ambiente da prática e são agrupados em cinco subescalas. Esta escala avalia a participação dos enfermeiros nas políticas do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e apoio aos enfermeiros; adequação dos recursos humanos e materiais e, relação colegial entre médicos e enfermeiros (Amaral, Ferreira & Lake, 2012).

A escala IQN-WE, engloba o ambiente de prática segura, a qualidade da equipa, o treino da equipa e o desenvolvimento profissional e, também, o apoio e o cuidado, fatores semelhantes aos que são avaliados através da PES-NWI. Por outro lado, a escala IQN-WE retira a importância a relação colegial entre médicos e enfermeiros, avaliada no PES-NWI, e promove a relevância da especialização profissional e a colaboração em equipa. Além disso, a escala IQN-WE acrescenta fatores importantes como, o salário e o bem-estar, a simplificação das tarefas e a informática (Lin et al., 2016).

Assim, pela importância e pertinência da qualidade do APE a nível nacional, considerou-se de grande relevância traduzir e adaptar para a população portuguesa. A escala IQN-WE, desenvolvida por Chiou-Fen Lin, Meei-Shiow Lu e Hsiu-Ying Huang, em 2016, tem o objetivo de desenvolver um conjunto de indicadores de qualidade do APE no Taiwan. Esta escala somente foi utilizada em 2 dissertações de Mestrado e 1 artigo: uma das dissertações foi de validação e tradução para versão da Indonésia de Aric Vranada, em 2016; a segunda dissertação foi o estudo sobre a ligação das características do APE com a satisfação no trabalho do enfermeiro de saúde mental desenvolvido por Savanna L. Richards, em 2021; o artigo foi desenvolvido pelo mesmo autor da escala original IQN-WE e a sua equipa, que estudou a relação entre a satisfação no trabalho e os indicadores percebidos de um ambiente de trabalho de enfermagem de qualidade após o ajuste para características demográficas e características de trabalho (Lin, Lai, Huang, Huang & Hsieh, 2020). Apesar de ainda não ter sido amplamente utilizada sendo que é uma escala relativamente recente, apresenta valores favoráveis de fiabilidade e de validade.

Determinámos a questão de investigação: "Será que a escala *the Indicators of Quality Nursing Work Environment* (IQN-WE) apresenta boas características psicométricas para o contexto cultural português?". O objetivo geral foi "adaptar culturalmente e linguisticamente a escala IQN-WE, originando a versão portuguesa", bem como os objetivos específicos: traduzir e adaptar os itens da escala IQN-WE para o contexto cultural português, analisar as características psicométricas da escala IQN-WE na versão portuguesa e analisar os indicadores de qualidade do APE em contexto hospitalar.

Esta dissertação está constituída por duas partes. A primeira, o enquadramento teórico, onde se contextualiza a temática sustentada numa fundamentação teórica, abordando o conceito do APE, o conceito da QCE, a gestão em enfermagem e ainda, os métodos de tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida em saúde. A segunda, o trabalho empírico, onde é aprofundado a justificação do estudo, a metodologia do estudo, o instrumento de recolha de dados e as questões éticas, como também, serão apresentados os dados, análise psicométrica da escala e análise fatorial confirmatória. Por fim, será apresentado a conclusão, bem como as referências bibliográficas e apêndices. Para a presente dissertação foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre as características do APE na QCE, que será submetida

a uma revista científica, e na qual emergiu a vontade de continuar a aprofundar e a estudar o tema presente.

A dissertação foi elaborado segundo as normas APA (American Psychological Association), de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2020).

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Ambiente da Prática de Enfermagem

O APE tornou-se, desde os anos 80, um fator importante para a investigação, para aplicação à prática de cuidados de enfermagem e para a gestão em enfermagem. Tendo tido um maior ênfase nos últimos anos, principalmente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, sendo que para Lake (2002), o APE é definido como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros. O conhecimento sobre o APE torna-se importante, na medida em que onde e como ocorre a prática dos cuidados de enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade destes.

O APE está relacionado com muitas variáveis que se pode subdividir em variáveis externas e internas ao enfermeiro. Nas variáveis externas, que são aquelas que não dependem só do enfermeiro, pode-se incluir: a carga de trabalho e a comunicação em equipa; o ritmo e horário de trabalho; a diversidade cultural; a organização da vida profissional com a vida pessoal; a utilização da tecnologia; a existência de recursos físicos, materiais e humanos; a progressão da carreira; a adequada remuneração e incentivos; a cultura organizacional; a segurança no local do trabalho e o suporte do gestor/organização à equipa (Aiken et al., 2017; Akter et al., 2019; Alshehry et al., 2019; Atefi et al., 2016; Bautista et al., 2020; Kowalski et al., 2020; Lu et al., 2019; Moreno-Casbas et al., 2018; Sharif et al., 2018; Wei et al., 2018). Nas variáveis internas, que são aquelas que dependem das perceções do enfermeiro, inclui-se: o *burnout*; a rotatividade/*turnover*; a autonomia; o stress devido a carga de trabalho; o *engagement* e a satisfação no trabalho (Aiken et al., 2017; Alshehry et al., 2019; Bautista et al., 2020; Kowalski et al., 2020; Lu et al., 2019; Lucas & Nunes, 2020; Moreno-Casbas et al., 2018; Sharif et al., 2018; Shaheen et al., 2019; De Sul & Lucas, 2020; Wan et al., 2018; Wei et al., 2018).

O APE é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde (Almeida et al., 2020) e está relacionado com a 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 (Carvalho & Lucas, 2020; Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020; De Sul & Lucas, 2020). Torna-se importante que os enfermeiros compreendam o mecanismo de ação entre o APE e as implicações quer nos resultados das organizações, dos clientes e nos próprios profissionais (Lucas & Nunes, 2020).

Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber (2002), referem que os recursos, a relação no trabalho, a vigilância da sua própria prática e os serviços de apoio aos enfermeiros são características adequadas para a melhoria da qualidade do APE. Apesar de existirem diferentes definições a de Lake aparenta ser a mais consensual entre os investigadores (Amaral & Ferreira, 2013).

No âmbito da profissão de enfermagem, o APE é um fator fundamental para a QCE. No entanto, este é visto essencialmente a um nível técnico, como a redução dos acidentes, quedas e infeções nosocomiais, omitindo as perceções dos profissionais e clientes (Lopes, 2015). Assim sendo, o APE influencia a ação do enfermeiro, e orienta o profissional a focar-se na execução de intervenção interdependente pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem uma definição mais abrangente e, remete para uma realidade mais atual, onde mostra que um ambiente de trabalho saudável vai além do ambiente físico, sendo que se foca também no ambiente social e psicológico dos colaboradores e organização. Ambientes de trabalho saudáveis têm como objetivos a melhoria na promoção de recursos, a segurança, a saúde e bem-estar, tanto no ambiente físico como no ambiente psicossocial (OMS, 2010).

Lake & Friese (2006) criaram uma forma de classificar os APE em favorável, desfavorável e misto, tendo em conta as características presentes no local de trabalho atual.

Um APE favorável leva à melhoria dos resultados dos clientes, sendo um fator essencial para o aumento da satisfação dos enfermeiros (Lake, 2002; Leone et al., 2015) e fundamental para se manter as equipas com dotações seguras e na diminuição da rotatividade dos enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020; De Sul & Lucas, 2020). APE favorável é caracterizado pela adequação dos recursos humanos e materiais, pela participação ativa dos enfermeiros na governação das organizações, pela qualidade do atendimento e de prestação de cuidados de enfermagem, e pelas boas relações entre os diferentes grupos profissionais dos serviços de saúde (Almeida et al., 2020; Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020).

De acordo com a evidência científica das últimas décadas, estes APE favoráveis têm impactos significativos nos níveis de qualidade e segurança dos cuidados ao cliente, no bem-estar dos profissionais de saúde, na qualidade e produtividade, e na eficácia dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Almeida et al., 2020; Lucas & Nunes, 2020).

Por outro lado, segundo Lucas & Nunes (2020), APE desfavoráveis, com falta de apoio da gestão, fraca liderança e má relação enfermeiro-médico estão associados a:

- Diminuição da QCE;
- Aumento de eventos adversos nos clientes, como erros;
- Aumento da mortalidade e complicações;
- Aumento de reinternamentos por complicações;
- Aumento dos custos com os cuidados de saúde;
- Prestação ineficaz de cuidados, conflitos e stress entre os profissionais de saúde;
- Insatisfação profissional;
- Aumento da rotatividade dos enfermeiros;

Todos estes aspetos contribuem fortemente para a insatisfação dos clientes com os cuidados que lhes são prestados.

Um APE seguro caracteriza-se por boas relações profissionais entre os seus membros, o apoio da gestão aos profissionais e os horários de trabalho equilibrados (Alves & Guirardello, 2016; Lucas & Nunes, 2020). Caracteriza-se, também, pela adequação entre a carga de trabalho e as competências dos enfermeiros, pelo período para dar resposta às necessidades dos clientes, pela autonomia profissional, pelos recursos adequados e pelas oportunidades de progressão profissional (Alves & Guirardello, 2016; Lucas & Nunes, 2020).

Por outro lado, ambientes de trabalho desfavoráveis, onde existe níveis de *stress* e carga horária elevada tendem a proporcionar nos colaboradores mazelas como, cansaço, *turnover*, absentismo, menor concentração, ansiedade, *burnout*, entre outros (Khamisa, Oldenburg, Peltzer & Ilic, 2015; Lucas & Nunes, 2020). Para os mesmos autores, estes ambientes desfavoráveis põem em risco a saúde dos profissionais de saúde.

A rotatividade está associada, na maioria das vezes, a APE desfavoráveis, ameaçando, assim, a segurança da equipa e a QCE; sendo que pode levar a ocorrer incidentes e perda de clientes para outras instituições de saúde por falta de recursos (Chênevert, Jourdain & Vandenberghe, 2016; Fallatah, Laschinger & Read, 2017; De Sul & Lucas, 2020).

O ambiente de trabalho onde se desenvolve a prática de enfermagem é uma temática de relevante interesse atualmente, tendo em conta a escassez de enfermeiros a nível mundial e o presente estado pandémico vivenciado.

Segundo Lake (2002), existem vários fatores internos e externos as organizações de saúde, que influenciam a QCE, sendo que o APE é um destes fatores. A presença de autonomia e controlo do ambiente, e a colaboração multidisciplinar pode contribuir para um ambiente de trabalho mais favorável ao desenvolvimento dos cuidados, tendo como objetivo melhores resultados para o cliente, para o profissional de saúde e para a própria instituição, resultando na melhoria da QCE (Duffield et al., 2011). Melhorar o APE é considerado essencial para os enfermeiros, de modo, a garantir a QCE (Lake, 2007).

Salmond, Begley & Brennan (2009), confirmaram que os níveis reduzidos de *burnout* e a intenção *turnover* (abandonar o local de trabalho ou a organização de saúde), melhoram a satisfação dos enfermeiros e as perceções de QCE, tendo como resultado um melhor APE (Lake, 2007).

A OMS (2008), reforça a ideia de que os enfermeiros trabalham muitas vezes sobre limitações, como salários precários, reduzido acesso a informação e, tecnologia com defeitos, que podem conduzir a um APE negativo.

A satisfação no trabalho quando relacionada com uma liderança transformacional e uma adequada implementação dos recursos humanos, físicos e materiais, reduz a intenção de *turnover* e aumenta a satisfação dos clientes (Kowalski et al., 2020; Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018). O aumento da satisfação profissional por meio do trabalho em equipa, promove uma oportunidade maior de interação, comunicação e suporte entre colegas (Atefi et al., 2014; Kowalski et al., 2020; Roche et al., 2016; Wei et al., 2018), levando a uma melhor QCE.

A falta de comunicação entre a equipa ou a dificuldade de comunicação enfermeiro/cliente, é um dos pontos que os enfermeiros mais valorizam na satisfação profissional, pois poderá existir pares e clientes que apresentam, por exemplo, idiomas diferentes (Alshehry, Alquwez, Almazan, Namis & Cruz, 2019; Figueiredo, Potra & Lucas, 2020).

As interações sociais dos enfermeiros fora do seu local de trabalho e os comportamentos de suporte para com os seus colegas diminuem o *stress* relacionado com o trabalho e aumentam a satisfação profissional (Wei et al., 2018).

A intenção de *turnover* e a intenção de deixar a profissão tem um efeito direto na satisfação profissional do enfermeiro, como também na adaptação ao *stress* do trabalho (Bautista et al., 2020; Moreno-Casbas, Alonso-Poncelas, Gómez-García, Martínez-Madrid & Escobar-Aguilar, 2018; Wei et al., 2018). Desde 2010, em Portugal, as remunerações e benefícios permaneceram congelados para todos os enfermeiros do setor público, sendo uma das explicações para as altas percentagens intenção de *turnover* (Leone et al., 2015).

A emigração dos enfermeiros, tem vindo a pôr em causa a distribuição equilibrada e a sustentabilidade dos serviços de saúde, sendo de extrema necessidade que as organizações de saúde tenham capacidade de motivar os profissionais, conter e reverter sua intenção de deixar o país (De Sul & Lucas, 2020). Um dos maiores desafios das organizações de saúde é reter os bons profissionais, tendo em vista uma melhor cultura organizacional (Lucas & Nunes, 2020).

A carga de trabalho dos enfermeiros também tem impacto na intenção de rotatividade. Uma equipa adequada e equilibrada tem uma tendência de reduzir a carga de trabalho (Lee & Kim, 2020). A falta de enfermeiros devido a rotatividade, aumenta a carga de trabalho da equipa, o que pode, também, aumentar a intenção de rotatividade dos enfermeiros existentes (Cho & Kim, 2014) e a uma diminuição na qualidade e coesão da equipa (Fallatah et al., 2017; De Sul & Lucas, 2020).

No entanto, uma equipa de enfermagem adequada exige esforço da organização e da política do governo. Uma das intervenções que pode aliviar a carga de trabalho dos enfermeiros, tem em vista uma distribuição da equipa segundo a gravidade clínica dos clientes (Lee & Kim, 2020).

O APE é uma das variáveis com maior impacto na QCE, sendo que são necessárias novas estratégias para o melhorar, como a retenção de mais recursos humanos de enfermagem, resultando em mais tempo para a prestação de cuidados e mais recursos materiais (Lucas & Nunes, 2020).

Além disso, os enfermeiros têm o encargo adicional de ensinar ou supervisionar os alunos de enfermagem, bem como gerir o seu trabalho, o que pode contribuir para a intenção de rotatividade (Park & Kim, 2017).

A reforma dos enfermeiros no ativo e a baixa contratação de enfermeiros devido à necessidade das organizações de melhorarem a sua eficiência, aumenta a carga de trabalho de cada enfermeiro e, conseqüentemente, piorara a QCE (Amaral & Ferreira, 2013), sendo fundamental garantir que as equipas tenham um número adequado de

enfermeiros e de outros membros da equipa multidisciplinar (Lucas, Nunes, Almeida & Araújo, 2021; Lucas & Nunes, 2020; De Sul & Lucas, 2020).

Outro fator que influencia o APE centra-se no suporte da gestão. O reduzido apoio dos gestores e supervisores e a comunicação desadequada contribuem para a insatisfação do profissional (Akter, Akter & Turale, 2019), que afeta o APE, mais do que por qualquer outro fator (Lucas & Nunes, 2020). O APE consiste num fator organizacional fundamental, sendo que os enfermeiros ao sentir que tem suporte e apoio da gestão, como também uma maior visibilidade das suas intervenções, tendem a apresentar maiores graus de satisfação (Lucas & Nunes, 2020).

De modo a contrariar, os enfermeiros consideram que devem ser liderados por supervisores/gestores competentes e eficientes, que representem os interesses da equipa na organização, incluindo-os na tomada de decisões políticas, tendo em conta, a cultura organizacional (Atefi et al., 2014; Kowalski et al., 2020). Estes líderes, segundo os enfermeiros, devem inspirar e motivar a equipa, fornecer feedback, facilitar a comunicação, estabelecer padrões de qualidade dos cuidados, promover o envolvimento dos enfermeiros nas decisões organizacionais (Roche et al., 2016), promover o apoio e suporte da gestão às suas equipas e desenvolver estilos de liderança eficazes, de modo obter uma melhoria da cultura organizacional, bem como do clima organizacional (Lucas & Nunes, 2020).

A oportunidade de formação e desenvolvimento profissional estão intimamente ligados a um melhor APE e a uma melhor QCE. As organizações devem fornecer condições para formação dos enfermeiros, para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, tomada de decisão e colaboração multidisciplinar para que haja uma melhor coesão e trabalho das equipas (Lucas & Nunes, 2020). A presença de maiores competências profissionais está associada a uma mortalidade reduzida, a uma maior satisfação dos clientes e uma menor ocorrência de efeitos adversos nos clientes (Aiken et al., 2017; Leone et al., 2015; Wei et al., 2018), como más práticas, readmissões por complicações, aumento dos custos de cuidados de saúde e cuidados ineficazes (Lucas et al., 2021).

Outro fator que influencia o APE concentra-se na falta de benefícios para quem realiza horas extras, turnos noturnos ou turnos de fim de semana (Akter et al., 2019; Gasparino & Guirardello, 2016). Enfermeiros sem turnos noturnos encontram-se mais satisfeitos com os seus ambientes da prática de enfermagem do que aqueles que realizam turnos noturnos (Lu, Zhao & While, 2019). Quando a flexibilidade de horários,

por parte dos gestores não é tida em conta para realização da escala de trabalho, contribui para um ambiente da prática desfavorável (Moreno-Casbas et al., 2018).

A adequação dos recursos humanos e materiais, a existência de uma prática de enfermagem baseada na evidência, a participação dos enfermeiros na governação das organizações, a adequada gestão e liderança, o suporte da equipa de enfermagem e a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde contribui para um APE favorável (Jesus, Roque & Amaral, 2015).

Um APE positivo tem de apresentar políticas que incluía um bom custo-efetividade, uma boa eficácia de resultados na profissão de enfermagem, um bom apoio/suporte, por parte dos supervisores/gestores, como também das organizações de saúde (Sharif et al., 2018).

Os enfermeiros gestores desempenham um papel fundamental na criação de um APE favorável/ positivo (Alves & Guirardello, 2016) e na promoção de uma prestação de cuidados de qualidade (Carvalho & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020). Eles podem ainda proporcionar as ferramentas necessárias para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de futuros gestores (Gea-Caballero et al., 2018). A liderança em enfermagem desempenha, um papel central nos cuidados de qualidade ao cliente, o qual envolve quatro atividades fundamentais: facilitar a comunicação contínua eficaz; fortalecimento das relações intra e interprofissionais; construção e manutenção de equipas; e envolvimento dos pares (Carvalho & Lucas, 2020, Lucas et al., 2021). Os enfermeiros enquanto líderes, são fundamentais para melhorarem a comunicação com e entre a equipa para alcançarem objetivos, tendo como finalidade a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente e a inovação em saúde (Carvalho & Lucas, 2020; Nunes & Gaspar, 2016).

O enfermeiro gestor contribui fortemente para um APE favorável, porém precisa de formação em gestão e de desenvolver essas competências de gestão para prestar apoio às suas equipas, liderando-as, ampliando a sua coesão e trabalho em equipa (Lucas & Nunes, 2020). Sem competências e conhecimentos adequados, torna-se difícil para os líderes em enfermagem manterem um APE favorável (Alves & Guirardello, 2016; Lucas & Nunes, 2020).

A melhor estratégia para garantir a segurança dos clientes e a saúde dos profissionais de saúde é desenvolver um APE favorável nos diferentes serviços, em qualquer parte do mundo (Lucas & Nunes, 2020). Estes são fundamentais para promover a excelência dos cuidados de enfermagem, que inclui: um grande apoio dos

enfermeiros gestores às suas equipes; um aumento da satisfação profissional, uma diminuição do *burnout* e *turnover*; contribuindo para uma melhor eficácia das organizações (Almeida et al., 2020; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Sul & Lucas, 2020). Também, garantem um maior nível de saúde, segurança e bem-estar dos profissionais e, dessa forma, melhoram a produtividade e o comprometimento dos profissionais com a organização (Carvalho & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020). A presença de APE favorável gera inovação e fenômenos de empreendedorismo nas organizações (Lucas & Nunes, 2020).

O enfermeiro gestor é um motor de mudança no caminho para a excelência, organizando os recursos existentes e criando um ambiente seguro nos cuidados de enfermagem (Lucas & Nunes, 2020).

2. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

As organizações de saúde, nos últimos anos, demonstram preocupações crescentes com a qualidade em saúde, pois tornou-se numa fonte de distinção e garantia da continuidade económica e financeira das mesmas.

Donabedian (1988), define qualidade como a aquisição dos benefícios com os menores riscos para o cliente, garantindo os direitos éticos e legais deste e preservando a sua integridade, pelo que são os resultados de todo o processo de cuidados que permitem analisar a eficiência, a efetividade, a eficácia, a equidade e a satisfação dos clientes face aos cuidados que receberam (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo a Comissão Europeia (2014), a qualidade dos cuidados abrange a segurança dos clientes e a sua experiência, assim como a eficácia dos cuidados prestados, ou seja, a capacidade de produzir resultados positivos e melhorar o nível de saúde dos clientes.

Os sistemas de saúde desempenham um papel fulcral na comunidade, tendo como objetivo auxiliar as pessoas a manter e a melhorar a sua saúde. Atualmente, os clientes apresentam exigências mais elevadas, como a transparência na informação, a quantidade de informação e a participação nas decisões (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2015 com extensão a 2020 define como um dos eixos estratégicos para o Sistema de Saúde a qualidade em saúde. Saturno et al (1990) citado pelo (Campos et al., 2010) refere que:

“a Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e com o melhor desempenho possível.”

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros projetou, um referencial que inclui os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), segundo o qual os enfermeiros se envolvem e respeitam no uso do exercício da profissão, contribuindo para melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à população (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Nos PQCE, os enunciados descritivos apontam, de uma forma geral, para o esclarecimento da natureza da enfermagem e transposição da ordem social da

profissão. Dos enunciados descritivos emergem seis categorias (Ordem dos Enfermeiros, 2001), nomeadamente:

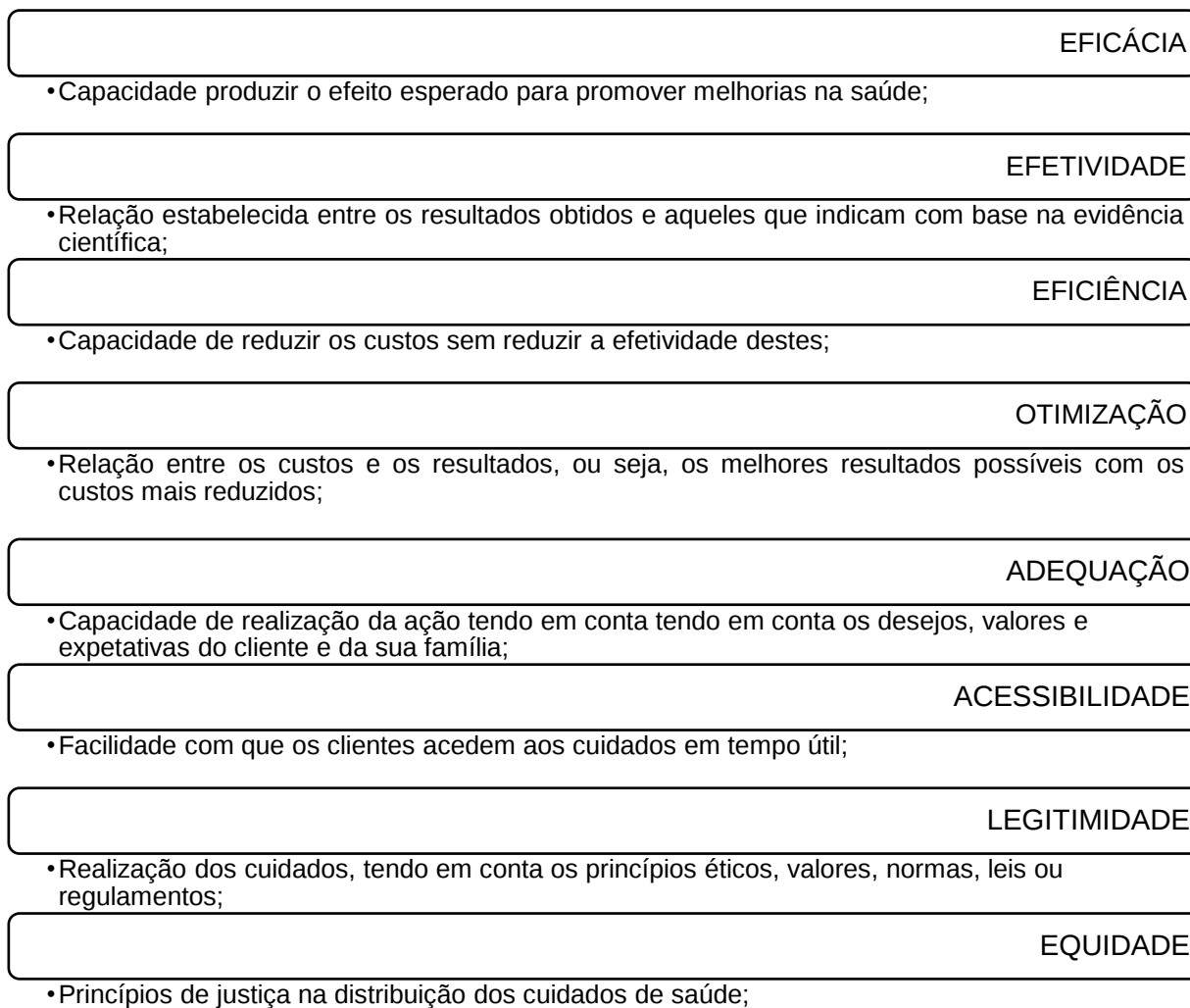
- Satisfação do cliente;
- Promoção da saúde;
- Prevenção das complicações;
- Bem-estar e ao autocuidado dos clientes;
- Readaptação funcional;
- Organização dos serviços de enfermagem.

A procura da melhoria contínua da qualidade está demonstrada nestes enunciados, porém a definição e o conhecimento geral dos enunciados não asseguram a sua execução. Assim, o cumprimento dos PQCE é da competência dos Colégios da Especialidade da OE e dos Conselhos de Enfermagem Regionais enquanto às organizações de saúde pertence a responsabilidade da adequação dos recursos e a criação de ambientes favoráveis ao exercício da QCE (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em 1966, Avedis Donabedian apresenta pela primeira vez um modelo de avaliação da qualidade em saúde fundamentado numa tríade – estrutura, processo e resultado. Por estrutura compreende-se: os equipamentos e materiais, recursos humanos, características organizacionais; por processo entende-se: ações que representam os cuidados prestados; e os resultados referem-se: às mudanças no estado de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades atribuídas aos cuidados (Donabedian, 2003).

Donabedian defende que os resultados permitem analisar a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade face a qualidade da prestação de cuidados (Donabedian, 2003), como descrito na Figura 1.

Figura 1 - Componentes do conceito qualidade em saúde (Donabedian, 2003)



Nas últimas décadas, as organizações de saúde têm vindo a desenvolver padrões e a realizar planos que garantam a implementação e conservação dos valores referidos por Donabedian.

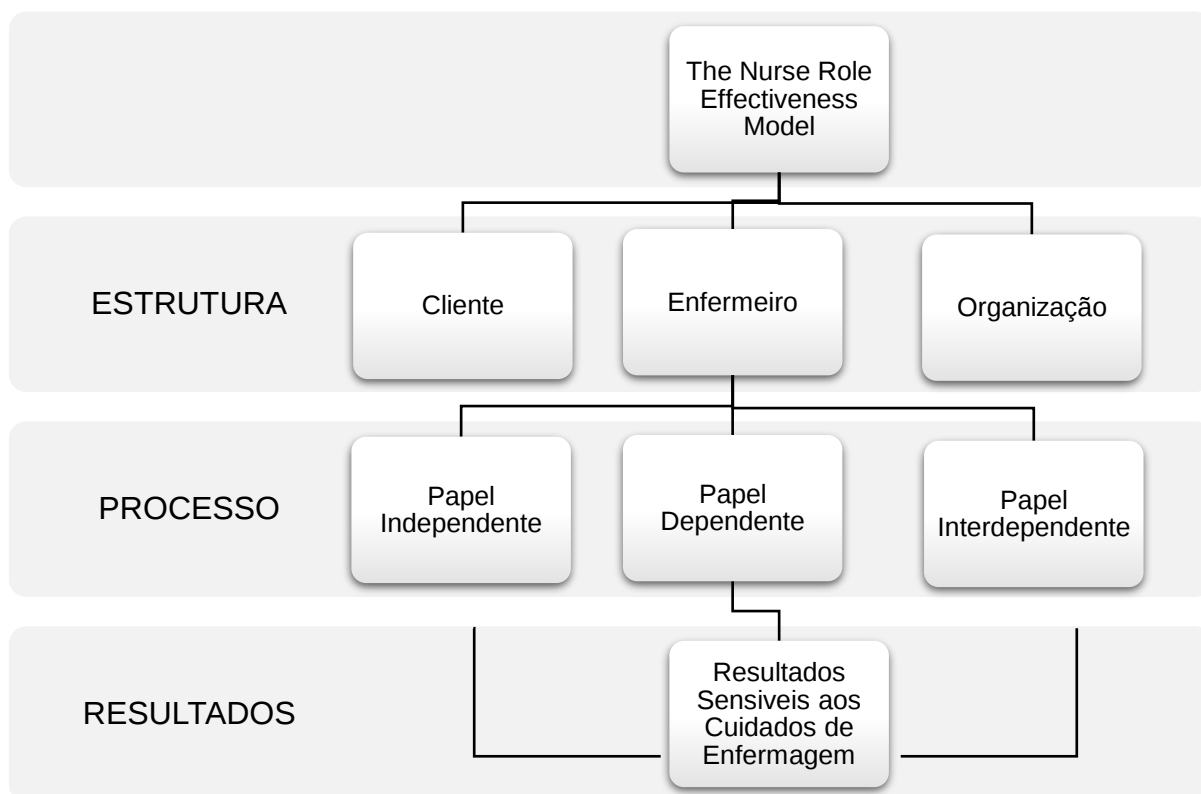
Mitchell, Ferketich & Jennings (1998), desenvolveu o *Quality Health Outcomes Model*, um modelo que teve como base o modelo teórico disponibilizado por Donabedian, que menciona que a avaliação da qualidade dos cuidados não se pode realizar de uma forma linear, mas sim de uma forma dinâmica em que existe interação continua e recíproca entre a estrutura, o processo e os resultados.

Os resultados atingidos são influenciados pelos clientes e as suas características (individualização de cuidados), pelas intervenções (processos clínicos e atividades realizadas, direta e que afetam o cliente) e pelas características estruturais (fatores que contribuem para o desenvolvimento de todo este processo dinâmico). Algumas destas características estruturais focam-se nos rácios enfermeiro-cliente, a qualidade

do APE, a tecnologia e inovação e a formação dos profissionais, entre outros (Mitchell et al., 1998).

No entanto, Doran, Sidani e Hall, em 1988, desenvolveram um modelo equivalente ao modelo de avaliação da qualidade em saúde de Avedis Donabedian, mas adaptado à enfermagem, denominando-o Nursing Role Effectiveness Model (NREM). Este modelo proporciona uma análise das ligações entre os processos de cuidados de enfermagem e os resultados no cliente, pretende desenvolver uma metodologia que permite dar visibilidade ao contributo dos enfermeiros nos resultados dos mesmos, valorizando as funções independentes, dependentes e interdependentes realizadas pelos enfermeiros no contexto da prestação de cuidados (Doran, 2011). Também refere que os resultados dos clientes são afetados pelo cuidado prestado, pelos fatores relacionados com o cliente, pelos aspetos interpessoais do cuidado, e com o ambiente onde o cuidado é prestado (Doran, 2011).

Figura 2 - The Nurse Role Effectiveness Model adaptado de Doran 2011



De acordo com Doran (2011), este modelo, engloba na análise de estrutura, variáveis relacionadas com as características do utente, variáveis relacionadas com o enfermeiro e organização:

- Cliente (idade, género, tipo e gravidade da doença, comorbidades);

- Enfermeiro (educação, experiência);
- Organização (número e composição da equipa; ambiente de trabalho; carga de trabalho);

De outra forma, o processo analisa os papéis assumidos pelos enfermeiros no domínio das suas intervenções independentes, dependentes e interdependentes:

- Papel independente (intervenções de enfermagem - atividades de diagnóstico, implementação e avaliação de intervenções, iniciadas por indicação do enfermeiro);
- Papel dependente (intervenções dependentes incluem a implementação e avaliação de ações prescritas por outros profissionais);
- Papel interdependente (atividades e responsabilidades assumidas pelo enfermeiro, que garantem a continuidade, coordenação e integração dos cuidados ao utente - comunicação da equipa, coordenação dos cuidados, gestão de casos);

Nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, são avaliados aspetos como: o estado funcional do cliente, o autocuidado, o conhecimento sobre a doença, medidas terapêuticas e controlo de sintomas, a segurança do cliente e a satisfação do cliente (Doran, 2011) (Ver Figura 2 – The Nurse Role Effectiveness Model adaptado de Doran, 2011).

Assim, este modelo, o NREM, permite avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem dentro da organização, tendo em conta as características do ambiente de trabalho, as intervenções responsáveis e os efeitos das intervenções nos clientes na obtenção dos resultados (Doran, 2011).

Tal como o conceito de qualidade em saúde também o de qualidade dos cuidados de enfermagem é de difícil definição permanecendo dependente da compreensão, por parte de quem a percebe, o que é qualidade, o que são cuidados de enfermagem e do que estes pretendem alcançar. Enquanto para uns autores, a sua definição parte de enunciados descritivos que permitem a construção de indicadores de qualidade, outros entendem que estas descrições pormenorizadas se arriscam a encobrir a essência do cuidar. Hesbeen (2001) apresenta uma definição de qualidade dos cuidados, que pode identicamente ser aplicada à QCE, como:

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem, como perspetiva, que ela, bem como os

que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com elas com o respeito por elas. (p. 52).

A QCE insere-se na prestação dos cuidados de enfermagem seguros, com base em padrões de enfermagem como a satisfação e a segurança do cliente (Fradique & Mendes, 2013). A QCE é pretendida todos os dias, quando realizamos toda e qualquer prática de enfermagem que visa a recuperação do cliente, contudo é imprescindível repensar a nossa prática diariamente, como reavaliar o nosso comportamento diante das inúmeras responsabilidades que temos para alcançar a excelência profissional (Nogueira, 2016).

O conceito de QCE não é compreendido da mesma maneira por todos. O que o cliente pretende ou deseja dos enfermeiros, nem sempre corresponde ao que os profissionais de saúde percebem. Na qualidade em saúde, a satisfação do cliente é o centro da qualidade de excelência, pelo que é importante ter em ponderação no planeamento dos cuidados de enfermagem, para que se obtenha ganhos em saúde (Ferreira, 2015).

A QCE tende a ser afetada por fatores que, constantemente, influenciam o APE. A carga de trabalho é um dos fatores que causa mais preocupação nos enfermeiros. Esta, encontra-se muitas vezes inflacionada, devido as políticas organizacionais e a falta de enfermeiros. Este fator inclui o atendimento direto e indireto (comunicação com a família e o trabalho administrativo) ao doente (Moreno-Casbas et al., 2018; Shaheen, El-Hneiti, Albqoor & Ahmad, 2019).

Por outro lado, o enfermeiro com uma carga horária superior ao recomendado, tende a referir mais problemas de saúde e mais dificuldades na prestação de cuidados com qualidade aos clientes (Aker et al., 2019). A falta de enfermeiros nas organizações de saúde reduz a eficiência e a QCE, o que afeta diretamente na satisfação dos clientes (Lin et al., 2016).

A instabilidade da organização pode atingir a qualidade do APE e, simultaneamente, a satisfação do profissional, podendo ter implicações sobre o *turnover* e a QCE. Esta instabilidade poderá advir do *turnover* dos seus superiores hierárquicos ou da reestruturação da organização (Bautista et al., 2020; Roche et al., 2016; Shaheen et al., 2019; Sharif, Ahadzadeh & Nia, 2018).

Os enfermeiros que trabalham em turnos noturnos apresentam pior qualidade de sono do que os que trabalham no turno diurno fixo. Sendo assim, as horas de sono e

os dias de folga adequados são fatores favoráveis para a retenção de enfermeiros, reduzindo as taxas de *burnout*, a ocorrência de erros no local de trabalho e o aumento da QCE (Alshehry et al., 2019; Moreno-Casbas et al., 2018).

O APE pode atuar como um fator motivacional para melhorar o bem-estar psicológico (*Engagement*), bem como um fator de proteção para reduzir o *stress* e o esgotamento físico (Wan, Li, Zhou & Shang, 2018), tendo implicações na QCE.

Outro aspeto importante relacionado com o APE mas também com a QCE prende-se com as políticas organizacionais de formação contínua dos enfermeiros, esta é uma questão também prevista pela Ordem dos Enfermeiros (2012) como sendo essencial para que existam cuidados de enfermagem de qualidade.

Os sistemas informáticos inseridos nas organizações de saúde revelam ser uma resistência à mudança por parte dos enfermeiros, pois estes referem que os sistemas informáticos não refletem a sua prática clínica diária, nem apostam no cuidado individualizado (Bautista et al., 2020; Rouleau, Gagnon & Côté, 2015).

No entanto, alguns estudos referem que estes sistemas promovem a avaliação e o planeamento dos cuidados, o ensino mais facilitador dos clientes e suas famílias, a comunicação e a coordenação dos cuidados, a gestão de problemas e sintomas, como também, o planeamento para a alta hospitalar, tendo resultados tanto a nível do enfermeiro (aumento da perceção da qualidade do cuidado e a responsabilidade) como do cliente (aumento da segurança, conforto, qualidade de vida, *empowerment*, satisfação e experiência) (Bautista et al., 2020; Rouleau et al., 2015).

Os supervisores/gestores tem um papel fundamental no aumento da autonomia e envolvimento da sua equipa, de modo a promover o senso de responsabilidade e o comprometimento organizacional, como também no aumento da qualidade motivacional das características do trabalho, na criação de um APE favorável e saudável e no aumento da QCE (Kim, Yoo & Seo, 2018; Kowalski et al., 2020; Wan et al., 2018; Wei et al., 2018).

Aos enfermeiros gestores cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados, tendo como uma das funções apoiar e motivar a equipa para uma prática de enfermagem com qualidade, tendo em atenção às necessidades do cliente com a finalidade da sua satisfação com a QCE recebidos (Nogueira, 2016). O enfermeiro gestor é o vetor da QCE nos serviços e organizações, que varia de acordo com fatores psicológicos, sociais e culturais dos intervenientes no processo de

cuidar – clientes e enfermeiros. A qualidade dos cuidados só existe com a participação de todos os colaboradores nessa finalidade (Ferreira, 2015).

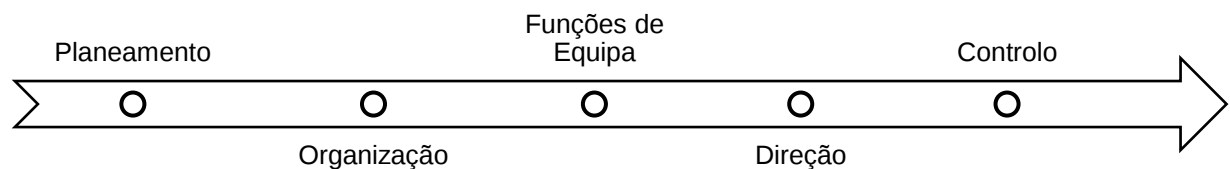
A promoção da QCE torna-se crucial e fundamental na melhoria da prática dos cuidados de enfermagem. A QCE é um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro, sendo que esta depende de muitos fatores, principalmente do APE (Lucas & Nunes, 2020; Tomaszewska et al., 2017). Este está, intimamente, relacionado e influencia, em partes iguais, a QCE, com o objetivo, de todas as intervenções serem com o intuito de obtenção de ganhos no cliente e no profissional, sendo indispensável repensar a nossa prática clínica diariamente, reavaliar o nosso comportamento diante das inúmeras responsabilidades que nos apresentam, assim como um conjunto de valores e motivações, conseguindo desta forma alcançar a excelência tanto a nível do cliente, profissional e organização de saúde.

Aos enfermeiros gestores compete a responsabilidade de garantir a QCE que são prestados no serviço/organização, tem de motivar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade e baseada na evidência científica, considerando às carências do cliente, orientando-o à satisfação deste com a QCE recebidos.

3. Gestão em Enfermagem

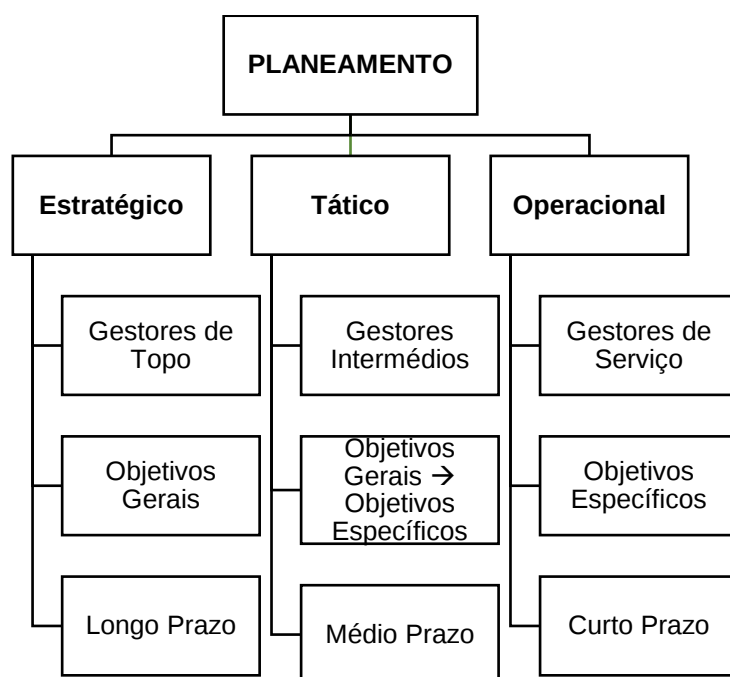
A gestão em Enfermagem tem uma relevância estratégica para a melhoria da QCE prestados em qualquer organização de saúde. Segundo Huber (2006), a gestão é um processo de coordenação e inclusão dos sujeitos, grupos e outros recursos tecnológicos através do planeamento, organização e controlo para atingir as metas institucionais. Gestão é o processo de liderar e orientar toda ou parte de uma organização por meio do desenvolvimento dos recursos para atingir os objetivos da organização (Marquis & Huston, 2017). O processo de gestão engloba 5 principais funções: o planeamento, a organização, as funções da equipa, a direção e o controlo, como identificado na Figura 3.

Figura 3 - Fases do Processo de Gestão



O planeamento implica a identificação e definição dos objetivos, a descrição de estratégias e políticas, como também, a formulação de decisões alternativas para alcançar a decisão mais adequada (Marquis & Huston, 2017). A correta e a adequada elaboração desta etapa é muito importante para alcançar o sucesso de toda a organização. Esta função pode ser dividida consoante os níveis hierárquicos da organização: planeamento estratégico, tático e operacional (Costa, 2013; Regulamento n.º 76/2018, 2018). De seguida, na Figura 4 está simplificado as principais diferenças entre os planeamentos.

Figura 4 - Tipos de Planeamento



O planeamento estratégico é do encargo dos gestores de topo e inclui a definição de objetivos e metas gerais a longo prazo para a organização toda. O planeamento tático desenvolve-se pelos gestores intermédios através da decomposição dos objetivos gerais em objetivos específicos aplicáveis às unidades/departamentos da organização, a médio prazo. Por fim, o planeamento operacional efetua-se pela gestão de serviço nas atividades e tarefas que fazem parte da rotina diária de uma organização, a curto prazo (Costa, 2013).

A organização é a segunda etapa do processo de gestão em que se estabelece relações formais entre as funções/tarefas a desempenhar por cada um, os recursos disponíveis e a coordenação da autoridade para a atingir as metas propostas (Marquis & Huston, 2017).

A função da equipa consiste na determinação das necessidades e o recrutamento de pessoal para a equipa, como também na orientação, formação e desenvolvimento da equipa (Marquis & Huston, 2017).

A direção inclui a fase que se pretende associar os objetivos e as necessidades individuais as da organização, de forma a influenciar as relações interpessoais, através da comunicação, motivação e liderança para alcançar os resultados que se desejam (Marquis & Huston, 2017).

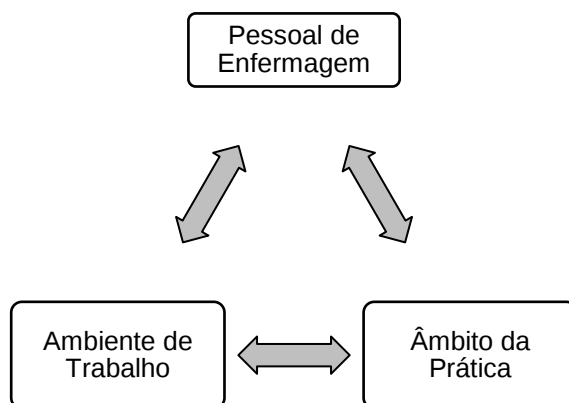
O controlo consiste em avaliar e supervisionar todo o processo de gestão e confrontar os resultados com os objetivos iniciais e se necessário reformular os objetivos, estratégias e planos para melhorar a eficácia da organização. Tanto o controlo, como o planeamento, a primeira etapa do processo de gestão, ocorrem a diferentes níveis, sendo estes: o estratégico, o tático e o operacional (Marquis & Huston, 2017).

A gestão em enfermagem pode ser definida como a atividade que é desenvolvida por enfermeiros, empregando um conjunto de recursos disponíveis, para atingir um objetivo, de forma eficaz, eficiente e benéfico, tanto para os clientes para quem é dirigido os cuidados, como também para a equipa de enfermagem que realiza esses cuidados (Garcia, 2004). A gestão em enfermagem tem de ser percecionada como um instrumento que potencia claramente a enfermagem tornar-se num modelo de prestação de cuidados e que, concomitantemente, garanta a qualidade da organização (Aguiar, Costa & Weirich, 2005). Neste sentido, os mesmos autores reforçam que o próprio enfermeiro gestor tem de compreender que gerir é igualmente cuidar.

A gestão em enfermagem tem uma incidência importante no APE, sendo necessário e de extrema importância a formação dos gestores de enfermagem. Os enfermeiros gestores, devem apoiar e ser apoiados pelos enfermeiros da prática, com o objetivo de atingir e manter a melhoria na QCE, e, sobretudo, na melhoria do APE (Weber, Ward & Walsh, 2015). O enfermeiro gestor, tem um papel influente, dentro da organização e na prestação de um atendimento de qualidade, possibilitando as ferramentas necessárias, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e dos futuros gestores (Weber et al., 2015).

Os fatores supramencionados influenciam o APE e, inerentemente a QCE. A *taxonomy of nursing care organization models* de Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012) visa entender a necessidade de estudar as características específicas dos contextos em que se prestam cuidados e os fatores que influenciam os resultados para os clientes, uma vez que os APE se encontram cada vez mais complexos. Este modelo de organização dos cuidados de enfermagem é composto por três critérios e nas interações entre eles: o pessoal de enfermagem, o âmbito da prática e o ambiente de trabalho (Dubois et al., 2012). (Ver Figura 5 - Modelo de organização dos cuidados de enfermagem (Dubois et al., 2012)).

Figura 5 - Modelo de organização dos cuidados de enfermagem (Dubois et al., 2012)



No fator “pessoal de enfermagem”, existe a necessidade de avaliar e determinar o número necessário e o tipo de competência necessário dos recursos humanos de enfermagem, de modo a responder a um certo contexto de prestação de cuidados (Dubois et al., 2012).

No segundo fator, “o âmbito da prática”, reconhece os cuidados que efetivamente adequam-se às necessidades dos clientes e a percepção das capacidades e conhecimentos necessários dos enfermeiros.

O último fator, “o ambiente de trabalho” engloba o ambiente em que os enfermeiros prestam os cuidados. Estes três fatores apresentam-se constantemente relacionados e influenciam-se reciprocamente (Dubois et al., 2012).

Os papéis e funções dos gestores de enfermagem estão continuamente a ser redefinidos no contexto da saúde, sendo que a importância destes para o correto funcionamento e gestão dos serviços, aparenta inequívoca e inalterada.

A carreira de enfermagem, desde a sua conceção, atravessou sucessivas atualizações, só em 1981, com a publicação do Decreto-lei nº305/81, as funções de gestão foram englobadas na carreira de enfermagem. Este Decreto-lei definiu a carreira em cinco graus: enfermeiro; enfermeiro graduado/ enfermeiro monitor; enfermeiro especialista/ enfermeiro chefe/ enfermeiro assistente; enfermeiro supervisor/ enfermeiro professor e; técnico de enfermagem (Decreto-Lei nº 305/81, 1981).

Porém, apenas em 1991 foram esclarecidas as funções de gestão em enfermagem com a publicação do Decreto-lei nº437/91 em que a carreira de enfermagem se divide em 4 níveis: enfermeiro/ enfermeiro graduado; enfermeiro especialista/ enfermeiro-chefe; enfermeiro-supervisor/ assessor técnico regional de

enfermagem e; assessor técnico de enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91, 1991). Entretanto, este Decreto-lei foi revisto pelo Decreto-lei nº 412/98, em que foi modificado para três níveis de atuação: categoria de enfermeiro/ enfermeiro graduado; categoria de enfermeiro especialista/ enfermeiro chefe e; categoria enfermeiro supervisor (Decreto-Lei nº 412/98, 1998).

Em 2009, com o Decreto-lei nº 247/2009 e o Decreto-lei nº 248/2009, a carreira de enfermagem teve uma nova retificação em que inclui apenas duas categorias: enfermeiro e enfermeiro principal (Decreto-Lei nº 247/2009, 2009; Decreto-Lei nº 248/2009, 2009). Sendo que na categoria de enfermeiro principal inclui nas suas funções as atividades de gestão, os cargos de direção e chefia.

Em 2019, realizou-se a última alteração na carreira de enfermagem. No Decreto-lei nº 71/2019, estrutura-se a carreira de enfermagem em 3 categorias, manteve-se a categoria de enfermeiro e acrescentou-se a categoria de enfermeiro especialista e enfermeiro gestor (Decreto-Lei nº 71/2019, 2019). Na Tabela 1, apresenta-se uma síntese da carreira de enfermagem desde 1981 até 2019.

Tabela 1 - Cronograma da Carreira de Enfermagem de 1981 a 2019

DECRETO-LEI	ESTRUTURA	
nº 305/81, 1981;	5 Categorias	• Enfermeiro; • Enfermeiro graduado/ Enfermeiro monitor; • Enfermeiro especialista/ Enfermeiro chefe/ Enfermeiro assistente; • Enfermeiro supervisor/ Enfermeiro professor; • Técnico de enfermagem;
nº 437/91, 1991;	4 Níveis	• Enfermeiro/ Enfermeiro graduado; • Enfermeiro especialista/ Enfermeiro-chefe; • Enfermeiro-supervisor/ Assessor técnico regional de enfermagem; • Assessor técnico de enfermagem;
nº 412/98, 1998;	3 Níveis	• Enfermeiro/ Enfermeiro graduado; • Enfermeiro especialista/ Enfermeiro-chefe; • Enfermeiro supervisor;

nº 247/2009, 2009; nº 248/2009, 2009;	2 Categorias	• Enfermeiro; • Enfermeiro principal;
nº 71/2019, 2019;	3 Categorias	• Enfermeiro; • Enfermeiro especialista; • Enfermeiro gestor;

Na categoria de gestor, seja em que área for, é indispensável possuir um conjunto vasto de competências, que podem ser inatas e adquiridas ao longo da experiência, mas outras, têm de ser aprendidas e trabalhadas. O gestor é caracterizado por ser um modelo de autoridade autêntico, que lhe é concedido pela organização com funções e responsabilidades exclusivas para cumprir e exercer assim, uma adulteração constante do ambiente e de todo o tipo de recursos, para alcançar os objetivos organizacionais (Marquis & Huston, 2017).

Segundo o 2º artigo do Regulamento nº76/2018, considera o Enfermeiro Gestor:

o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

O enfermeiro gestor, no seu exercício de função, assegura “ a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

As competências são transversais em vários contextos e relacionadas com o desempenho profissional de cada um. A Ceitil (2016) apoia que as competências estão associadas ao saber, ao saber-fazer, ao saber-estar, ao querer-fazer e ao poder-fazer. O saber implica conhecimentos que permitam realizar a intervenção; o saber-fazer é um conjunto de competências que aplica os conhecimentos na prática;

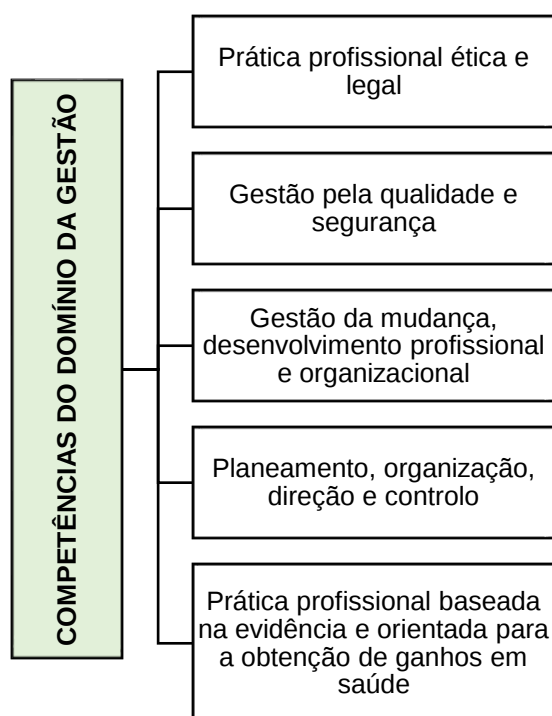
o saber-estar é adequação do comportamento da pessoa às normas e princípios da organização e meio envolvente; o querer-fazer suporta o desenvolvimento do comportamento para colocar as competências em prática; o poder-fazer é a permissão que a organização concede ao indivíduo para desenvolver as suas competências e comportamentos (Ceitil, 2016).

As competências de gestão em enfermagem centram-se principalmente no domínio da gestão, como descrito na Figura 6 sendo que o enfermeiro deve possuir competências para:

desenvolver uma prática profissional, ética e legal, procedendo de acordo com as normas legais e os princípios éticos; desenvolver um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações; adotar estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional (...); Operacionalizar as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes (...); Garantir uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

No domínio da assessoria e consultadoria, o enfermeiro gestor tem como maior responsabilidade, o de desempenhar um papel proativo na definição de políticas de saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Figura 6 - Competências do Domínio da Gestão



No Artigo 10º-B do Decreto-lei 71/2019, de 27 de Maio reporta que as funções do enfermeiro gestor, para além do planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, também compete-lhe outras funções, como: gerir os recursos da unidade/serviço e humanos, criar condições para um APE favorável, garantir uma prática de enfermagem baseada na melhor evidência, garantir a implementação dos processos de melhoria contínua da QCE e promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde.

Como também, divulgar a informação relevante para o exercício profissional de enfermagem, responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere, promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da sua equipa, promover e desenvolver a coesão e o espírito de equipa, avaliar o desempenho profissional da equipa, implementar auditorias internas, promover o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem, promover a formação pré e pós-graduada da enfermagem, garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores, promover uma cultura organizacional com base no respeito pelas regras deontológicas e práticas legais, promover ambientes seguros (identificar e gerir riscos).

Além disso, participar na determinação dos postos de trabalho da equipa, participar no processo de contratualização interna relativo à respetiva unidade ou serviço, participar na determinação das necessidades de recursos materiais e equipamentos para a prestação de cuidados e, exercer funções de assessoria técnica e participar nas comissões de escolha de materiais e equipamentos para a prestação de cuidados (Decreto-Lei nº 71/2019, 2019). O enfermeiro gestor tem de dar uma importância significativa a gestão de recursos humanos, de modo a desenvolver estratégias eficazes que favoreça a retenção de enfermeiros e a melhoria da QCE (Chen, Ramalhal & Lucas, 2019). Apesar dos vários estudos realizados sobre a gestão em enfermagem e as intervenções dos enfermeiros gestores, ainda é necessária aquisição de mais evidência científica para identificar as intervenções concretas para aprimorar o APE (Gomes & Lucas, 2021).

Assim, para que os enfermeiros gestores consigam identificar quais as dificuldades da sua equipa e quais as fragilidades do APE, estes devem ter acesso a rigorosos, válidos e fiáveis instrumentos que lhes permitam intervir atempadamente na sua equipa (Lake, 2007).

Em suma, as competências/funções do enfermeiro gestor centram-se no desenvolvimento de capacidades a nível individual e funcional, na deslocação dos enfermeiros para o alcance de resultados favoráveis, no crescimento profissional, e na otimização dos recursos e necessidades. Envolve, igualmente, os novos líderes da organização, na definição dos perfis de função, na avaliação do desempenho, na implementação de estratégias de reconhecimento e, no fornecimento de um feedback contínuo (Decreto-Lei nº 71/2019, 2019).

O enfermeiro gestor apresenta um papel influente na unidade de cuidados, sendo um condutor fundamental na mudança dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros, garantindo assim, a permanente QCE prestados. Para a gestão em enfermagem, a obtenção da qualidade constitui um caminho irreversível, observado pela constante preocupação dos profissionais em procurar o aprimoramento, o conhecimento disponibilizado pelas novas tecnologias e direcionar a atuação profissional maximizando todos os recursos disponíveis.

O APE tem vindo a ganhar relevância na gestão das organizações de saúde. Os enfermeiros gestores devem usufruir deste facto para atuarem como ativos da mudança e no desenvolvimento de políticas e recomendações, baseadas na melhor evidência científica, de modo, a promover ambientes da prática de enfermagem favoráveis (Murray, 2017).

Os gestores em enfermagem e as organizações hospitalares devem encarar como prioritário o investimento no APE que, inevitavelmente, se refletirá na melhoria dos resultados nos clientes, na performance profissional e, sobretudo, na QCE prestados, independentemente do contexto onde esse investimento ocorra (Anunciada & Lucas, 2021)

Os enfermeiros gestores tem uma grande influência no seu APE, originando os mais diversificados *outcomes*. Desta forma, o enfermeiro gestor, através da sua gestão, influencia favoravelmente o APE, promove um aumento na QCE e, também, promove *outcomes* positivos para os clientes e enfermeiros, aumentando a eficácia das organizações de saúde (Anunciada & Lucas, 2021).

4. Adaptação e Validação Psicométrica de Instrumentos de Medida

A adaptação transcultural de um questionário numa população e cultura distintas daquela em que ele foi concebido, requer uma metodologia única para alcançar a equivalência entre os idiomas de origem e de destino. Os itens do questionário atravessam uma série de processos e validações rigorosas para que se possa realizar a sua tradução e adaptação cultural, pois estes não devem apenas ser bem traduzidos linguisticamente, mas também ser adaptados culturalmente a fim de manter a validade do conteúdo do instrumento em diferentes culturas (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2007).

A tradução de uma escala deverá permitir a comparação dos conceitos, entre as diferentes culturas, e a conservação do significado dos conceitos da escala original na sua tradução para outras línguas (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Dessa forma, podemos ter mais convicção de que estamos descrevendo o impacto do instrumento de maneira semelhante em estudos de diferentes países ou avaliações de resultados (Beaton et al., 2007).

A primeira etapa na adaptação é a tradução da língua de origem para a língua-alvo. Para tal, realiza-se uma tradução inicial, efetuada por 2 tradutores qualificados, sendo que um deles é conhecedor da temática em estudo (Beaton et al., 2007). Em seguida, realiza-se uma reunião de peritos onde, em conjunto, se efetua uma análise das escalas traduzidas e daí saíra uma versão com o consenso de ambos (Beaton et al., 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

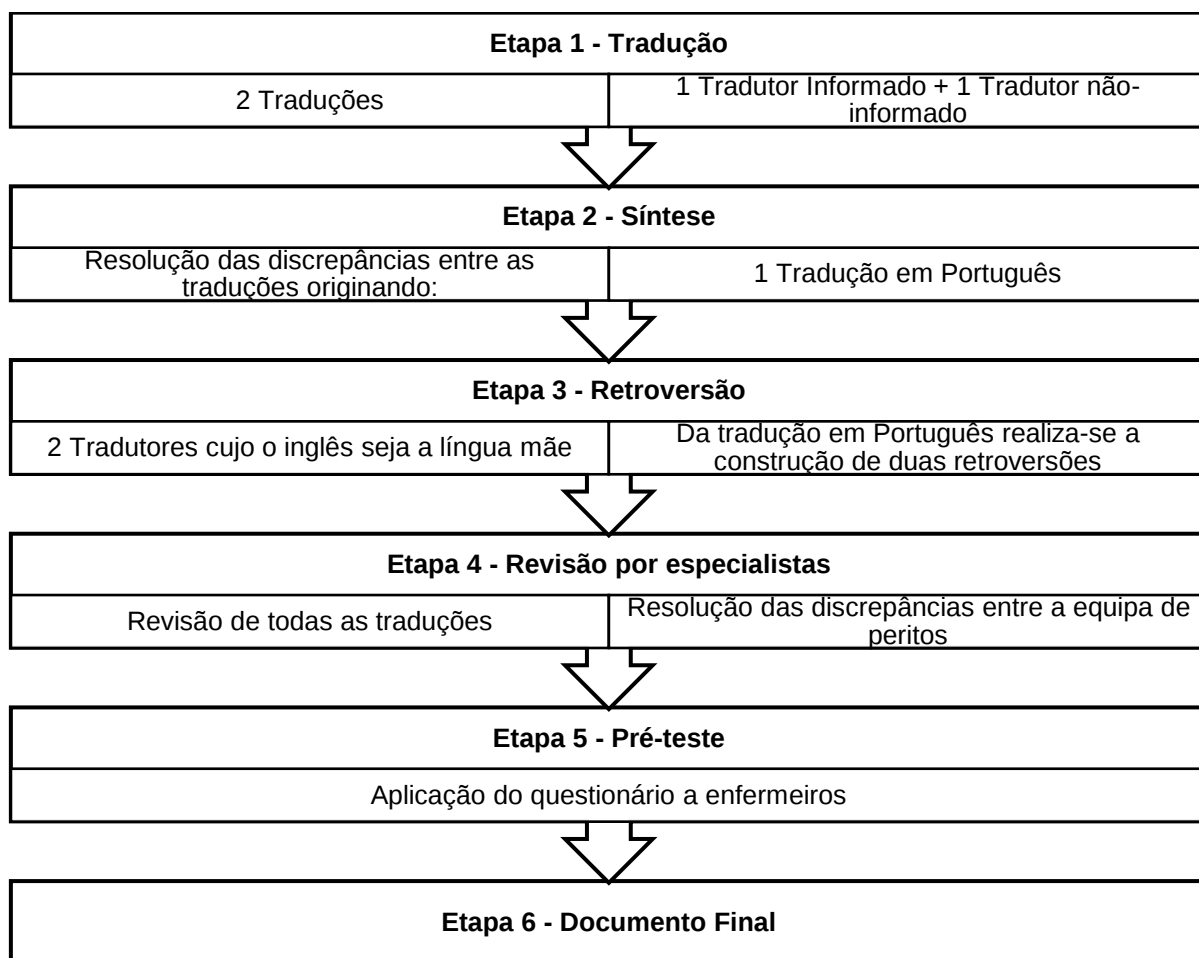
Na segunda etapa realiza-se a retroversão, em que com a versão consenso realiza-se uma nova tradução para a língua de origem, utilizando um terceiro tradutor, que nunca examinou a escala original. Este terceiro tradutor elabora uma escala que irá ser comparada com a escala original, de modo a garantir que não existe interpretações incorretas ou ambíguas (Beaton et al., 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Posteriormente, realiza-se uma reunião de peritos onde se comparam a versão original e a versão produzida pela retroversão, onde se avalia item por item, a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, produzindo no final uma versão na língua-alvo pronta a ser testada (Beaton et al., 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011). A equivalência é dividida em quatro grupos:

- Semântica: confirma-se se há modificações no significado das palavras, da gramática e do vocabulário (Beaton et al, 2007);
- Idiomática: as expressões idiomáticas são difíceis de traduzir. Se necessário, uma comissão de tradução deve formular uma expressão equivalente na versão a traduzir (Beaton et al, 2007);
- Experiencial: os itens podem incluir atividades que não são realizadas no país de destino, tendo assim que ser substituído por um item semelhante (Beaton et al, 2007);
- Concetual: Consoante as culturas, existem palavras com significados concetuais diferentes. O que se pretende é uma tradução que conserve o significado dos conceitos (Beaton et al, 2007).

Se não houver consenso entre os peritos, pode ser essencial retomar aos passos iniciais (Beaton et al, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

A fase final do processo de adaptação é o pré-teste, numa perspetiva mais etnográfica, em que se envolve um grupo de indivíduos com características comuns para verificar a opinião dos mesmos, em relação ao entendimento da versão final da escala traduzida, tendo a possibilidade de aperfeiçoar os itens e realizar a medição do tempo da aplicação da mesma (Beaton et al., 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Todos os passos acima referidos pertencem a fase qualitativa do processo de tradução e validação de uma escala que se encontra exemplificada na Figura 7.

Figura 7 - Diagrama explicativo do processo de validação e adaptação de um instrumento de medida



Fonte: Adaptado de Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz (2007)

Após isto, inicia-se a fase quantitativa onde se realiza a aplicação da versão traduzida numa amostra da população-alvo. Procede-se então à análise da equivalência psicométrica, em que consiste na avaliação da qualidade de um instrumento de medida, tendo como base a fiabilidade e a validade do instrumento (Grove, Gray & Sutherland, 2017; Ribeiro, 2010).

A tradução de uma escala de medida, de uma língua para outra, modifica a fiabilidade e a validade. Por isso, para que os resultados obtidos possam referir uma qualidade favorável, a escala precisará de ser sujeita a uma série de testes estatísticos (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Um instrumento confiável pode não ter a mesma fiabilidade em contextos diferentes, motivo pela qual a fiabilidade e a validade devem ser avaliadas sempre (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017).

Segundo Souza et al. (2017), a fiabilidade é competência em apresentar um resultado de forma coerente no tempo e espaço, indicando aspetos estabilidade, consistência interna e equivalência.

A avaliação da estabilidade pode ser efetuada pelo método teste-reteste. Este solicita que o fator a ser medido seja o mesmo nos dois momentos dos testes, sendo que qualquer alteração pode ser provocada por erros aleatórios (Souza et al., 2017). O intervalo de tempo entre as avaliações influenciará o método teste-reteste; tendo em consideração que um intervalo adequado, não deve exceder os 14 dias entre o teste e o reteste. Os valores resultantes irão variar entre zero e um, sendo que quanto mais próximos de um, maior a estabilidade da medida (Grove et al., 2017; Souza et al., 2017).

A consistência interna é uma relevante propriedade de medida para instrumentos que avaliam um único construto, empregando uma diversidade de itens (Souza et al., 2017). O coeficiente alfa de *Cronbach* é o teste mais utilizado pela maioria dos investigadores, possibilita circunscrever até que ponto cada item de um determinado instrumento avalia um dado conceito da mesma forma que os outros e os valores do coeficiente alfa de *Cronbach* são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida. Uma consistência interna com valores superiores a 0,7 sejam as ideais, contudo em escalas recentes ou com um número de itens baixo são admissíveis valores acima dos 0,60 (Grove et al., 2017; Souza et al., 2017).

A equivalência descreve o grau de consonância entre dois ou mais avaliadores quanto aos valores medidos de um instrumento. Na avaliação da equivalência, utilizam o coeficiente Kappa, este é uma medida de concordância entre os avaliadores e assume valor máximo igual a 1,00. Quanto maior o valor de Kappa, maior a concordância entre os avaliadores (Souza et al., 2017).

A validade menciona a veracidade do instrumento medir exatamente o que se propõe a medir, sendo que pode ser dividido em validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Grove et al., 2017; Souza et al., 2017).

A validade de conteúdo garante que o conteúdo de um instrumento representa adequadamente o que está a ser medido, sendo esta verificada por peritos durante o processo de produção do instrumento (Grove et al., 2017; Souza et al., 2017).

A validade de critério consiste na relação entre o instrumento proposto e outro conhecido que sirva de critério e avalie a sensibilidade do instrumento para o mesmo acontecimento (Grove et al., 2017; Souza et al., 2017).

A validade de construto é a dimensão em que um conjunto de variáveis realmente mede o construto definido, uma vez que produzem previsões com base na construção de hipóteses. Esta divide-se em três tipos: validade convergente, validade discriminante e a validade fatorial (Marôco, 2018; Souza et al., 2017)

- Validade Convergente: quando os itens que constituem o construto apresentam correlações positivas e elevadas entre si. Assim, é possível verificar se o instrumento está fortemente correlacionado a outras medidas já existentes e válidas (Marôco, 2018; Souza et al., 2017);
- Validade Discriminante: quando o construto de estudo não se encontra correlacionado entre si (Marôco, 2018);
- Validade Fatorial, avalia as correlações entre uma variadíssima gama de variáveis, delinea os fatores, ou seja, as variáveis relacionadas entre si (Marôco, 2018; Souza et al., 2017).

A Análise de Componentes Principais (ACP), não é um método de análise fatorial, surge, apenas, como um método de extração de fatores dos softwares estatísticos de ampla utilização, tais como o IBM® SPSS® Statistics. Assim, a ACP é um método que tem como objetivo reduzir a informação das variáveis originais e correlacionadas num número reduzido de componentes, utilizado na construção de questionários e de escalas (Almeida, 2017; Marôco, 2018). Na ACP, dois testes estatísticos são importantes: o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de Esfericidade de *Bartlett*. O teste de KMO demonstra qual é a proporção da variância que as variáveis apresentam em comum, comparando as correlações com as correlações parciais das variáveis (Almeida, 2017). No teste de Esfericidade de *Bartlett*, tem como objetivo indicar se não há correlação entre as variáveis (Almeida, 2017).

Na extração inicial de componentes, a decisão do número de fatores a reter seguem regras. Os valores de *Eigenvalues* (valor próprio) são extraídos. Deve reter-se os fatores até aquele em que se observa a curvatura da curva num gráfico *scree plot*. Este gráfico permite ver qual a importância relativa de cada fator. Assim, explica a variância total das variâncias extraída de cada fator, em que o valor da variância total explicada é de pelo menos 50% do valor. No entanto, as variáveis têm pesos fatoriais elevados num fator e menor noutro, por isso se realiza a rotação de fatores. Existem dois métodos de rotação de fatores: ortogonal (os fatores são independentes e permanecem não correlacionados) e oblíquo (os fatores podem ser

correlacionados). O IBM® SPSS® Statistics tem três métodos de rotação ortogonal: Varimax, Quartimax e Equamax. A rotação ortogonal Varimax é a mais utilizada, uma vez que o intuito é obter uma estrutura fatorial onde cada variável esteja fortemente associada a apenas um fator (Almeida, 2017).

A Análise Fatorial é uma técnica que consiste em identificar os fatores que explicam a estrutura correlacional entre um conjunto de variáveis – validade de construto (Marôco, 2018; Almeida, 2017). A análise fatorial pode classificar-se em dois tipos distintos, consoante a inexistência ou existência de hipóteses sobre a estrutura correlacional, sendo designadas respetivamente, Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Marôco, 2018; Almeida, 2017). A AFE é um método exploratório em que esclarecem as correlações entre variáveis recorrendo à rotação de fatores, explorando os fatores estruturais. Por outro lado, a AFC é um método confirmatório, em que essencialmente confirma padrões estruturais (Marôco, 2018). A AFE proporciona a quantidade de fatores necessários para representar os dados, ou seja, é uma ferramenta importante para explorar a dimensionalidade de um conjunto de itens. No entanto, a AFC é a mais utilizada para validação de questionários (Souza et al., 2017).

Para se calcular a força de associação entre variáveis numéricas, a medida estatística mais relevante é o coeficiente de correlação de Pearson, em que requer a suposição que a relação entre variáveis é linear e que as variáveis sejam medidas em intervalo de classe (Marôco, 2018; Almeida, 2017).

A AFC é feita com recurso aos Modelos de Equações Estruturais. Este modelo é um sistema de equações lineares que estabelece as relações entre as variáveis. Este modelo é composto geralmente por dois submodelos: um submodelo de medida, que define a forma como as variáveis latentes são operacionalizadas pelas variáveis observadas, e um submodelo estrutural, que define as hipotéticas relações causais ou de associação entre as variáveis latentes. A normalidade multivariada é medida através dos índices de assimetria e de curtose, em que casos extremos de desvio da normalidade são índices de assimetria acima de 3 e de curtose acima de 10. Um outro pressuposto é o de cada variável latente dever ter 3 ou mais variáveis manifestas, bem como haver correlações medianas a fortes entre as variáveis observadas que operacionalizam o mesmo constructo. Outro aspeto a ter em conta é a presença de outliers. A deteção de outliers faz-se através da verificação da Distância de Mahalanobis ao quadrado. Por outro lado, o processo de estimação pondera

estimativas para os parâmetros do modelo, tais como pesos fatoriais, coeficientes de regressão ou covariância e faz-se através de um conjunto de métodos iterativos. O processo de estimação do modelo pode ser feito a partir de várias técnicas e as mais comuns são a da Máxima Verosimilhança, a dos Mínimos Quadrados Ponderados, a dos Mínimos Quadrados Não-ponderados e a dos Mínimos Quadrados Generalizados (Marôco, 2018).

Para realizar estes testes estatísticos de um instrumento recorre-se a um programa informático de estatística para ciências sociais, como o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) (George & Mallery, 2019).

A recolha de dados foi realizada através da criação do questionário na plataforma Google Forms, um programa de criação de formulários, e divulgado através do email institucional de um Centro Hospitalar em Portugal. Este foi enviado ao enfermeiro diretor do centro hospitalar, a quem se realizou uma breve explicação acerca dos objetivos, para que este seguidamente realiza-se o encaminhamento aos enfermeiros todos do centro hospitalar. O questionário esteve disponível na plataforma online para ser preenchido entre maio 2021 a junho 2021, sendo que foram recolhidos para uma plataforma excel, mantendo o anonimato dos intervenientes.

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

1. Justificação do estudo

Segundo Lake (2002), o APE é definido como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros. O conhecimento sobre o APE torna-se importante, na medida em que onde e como ocorre a prática dos cuidados de enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade destes.

O APE está relacionado com muitas variáveis que se pode subdividir em variáveis externas e internas ao enfermeiro. Nas variáveis externas, que são aquelas que não dependem só do enfermeiro, pode-se incluir: a carga de trabalho e a comunicação em equipa; o ritmo e horário de trabalho; a diversidade cultural; a organização da vida profissional com a vida pessoal; a utilização da tecnologia; a existência de recursos físicos, materiais e humanos; a progressão da carreira; a adequada remuneração e incentivos; a cultura organizacional; a segurança no local do trabalho e o suporte do gestor/organização à equipa (Aiken et al., 2017; Akter et al., 2019; Alshehry et al., 2019; Atefi et al., 2016; Bautista et al., 2020; Kowalski et al., 2020; Lu et al., 2019; Moreno-Casbas et al., 2018; Sharif et al., 2018; Wei et al., 2018). Nas variáveis internas, que são aquelas que dependem das perceções do enfermeiro, inclui-se: o *burnout*; a rotatividade/*turnover*; a autonomia; o *stress* devido a carga de trabalho; o *engagement* e a satisfação no trabalho (Aiken et al., 2017; Alshehry et al., 2019; Bautista et al., 2020; Kowalski et al., 2020; Lu et al., 2019; Lucas & Nunes, 2020; Moreno-Casbas et al., 2018; Sharif et al., 2018; Shaheen et al., 2019; De Sul & Lucas, 2020; Wan et al., 2018; Wei et al., 2018).

Tendo em vista estas diferentes variáveis, a promoção da QCE torna-se crucial e fundamental na melhoria da prática dos cuidados de enfermagem. A QCE é um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro, sendo que esta depende de muitos fatores, principalmente do APE (Lucas & Nunes, 2020; Tomaszewska et al., 2017).

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, proporcionar aos enfermeiros gestores ferramentas que lhes possibilitem realizar uma avaliação da qualidade do APE.

Em Portugal, existe uma escala, a *Nursing Work Index – Revised – Portuguese* (NWI-R-PT), que avalia o APE, traduzida por Benito, em 2015, sendo que esta foi desenvolvida por Aiken & Patrician, em 2000, um questionário de 57 itens e 4 subescalas (autonomia, relação cordial entre enfermeiro e médico, controlo sobre o ambiente da prática profissional e suporte organizacional). Esta escala possibilita avaliar as condicionantes da organização que podem afetar tanto o APE, como os resultados obtidos pelos clientes.

Lake (2002), tendo como suporte o NWI-R e as características dos *Magnet Hospitals*, construiu um novo instrumento: PES-NWI, traduzida e validada para a versão portuguesa por Amaral, Ferreira & Lake (2012) e recentemente publicado as avaliações psicométricas em Portugal, em vários contextos (Almeida et al., 2020; Lucas et al., 2021). A PES-NWI é composta por 31 itens que descrevem as características do ambiente da prática e são agrupados em cinco subescalas. Esta escala avalia a participação dos enfermeiros nas políticas do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; capacidade de gestão, liderança e apoio aos enfermeiros; adequação dos recursos humanos e materiais e, relação colegial entre médicos e enfermeiros (Amaral, Ferreira & Lake, 2012).

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 NWI-R-PT e PES-NWI, acrescenta fatores importantes como o bem-estar profissional, a simplificação dos procedimentos e os sistemas de informação (Lake, 2002; Lin et al., 2016).

Assim, pela importância e pertinência em promover APE favoráveis, considerou-se relevante esta escala por apresentar evidência científica recente e, incluir aspetos que se tornaram pertinentes para estudo, nos últimos anos.

Este estudo será capaz de deter um efeito significativo para a gestão em enfermagem, como também para os enfermeiros gestores e suas equipas, na expectativa de haver melhorias na prática diária dos enfermeiros e assim, aumentar a QCE e, conseqüentemente, melhorar APE. Tendo também implicações na área de investigação, no aumento de evidência científica e na utilização da escala em estudos futuros.

2. Metodologia

A questão de investigação é "Será que a escala *the Indicators of Quality Nursing Work Environment* (IQN-WE) apresenta boas características psicométricas para o contexto cultural português?", delineou-se o objetivo geral: adaptar culturalmente e linguisticamente a escala IQN-WE, originando a versão portuguesa, bem como os seguintes objetivos específicos: traduzir e adaptar os itens da escala IQN-WE para o contexto cultural português, analisar as características psicométricas da escala IQN-WE na versão Portuguesa e analisar os indicadores de qualidade do APE em contexto hospitalar.

Tendo em conta o tema, a questão de investigação e os objetivos mostrados, o modo de abordagem da dissertação de natureza científica é do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. Trata-se de um estudo quantitativo, uma vez que envolve um processo de colheita de dados observáveis centrados na recolha de dados mensuráveis e quantificáveis junto dos participantes e analisando-os com as técnicas estatísticas (Grove et al., 2017). É observacional, visto que descreve os acontecimentos, os fenómenos e, as relações entre as diferentes variáveis, sem o investigador intervir (Polit & Beck, 2019; Ribeiro, 2010), sendo que este tipo de estudo é o mais utilizado quando se estuda pessoas (Almeida, 2017). Este estudo é descritivo-transversal, por fornecer informação sobre a população em estudo, através da utilização de um grupo representativo e os dados são colhidos num único momento (Grove et al., 2017; Polit & Beck, 2019; Ribeiro, 2010).

A população alvo do estudo são os enfermeiros de um Centro Hospitalar em Portugal. O método de amostragem deste estudo é 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. A seleção da amostra foi realizada por conveniência do investigador, tendo em conta limitações de tempo e de recursos (Ribeiro, 2010).

3. Instrumento de Recolha de dados

O instrumento de recolha de dados denomina-se, originalmente, *The Indicators of Quality Nursing Work Environments* (IQN-WE). Esta escala desenvolvida por Chiou-Fen Lin, Meei-Shiow Lu e Hsiu-Ying Huang em 2016, tem como objetivo avaliar os indicadores de qualidade do ambiente da prática de enfermagem.

Esta escala é constituída por 8 subescalas (Ambiente da Prática Segura; Qualidade do Pessoal; Salário e Bem-Estar; Especialização Profissional e Colaboração de Equipas; Simplificação de Tarefas; Informática; Formação e Desenvolvimento Profissional do Pessoal; Apoio e Cuidado) com 65 itens, de resposta fechada tipo likert, entre 1 ponto (muito inadequado) a 4 (muito adequado). A variação total dos resultados poderá ir desde 65 a 260 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, mais desfavoráveis serão os indicadores de qualidade do ambiente da prática de enfermagem (Lin et al., 2016). Este instrumento de recolha de dados é um questionário de autopreenchimento dirigido aos enfermeiros de todas as categorias.

A escolha deste questionário centrou-se fundamentalmente no facto de este ser um instrumento de fácil aplicação, pouco dispendioso e na abrangência da população em estudo, utilizando a mesma metodologia na recolha dos dados. Em relação à sua validade e fiabilidade, no estudo original Lin et al. (2016), a consistência interna teve um α Cronbach de 0.91.

Para assegurar a compreensão linguística do questionário foi realizado um pré-teste com 27 enfermeiros que não identificaram expressões menos compreensíveis. Neste pré-teste, o tempo de preenchimento variou entre 10 e 15 minutos.

O instrumento de recolha de dados foi elaborado em 4 partes:

- Introdução – Explicação dos objetivos do estudo e as instruções sobre o preenchimento e o consentimento Informado, Esclarecido e Livre para participação no estudo de investigação.
- Grupo A (Caracterização Geral) - 7 questões fechadas sobre a caracterização geral, onde se pretende obter caracterização sociodemográfica e profissional (género, idade, habilitações académicas, tempo de exercício profissional completo, tempo de exercício profissional na organização/instituição, categoria profissional, serviço onde exerce funções e avaliações de desempenho);

- Grupo B (Escala “The Indicators of Quality Nursing Work Environments”) – 63 questões de escolha múltipla sobre os indicadores de qualidade do APE, onde estará inserida a versão portuguesa da escala IQN-WE;
- Grupo C (Sugestões) – 1 questão aberta sobre sugestões, onde se pretende que os intervenientes realizem críticas e/ou sugestões pertinentes.

O questionário (Apêndice II) é constituído, inicialmente, pelo consentimento informado e informações sobre o objetivo do questionário e as instruções para a sua realização. De seguida, é subdividido em 3 partes: Parte A – Caracterização Geral, onde se pretendia obter caracterização sociodemográfica, profissional, académica e laboral; Parte B – Questionário IQN-WE na versão portuguesa, constituída por 63 itens dos 65 do instrumento original; e Parte C – Sugestões, onde se pretendia que os intervenientes apontassem críticas e sugestões pertinentes.

A extração dos dados será realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, V.25, para Windows, um programa de computador que realiza análises estatísticas para ciências sociais (George & Mallery, 2019).

Processo de Tradução e Adaptação Cultural da escala IQN-WE

O processo de tradução iniciou-se, após autorização formal do autor principal Chiou-Fen Lin (Apêndice I). Numa primeira fase, realizou-se a tradução de inglês para português do questionário original e a verificação da equivalência semântica por dois tradutores independentes, um bilingue, fluente em português e inglês, com conhecimentos na área de enfermagem e um outro tradutor certificado sem conhecimentos na área da saúde que realizou a emissão de um certificado de tradução. Os dois tradutores respeitaram a equivalência da tradução do questionário, mantendo o significado conceptual da versão original. A tradução e adaptação consistiu numa análise da equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Beaton et al., 2007) para a realidade portuguesa, para garantir que os itens preservam o significado similar ao da original.

Em seguida, numa segunda etapa, numa reunião de peritos (investigadora e 2 docentes da especialidade), efetuou-se uma análise das duas versões, avaliando cada item individualmente com o objetivo de originar uma versão consenso (1ª versão - português). Nesta etapa verificou-se que as duas traduções estavam bastante

semelhantes, apesar de existirem palavras sinónimas entre as versões, que conservavam o mesmo significado. Estas questões foram resolvidas através do consenso dos peritos sobre quais os termos que possibilitam a compreensão mais simplificada das afirmações. Foram eliminados 2 itens (2.1; 2.2) nesta fase por não se enquadrarem no contexto português. Foi pedido autorização ao autor original que a concedeu (Apêndice III).

A partir da 1ª versão- português, numa terceira etapa, realizou-se a retroversão por um terceiro tradutor, fluente em língua inglesa e portuguesa, desconhecedor da versão original, dando origem à versão retrovertida (2ª versão - inglês). Nesta etapa constatou-se que todos os itens traduzidos novamente para o inglês conservaram o mesmo significado da escala original.

Na etapa seguinte, efetuou-se uma comparação dos itens da escala original com os da escala retrovertida, item por item, para investigar se existiam dúvidas ou disparidades e verificar a equivalência semântica, idiomática e concetual. Nesta reunião de peritos bilingues e com conhecimentos científicos na área, na qual resultaram alterações que deram origem à 3ª versão (em português) da escala. Da análise da equivalência semântica, emergiram as seguintes alterações, identificadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise e Adaptação de Peritos à Tradução da IQN-WE

Inglês (Original)	Tradução	Adaptação
Safe practice environment	Ambiente de prática segura	Ambiente de prática de enfermagem
Health examination program	Programa de exames de saúde dos funcionários	Serviço saúde ocupacional
Manpower allocation system	Sistema de afectação de mão-de-obra	Sistema de reforço
Nursing department	Departamento de enfermagem	Direção de enfermagem
Mechanisms for adjudicating or mediating	Mecanismos de adjudicação ou mediação	Mecanismos de prevenção e gestão
Nursing administrators	Administradores de enfermagem	Enfermeiros gestores
Patient safety maintenance systems	Sistemas de manutenção da segurança do doente	Sistemas de reforço de segurança do cliente
Nursing department	Departamento de enfermagem	Direção de enfermagem
Units	Unidades	Serviços
Channels	Canais	Vias
Flexible nursing scheduling	Agendamento de enfermagem flexível	Planeamento das intervenções de enfermagem
Work and life needs	Necessidades de trabalho e de vida	Bem-estar a nível pessoal e profissional

O processo de análise resultou na adaptação de alguns conceitos. No que concerne ao termo “Safe practice environment” após consenso ficou “Ambiente de prática de enfermagem”. Onde surge “Health examination program” adaptou-se para “Serviço saúde ocupacional”. A expressão “Manpower allocation system” após acordo ficou “Sistema de reforço”. Onde se lê “Nursing department” adequou-se para “Direção de enfermagem”. Onde surge “Mechanisms for adjudicating or mediating” adaptou-se para “Mecanismos de prevenção e gestão”. Ao longo da escala onde surge o conceito “Nursing administrators” adaptou-se para “Enfermeiros gestores”. Quando surge a expressão “Patient safety maintenance systems” adaptou-se pra “Sistemas de reforço de segurança do cliente”. O termo “Nursing department” após acordo ficou “Direção de enfermagem”. Em relação as palavras “Units” e “Channels”, adaptou-se, respetivamente para “Serviços” e “Vias”. Onde surge “Flexible nursing scheduling” adaptou-se para “Planeamento das intervenções de enfermagem”. O conceito “Work and life needs” adaptou-se para “Bem-estar a nível pessoal e profissional”.

Após as alterações/adaptações obteve-se a versão IQN-WE, sendo que para concluir esta etapa foi necessário realizar um teste de compreensão ou pré-teste para realizar a verificação da equivalência /validade de conteúdo. O teste de compreensão foi aplicado a uma amostra de 27 enfermeiros, em abril de 2021, com um tempo de preenchimento que variou entre 10 e 15 minutos. Aos participantes do pré-teste solicitou-se, no final do questionário, que realizassem um comentário caso tivessem questões/ dúvidas. Todos responderam que o questionário não originava dúvidas, dando a origem a versão final da escala IQN-WE (4ª versão). O processo de adaptação cultural e linguístico do IQN-WE ficou terminado, de forma a ser aplicado na amostra selecionada, para validação das propriedades psicométricas.

4. Procedimentos e Questões Éticas

A investigação no domínio das ciências humanas envolve, de forma quase constante, seres humanos, pelo que as considerações éticas devem ter em atenção os direitos e liberdade destes (World Medical Association, 2013). A Declaração de Helsínquia, prevê que antes de se iniciar um projeto de investigação deverá ter-se em consideração as consequências inerentes para os participantes; e a investigação só deverá ser concretizada se os privilégios expectáveis são superiores aos possíveis prejuízos para os indivíduos alvos de investigação (Scott, 2017).

No presente estudo, de acordo com Scott (2017) e Grove et al. (2017), foram tidos em conta os seguintes princípios:

- Princípio ético da beneficência, o que inclui a obrigação de fazer o bem, maximizar os benefícios para o participante e procurar também benefícios para a sociedade em geral; sendo que o valor supremo é sempre o bem-estar do indivíduo, acima de qualquer outro interesse da investigação;
- Princípio da não-maleficência, onde se garante não causar dano, protegendo o participante contra o desconforto e o prejuízo. Para tal, o investigador deverá realizar uma avaliação criteriosa de todos os riscos significativos e previsíveis a que será exposto o participante, com o objetivo de os evitar;
- Princípio da fidelidade, onde o investigador tem o dever de estabelecer confiança com o participante, garantindo o respeito pela sua intimidade, anonimato e confidencialidade, assegurando que não serão divulgadas as suas respostas nem estas o podem sequer identificar;
- Princípio da justiça em que se pressupõe o direito a um tratamento justo e equitativo, em que todos os participantes receberão a mesma informação e receberão o mesmo tratamento.

Segundo a UNESCO (2006), a obtenção do consentimento livre, esclarecido e informado inclui dois elementos cruciais para a aquisição do mesmo: num primeiro ponto, o interveniente tem de ter a capacidade para compreender a informação que lhe está a ser transmitida e ter a capacidade cognitiva para permitir a sua participação; num segundo ponto, o participante tem de estar livre de coação, ou seja, o indivíduo está sempre livre de consequências. No consentimento deve incluir a informação concreta e acessível, sendo suficiente para tomar uma decisão ponderada, esclarecida e informada, tendo a hipótese, de em qualquer momento o interveniente

poder retirar o seu consentimento do estudo, sem resultados negativos para si (Regulamento nº 2016/679, 2016). O investigador deve manter a confidencialidade no tratamento dos dados pessoais fornecidos pelos participantes, tendo de pedir autorização para a divulgação dos mesmos (Scott, 2017).

As considerações éticas incluem a obtenção da autorização para realizar a colheita de dados nas organizações pretendidas, bem como a inevitabilidade de requerer de outro tipo de autorizações, como é o caso da declaração do respeito pelos direitos de autor (World Medical Association, 2013). O projeto de investigação, segundo a Declaração de Helsínquia, deve ser submetido a uma comissão de ética para a aprovação, antes de realizar o início do estudo (World Medical Association, 2013).

Para a realização da validação e adaptação cultural e linguística da escala *IQN-WE*, obtivemos as autorizações ético-legais necessárias para a realização deste estudo. Primeiro, enviei uma autorização formal via e-mail ao autor principal da escala, da qual obtive autorização, certificando do cumprimento dos direitos de autor. Depois, entreguei, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar em questão, um pedido formal para realização do estudo, onde fornecemos as informações e esclarecimentos relativamente ao estudo e garantimos o cumprimento dos direitos de confidencialidade e anonimato dos participantes, e da proteção dos seus dados de acordo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia (PI nº09/2021).

Posteriormente, após o pedido aceite pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar (PI nº09/2021), entrámos em contacto com a enfermeira gestora do serviço escolhido para a realização do pré-teste. De seguida, contactei o Enfermeiro-Diretor para esclarecer quanto aos objetivos e benefícios do estudo, bem como a confidencialidade dos dados pessoais dos participantes. Ainda foi esclarecido que os participantes nunca serão identificados em nenhuma publicação dos resultados, para manter a garantia do anonimato e ainda, que a sua participação no estudo era totalmente voluntária. Também, foi certificada a confidencialidade do instrumento de colheita de dados através da divulgação do questionário criado numa plataforma online, google forms, com a garantia de não solicitar dados que identifiquem os participantes.

As bases de dados serão guardadas durante o estudo, sendo que no final serão destruídas pelo investigador, ou em caso de sua impossibilidade, por terceiros.

5. Apresentação, Análise e Discussão dos dados

5.1 Caraterização da Amostra

Neste estudo foram incluídos todos os enfermeiros de um Centro Hospitalar. A população- alvo foi constituída, aproximadamente, por 650 enfermeiros a exercer atividade nesse Centro Hospitalar. A amostra inclui 142 enfermeiros com uma taxa de adesão de 22 %, apesar que das 142 respostas, 1 não autorizou a recolha de dados.

Nos dois subcapítulos seguintes serão apresentados os dados relativos à caraterização da amostra, de acordo com as características sociodemográficas e socioprofissionais.

5.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

- Género

De acordo com a Tabela 3, a amostra apresenta, predominantemente enfermeiros do sexo feminino (78,0%). Estes resultados estão de acordo com os valores à nível nacional, uma vez que 82,3% dos enfermeiros portugueses são do género feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra relativamente ao género

Género	Número	Percentagem
Feminino	110	78,0 %
Masculino	31	22,0 %
Total	141	100 %

Segundo Vranada (2016), no seu estudo de tradução e adaptação do *Quality Nursing Work Environment an Indonesian Version (QNWE-I)*, como também Richards (2021), que no seu estudo analisa a ligação das características do APE com a satisfação no trabalho do enfermeiro de saúde mental, e Lin et al. (2020), que na sua investigação estudou a relação entre a satisfação no trabalho e os indicadores percebidos de um APE de qualidade após o ajuste para características demográficas e características de trabalho, o género com maior amostra situava-se no género feminino, o que vai de encontro a amostra apresentada neste estudo. No estudo do Lin et al. (2016), não analisaram o tipo de género dos participantes.

- Idade

De acordo com a Tabela 4, a amostra compreendeu idades entre os 24 e os 59 anos, com uma idade média de 39 anos, uma moda de 35 anos e um desvio padrão de 8,1 anos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), a faixa etária com maior quantidade de enfermeiros a exercer situa-se entre os 31 e 40 anos (34,0%) que corresponde a faixa etária com maior quantidade de enfermeiros da amostra (44,7%).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente a idade

Idade (Anos)	Número	Percentagem
24 a 28	15	10,6 %
29 a 33	19	13,5 %
34 a 38	37	26,2%
39 a 43	33	23,4%
44 a 48	16	11,4%
49 a 53	12	8,5%
54 a 59	9	6,4%
Total	141	100 %

No estudo de Vranada (2016), a faixa etária com maior quantidade de enfermeiros situava-se entre os 26 e 30 anos de idade, no estudo Richards (2021) situava-se entre os 35 e os 44 anos, o que difere da amostra apresentada neste estudo, mas que vai de encontro a amostra apresentada por Lin et al. (2020), em que a maioria da amostra contém idade igual ou superior a 31 anos. No estudo do Lin et al. (2016), não analisaram as idades dos participantes.

5.1.2 Caracterização socioprofissional da amostra

- Habilitações académicas

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), 77,1% dos enfermeiros apenas detém o grau de licenciatura, que vêm de encontro a amostra em estudo que apresenta a maior percentagem (41,1%) com o grau de Licenciatura, apesar de 1,4% dos enfermeiros ainda apresentar grau de bacharelato. De seguida, a segunda maior percentagem é do grau de especialista com 28,4% dos enfermeiros, sendo que 13,5% dos enfermeiros apresenta o grau académico de Mestre, aliado ou não a

especialidade. Por fim, nenhum enfermeiro da amostra detinha grau de doutorado, como se verifica na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização socioprofissional da amostra relativamente as habilitações académicas

Habilitações Académicas	Número	Percentagem
Bacharelato	2	1,4 %
Licenciatura	58	41,1 %
Pós-Graduação	22	15,6%
Pós-Licenciatura de especialização	40	28,4%
Mestrado	19	13,5%
Doutoramento	0	0%
Total	141	100 %

Nos estudos de Lin et al. (2020), Lin et al. (2016), Richards (2021) e Vranada (2016), utilizam classificações diferentes das utilizadas em Portugal, por esse motivo não é possível comparar as habilitações académicas.

- Experiência Profissional Total

De acordo, com a Tabela 6, a amostra inclui enfermeiros com experiência profissional total com o mínimo de 2 anos e máximo de 36 anos, com uma experiência média profissional 16 anos, uma moda de 12 anos e um desvio padrão de 8,1.

Tabela 6 - Caracterização socioprofissional da amostra relativamente a experiência profissional total

Experiência Profissional Total (Anos)	Número	Percentagem
0 a 5	11	7,8 %
6 a 10	25	17,7 %
11 a 15	36	25,5%
16 a 20	27	19,2%
21 a 25	22	15,6%
26 a 30	12	8,5%
31 a 35	7	5,0%
36 a 40	1	0,7%
Total	141	100 %

No estudo de Lin et al. (2016), a experiência profissional total da amostra varia de menos 1 ano e até mais de 26 anos, em que a maior percentagem da amostra se

localiza entre 6 e 10 anos de experiência. No estudo de Vranada (2016), a experiência profissional total oscila entre menos de 1 ano e até mais de 10 anos, em que a maior percentagem da amostra se localiza entre 1 e 3 anos de experiência. No estudo Richards (2021), a maior percentagem da amostra localizava-se entre os 6 e 10 anos de experiência profissional total. Os 3 estudos divergem da amostra apresentada em que a maior percentagem se localiza entre 11 e os 15 anos de experiência, apenas o estudo Lin et al. (2020) entra em concordância em que a maioria da amostra apresenta experiência profissional total igual ou inferior a 10 anos.

- Experiência Profissional Organização

De acordo com a Tabela 7, a amostra inclui enfermeiros com experiência profissional na organização com o mínimo de 0 anos, quer dizer que trabalham há poucos meses no centro hospitalar, e máximo de 36 anos, com uma experiência média profissional na organização de 13 anos, uma moda de 1 ano e um desvio padrão de 10,1. A maior percentagem dos enfermeiros (35,5%) apresenta um tempo de experiência profissional na organização inferior a 5 anos, apesar que dessa amostra de enfermeiros 27,7% apresenta mais do que 5 anos de experiência profissional total.

Tabela 7 - Caracterização socioprofissional da amostra relativamente a experiência profissional na organização

Experiência Profissional na Organização (Anos)	Número	Percentagem
0 a 5	50	35,5 %
6 a 10	13	9,2 %
11 a 15	12	8,5%
16 a 20	34	24,1%
21 a 25	16	11,3%
26 a 30	10	7,1%
31 a 35	5	3,6%
36 a 40	1	0,7%
Total	141	100 %

No estudo de Lin et al. (2016), a experiência profissional na organização da amostra varia de menos 1 ano e até mais de 13 anos, em que a maior percentagem da amostra se encontra com mais de 13 anos de experiência, sendo que está em consonância com a amostra apresentada. No estudo de Lin et al. (2020), Richards

(2021) e Vranada (2016), não analisaram a experiência profissional dos participantes na organização.

- Categoria profissional

Como referido da Tabela 8, a categoria profissional com maior amostra de enfermeiros situa-se na categoria de Enfermeiro (66,0%), seguida da categoria de enfermeiro especialista (30,5%). Apenas 3,5% dos enfermeiros incluídos na investigação desempenham funções de enfermeiro gestor.

Tabela 8 - Caracterização socioprofissional da amostra relativamente a categoria profissional

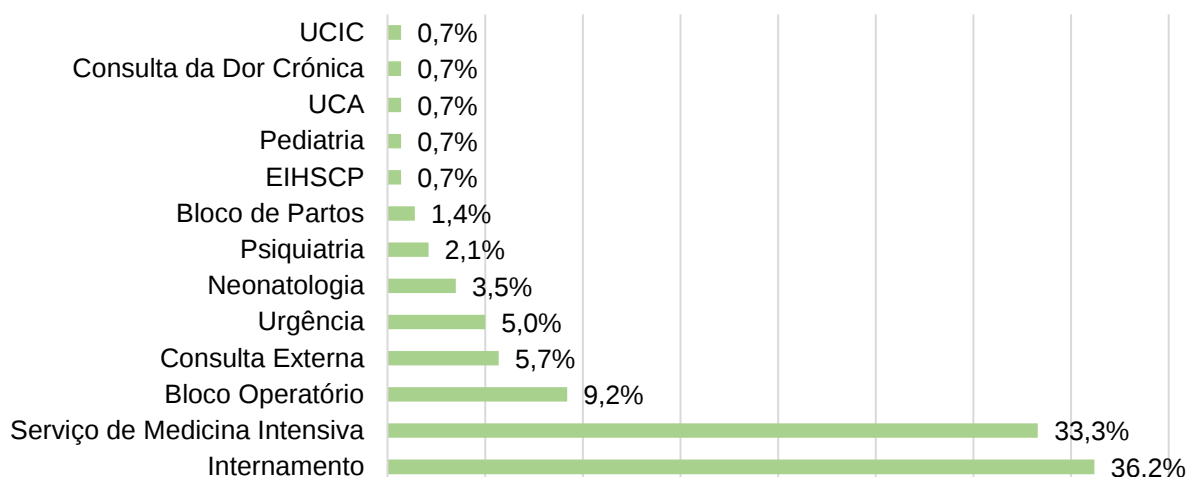
Categoria Profissional	Número	Percentagem
Enfermeiro	93	66,0 %
Enfermeiro Especialista	43	30,5 %
Enfermeiro Gestor	5	3,5%
Total	141	100 %

Tanto no estudo do Vranada (2016) como do Lin et al. (2016) e Lin et al. (2020) a maior percentagem da amostra se encontra na categoria profissional de enfermeiro, sendo que está em consonância com a amostra apresentada. No estudo de Richards (2021), não analisaram a categoria profissional dos participantes na organização.

- Serviço de exercício profissional

De acordo com o Gráfico 1, os enfermeiros desta amostra exercem funções em maior percentagem nos serviços de internamento (36,2%), seguida do serviço de medicina intensiva (33,3%), bloco operatório (9,2%), consulta externa (5,7%), urgência (5,0%) e, por último, outros serviços, a corresponder a 10,5% dos enfermeiros.

Gráfico 1 - Caracterização socioprofissional da amostra relativamente ao serviço de exercício de funções

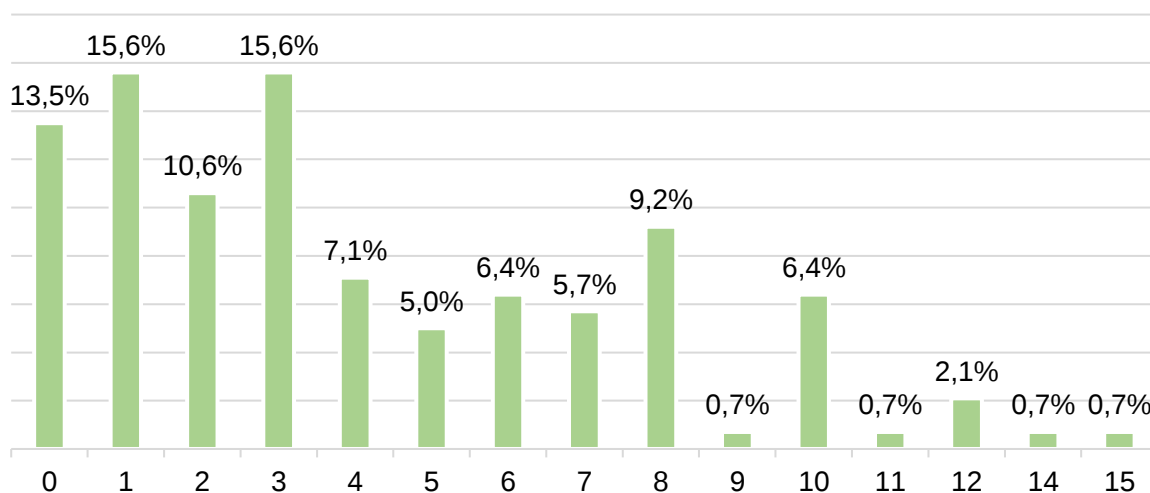


Tanto no Vranada (2016), como do Lin et al. (2016), a maior percentagem da amostra se encontra a exercer funções nos serviços de internamento, sendo que está em consonância com a amostra apresentada. Nos estudos da Lin et al. (2020) e Richards (2021), não analisaram os serviços onde os enfermeiros exerciam funções.

- Avaliações de Desempenho

Como referido no Gráfico 2, desta amostra é ainda relevante mostrar que 13,5% nunca realizaram uma avaliação de desempenho e no máximo 0,7% realizaram 15 avaliações. Apresenta uma média de 4 avaliações, uma moda de 1 avaliação e um desvio padrão de 3,5.

Gráfico 2 - Caracterização socioprofissional da amostra relativamente as avaliações de desempenho



Nos estudos de Lin et al. (2020), Lin et al. (2016), Richards (2021) e Vranada (2016), não investigaram as avaliações de desempenho dos participantes.

5.2 Análise Psicométrica da escala IQN-WE-PT

A análise psicométrica do questionário foi concretizada através da determinação da validade e da fiabilidade deste.

5.2.1 Validade

Anteriormente já foi mencionado que existem três tipos de validade: validade de critério, validade do conteúdo e a validade de constructo (Grove et al., 2017; Souza et al., 2017).

- **Validade de Critério**

Na validade de critério, pretende-se uma avaliação da forma como a operacionalização do instrumento está em concordância com critérios externos e pré-estabelecidos a este (Streiner, Norman & Cairney, 2015). Estes critérios externos devem compreender uma medida, com as mesmas características do instrumento que se vai utilizar, ou seja, “um instrumento ou critério considerado padrão-ouro” (Souza et al., 2017). Não foi efetuada a validade de critério neste estudo, por desconhecer-se a existência de um instrumento com as mesmas características que ajudasse na avaliação.

- **Validade de Conteúdo**

A validade do conteúdo foi garantida ao longo da construção do instrumento (Souza et al., 2017). Como já descrito previamente, a validade do conteúdo foi assegurada através de uma equipa de peritos com domínio de investigação e tradução de escalas, como também através da realização de um pré-teste.

- **Validade de Construto**

A validade de construto avalia a coerência da construção das escalas, isto é, se as escalas medem o que pretendem medir. Esta validade subdivide-se em 3 componentes, sendo que só irá ser abordada a validade fatorial que inclui análise fatorial confirmatória (Marôco, 2018).

No início, realizou-se a extração dos resultados do programa estatístico SPSS® com 63 itens, tendo sido determinado a medida da adequação da amostragem de

KMO e o teste de esfericidade de *Bartlett's* para averiguar se os dados apresentados são adequados para a análise fatorial. O valor do KMO foi 0,822 que indica que existe uma correlação boa, como descrito na Tabela 9 (Almeida, 2017). O teste de Esfericidade de *Bartlett* foi de 0,000, sendo que estes valores recomendam a utilização da análise fatorial (Almeida, 2017; Grove et al., 2017).

Tabela 9 - Valores do teste de KMO de acordo com de Almeida (2017)

Valores de KMO	Classificação
0,9 a 1,0	Excelente
0,8 a 0,9	Boa
0,7 a 0,8	Média
0,6 a 0,7	Medíocre
0,5 a 0,6	Mau, mas aceitável
< 0,5	Inaceitável

Para definir o número de dimensões interpretáveis analisou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Na seleção dos itens para cada fator utilizou-se, inicialmente o coeficiente de saturação superior a 0,40 num fator, depois o fator com maior peso fatorial.

Com *eigenvalue* de 1 ou superior, observou-se que uma matriz de 15 fatores explicava 72,21% da variância total. Nesta matriz de componente rotacionada observou-se que 2 itens foram excluídos, por peso fatorial inferior a 0,4.

Deste modo, reorganizou-se novamente a rotação dos fatores e forçou-se a diminuição um a um dos fatores, cumprindo os dois parâmetros iniciais (primeiro, o coeficiente de saturação superior a 0,40 e depois, o fator com maior peso fatorial), até que se observou uma matriz estável de 5 fatores. Ao longo da rotação dos fatores retirou-se os itens que tinham peso fatorial inferior a 0,4 (1, 2, 3, 12, 13, 17, 18, 19, 24, 28, 49, 58 e 63). O questionário final ficou com 50 itens em 5 componentes finais, após a análise das cargas fatoriais por componentes. O KMO e o teste de esfericidade de *Bartlett's* apresentam, respetivamente, um valor de 0,843 o que indica uma correlação boa, segundo a Tabela 10 (Almeida, 2017) e, um valor de $p=0,000$ que demonstra que as variáveis estão significativamente correlacionadas. De destacar ainda o ligeiro crescimento do KMO que alterou de 0,822 para 0,843. Com *eigenvalue* de 2,01 e o gráfico de escarpa, observou-se que uma matriz constituída por 5 fatores explicava 52,67% da variância total. O resultado desta análise diverge do

estudo original em que se obteve 8 fatores para explicar 77,6% da variância (Lin et al., 2016).

Após análise da matriz fatorial e os resultados obtidos formulou-se 5 dimensões/componentes, que mostram as variáveis que fazem parte de cada dimensão e os seus valores de coeficientes que indicam os valores das cargas fatoriais, como apresentado na Tabela 10. Em cada dimensão, as variáveis com valores de correlação superiores ou iguais a 0,4 pertencem a dimensão. Interessa deter que este questionário eliminou 13 itens (1, 2, 3, 12, 13, 17, 18, 19, 24, 28, 49, 58 e 63) relativamente ao questionário original (Almeida, 2017).

Tabela 10 - Componentes da escala IQN-WE-PT

ITEM	DIMENSÕES/COMPONENTES				
	Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional	Organização e Gestão da Equipa	Ambiente de Prática Segura	Sistemas de Informação e Controlo do Risco	Remuneração e Bem-estar
26	0,433				
43	0,621				
44	0,615				
45	0,648				
46	0,755				
47	0,653				
48	0,745				
51	0,646				
53	0,572				
54	0,555				
55	0,591				
56	0,528				
57	0,617				
59	0,645				
60	0,548				
61	0,542				
11		0,416			
27		0,460			
30		0,446			
31		0,574			
32		0,606			
33		0,521			
34		0,507			
35		0,633			

36		0,540			
37		0,682			
39		0,650			
42		0,486			
62		0,510			
4			0,428		
5			0,525		
10			0,573		
14			0,807		
15			0,822		
16			0,827		
20			0,473		
6				0,614	
7				0,621	
8				0,547	
9				0,548	
38				0,463	
40				0,532	
41				0,501	
21					0,584
22					0,554
23					0,581
25					0,401
29					0,545
50					0,625
52					0,494
Variância Total Explicada	31,88%	7,13%	4,90%	4,75%	4,02%
Alpha de Cronbach	0,924	0,899	0,854	0,768	0,789

Durante esta análise, e considerando as dimensões do instrumento original e os itens que as constituem, nomeamos as 5 dimensões:

O componente 1 (**Suporte à Equipe e Desenvolvimento Profissional - SEDP**) inclui 16 variáveis nomeadamente: 26, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60 e 61 que explica 31,88% da variância total. Este remete-nos para a formação, inovação e desenvolvimento das competências profissionais da equipa, como também a contribuição e o apoio da organização para melhorar o desempenho da equipa.

O componente 2 (**Organização e Gestão da Equipa - OGE**) abrange 13 variáveis como: 11, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42 e 62 que explica 7,13% da variância total. Este refere-se à gestão da equipa, onde visa promover a comunicação, a gestão de conflitos, o trabalho em equipa e a simplificação de procedimentos.

O componente 3 (**Ambiente de Prática Segura - APS**) engloba 7 variáveis, como: 4, 5, 10, 14, 15, 16 e 20 que explica 4,90% da variância total. Este está relacionado com gestão da saúde psicossocial, como a violência e o assédio sexual no trabalho, e da segurança da equipa.

O componente 4 (**Sistemas de Informação e Controlo do Risco - SICR**) abarca 7 variáveis, nomeadamente 6, 7, 8, 9, 40, 41 e 38 que explica 4,75% da variância total. Este menciona a gestão de risco, nomeadamente os riscos biológicos, físicos e químicos, como também a existência e a eficácia dos sistemas de informação e aprendizagem/gestão de enfermagem.

O componente 5 (**Remuneração e Bem-estar - RBE**) contém 7 variáveis, tais como 21, 22, 23, 25, 29, 50 e 52 que explica 4,02% da variância total. Este relaciona-se com a gestão do pagamento dos salários e compensações noturnas, como também com os programas de bem-estar e a progressão da carreira de enfermagem. Por fim, também esta relacionado com o reconhecimento profissional pela equipa multidisciplinar.

Estas dimensões/componentes estão descritas na Tabela 11, com os itens incluídos e a respetiva variância total explicada.

Tabela 11 - Composição da escala IQN-WE-PT: Componentes e itens

Dimensões/Componentes	Nº Itens	Itens Incluídos
1. Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional	16	26, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61
2. Organização e Gestão da Equipa	13	11, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 42, 62
3. Ambiente de Prática Segura	7	4, 5, 10, 14, 15, 16, 20
4. Sistemas de Informação e Controlo do Risco	7	6, 7, 8, 9, 40, 41, 38
5. Remuneração e Bem-estar	7	21, 22, 23, 25, 29, 50, 52
TOTAL:	50	

Recorreu-se ao teste de Coeficiente de correlação linear de Pearson que fornece uma indicação da força da relação entre as variáveis das dimensões e a sua classificação Marôco (2018) como descrito na Tabela 12.

Tabela 12 - Classificação dos valores de Correlação de Pearson de acordo com Marôco (2018)

Valores de Correlação de Pearson	Classificação
>0,75	Correlação Muito Forte
0,50 a 0,75	Correlação Forte
0,25 a 0,50	Correlação Moderada
< 0,25	Correlação fraca

Realizou-se a análise da correlação do coeficiente de Pearson (Almeida, 2017) entre as dimensões em que se apresenta os resultados na Tabela 13.

Tabela 13 - Coeficiente de correlação linear de Pearson

	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Dimensão 5
Dimensão 1	1	0,699	0,449	0,552	0,564
Dimensão 2		1	0,550	0,616	0,605
Dimensão 3			1	0,397	0,439
Dimensão 4				1	0,447
Dimensão 5					1

Entre a dimensão 1 e as dimensões 2, 4 e 5 há uma correlação linear forte (r Pearson = 0,552 a 0,699). Entre a dimensão 1 e 3 existe uma correlação linear moderada (r Pearson = 0,449). Entre a dimensão 2 e as dimensões 3, 4 e 5 existe uma correlação linear forte (r Pearson = 0,550 a 0,616). Entre a dimensão 3 e as dimensões 4 e 5 têm uma correlação linear moderada (r Pearson = 0,397 a 0,439). Entre a dimensão 4 e 5 há uma correlação linear moderada (r Pearson = 0,447).

Em suma, quando em média uma dimensão aumenta, as restantes aumentam em média também. Por isso, todas as dimensões influenciam-se diretamente e, de forma, positiva.

5.2.2 Fiabilidade

Para análise da precisão da escala IQN-WE procedeu-se ao cálculo da consistência interna, mais concretamente ao coeficiente Alpha de *Cronbach*. A sua classificação está descrita na Tabela 14.

Tabela 14 - Valores de Alfa de *Cronbach* de acordo com Almeida 2017

Valores de Alfa de Cronbach	Consistência
> 0,9	Muito boa
0,8 a 0,9	Boa
0,7 a 0,8	Razoável
0,6 a 0,7	Fraca
< 0,6	Inaceitável

A partir dos 50 itens, procedeu-se a análise do estudo de fiabilidade, determinando a consistência interna de Alfa de *Cronbach*. A fiabilidade do questionário foi de um valor de Alfa de *Cronbach* de 0,953, o que corresponde a uma consistência interna elevada (Almeida, 2017) e uma excelente fiabilidade.

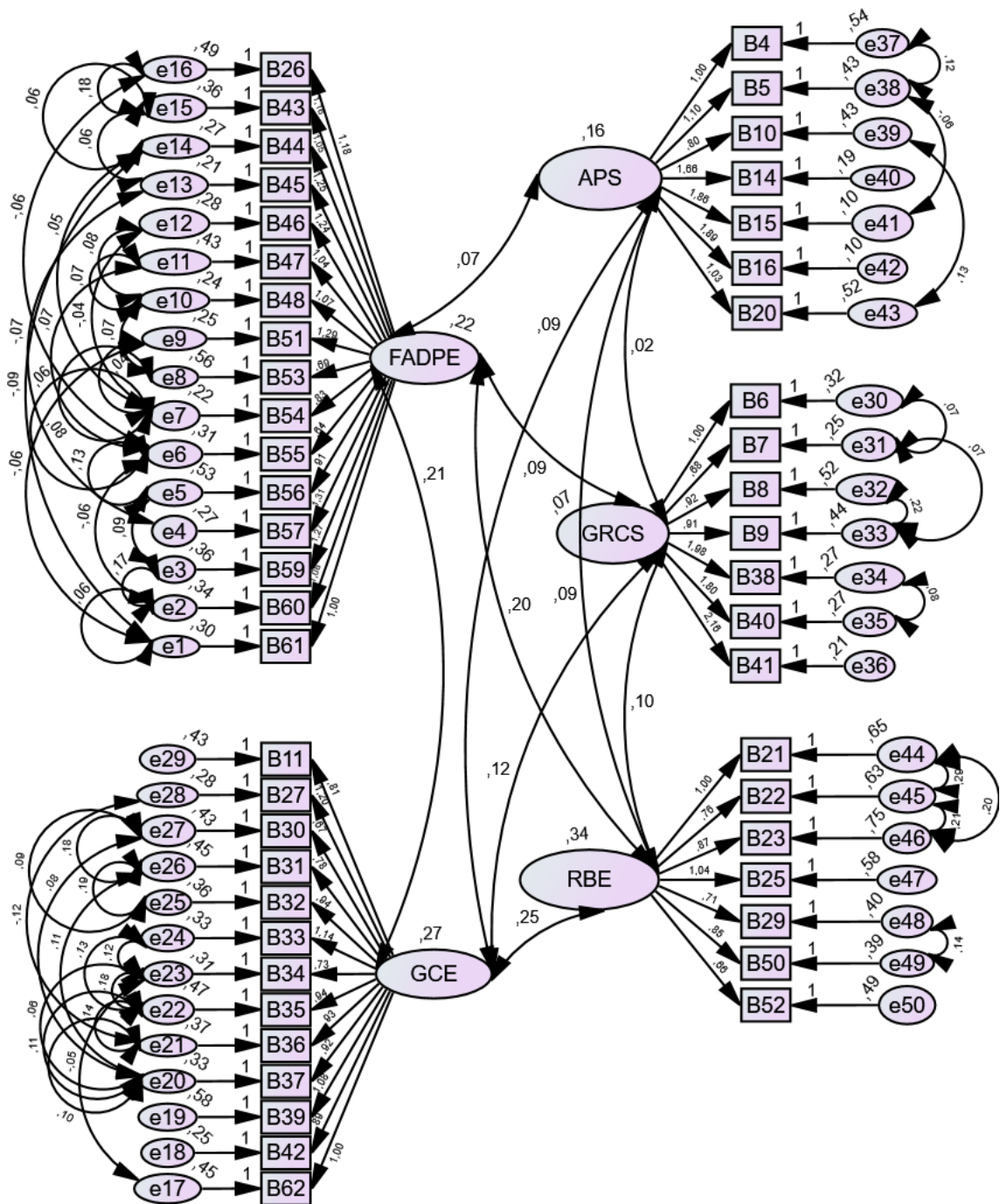
A consistência interna foi calculada para cada subescala através do cálculo do Alfa de *Cronbach*. O valor Alfa *Cronbach* de cada uma das 5 dimensões está especificada na Tabela 11. A dimensão 1 apresenta muito boa consistência interna e a dimensão 2 e 3 mostra uma boa consistência interna. Por fim, a dimensão 4 e 5 apresentam uma consistência interna razoável (Almeida, 2017)

5.3 Análise Fatorial Confirmatória

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC) da escala IQN-WE-PT numa amostra de 141 enfermeiros com software IBM SPSS AMOS® versão 25. Antes de iniciar a AFC, é importante algumas apreciações sobre análise estatística.

A normalidade multivariada é medida através dos valores de assimetria e de curtose, casos extremos de desvio da normalidade apresentam coeficientes de assimetria (Sk) > 3 e de curtose (Ku) > 10 (Marôco, 2018). Nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição normal. A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os seguintes índices e valores de referência: X^2 / df (teste do Qui-quadrado de ajustamento), CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness of Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), P [$rmsea < \text{ou} = 0,05$] e MECVI (*Modified Expected Cross-Validation Index*). A presença de outliers podem afetar as covariâncias entre as variáveis, bem como a sua média, pelo que a sua remoção pode ser uma alternativa. Assim, a existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalabis (D^2).

Figura 8 - Modelo Penta-Fatorial da escala IQN-WE-PT



O modelo penta-fatorial da IQN-WE-PT ajustado a uma amostra de 141 enfermeiros revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($2545,165/1164=2,817$; CFI= 0,669; GFI= 0,599; RMSEA=0,092; $P [rmsea < \text{ou} = 0,05] < 0,001$; MECVI = 20,674). De modo a melhorar o ajustamento do modelo global, foram avaliados os valores de D^2 sugeriam tratar-se de *outliers* multivariados (p_1 e $p_2 < 0,001$), pelo que foram excluídos da análise fatorial confirmatória. Não foram removidos itens, uma vez

que os índices de modificação não sugeriam a saturação considerável em fatores diferentes.

Finalmente, foram também incluídas trajetórias no modelo entre os resíduos dos pares de itens e16 e e6, e16 e e15, e15 e e14, e15 e e13, e14 e e7, e14 e e1, e13 e e4, e12 e e7, e12 e e10, e11 e e6, e11 e e10, e10 e e8, e9 e e7, e9 e e1, e8 e e7, e7 e e6, e6 e e5, e6 e e2, e5 e e3, e3 e e2, e2 e e1 (Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional); e28 e e21, e27 e e26, e27 e e25, e27 e e20, e26 e e25, e26 e e20, e24 e e23, e24 e e22, e23 e e17, e23 e e20, e22 e e20, e22 e e21, e21 e e20 (Organização e Gestão da Equipa); e37 e e38, e38 e e41, e39 e e43 (Ambiente de Prática Segura); e30 e e31, e31 e e33, e32 e e33, e34 e e35 (Sistemas de Informação e Controlo do Risco); e44 e e45, e44 e e46, e45 e e46, e48 e e49 (Remuneração e Bem-estar). Desta forma, obteve-se uma qualidade de ajustamento boa ($2033,593/1119=1,817$; CFI= 0,781; GFI= 0,675; RMSEA=0,076; $P [rmsea < \text{ou} = 0,05] < 0,001$; MECVI = 18,031).

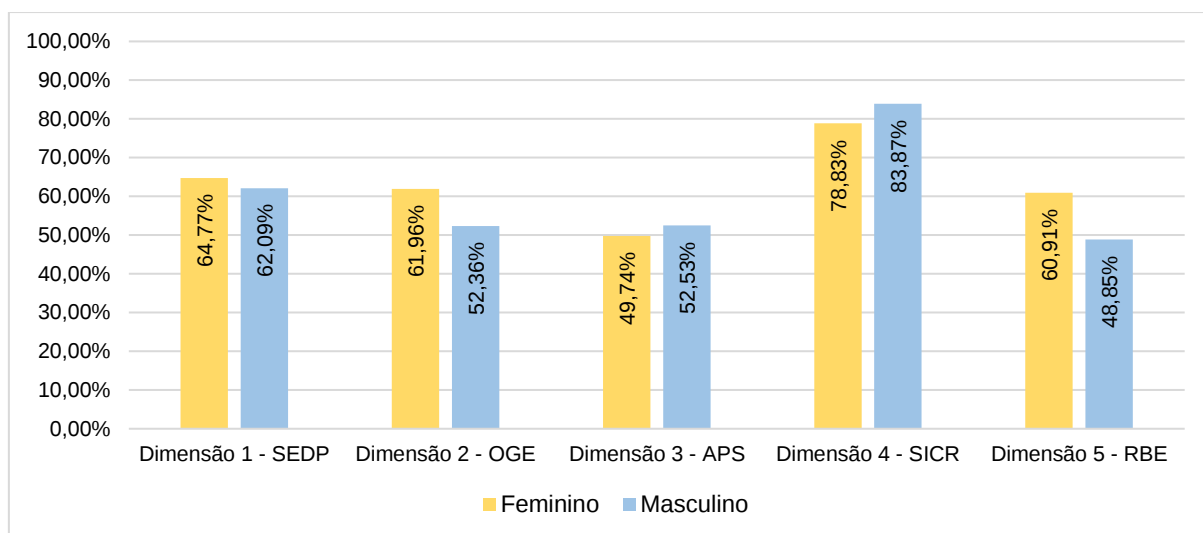
A Figura 8 apresenta os valores do modelo em termos de ajustamento local, incluindo os pesos fatoriais estandardizados e da fiabilidade individual de cada item. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados (λ) superiores a 0.5 e fiabilidades individuais (λ^2) superiores a 0.25, à exceção de e7, e10, e13, e36, e40, e41 e e42, com valores entre 0,10 e 0,24, revelando assim que os fatores apresentam validade fatorial. Por fim, o modelo penta-fatorial apresentou uma qualidade de ajustamento boa.

6. Caracterização do APE na Amostra

Primeiramente, realizou-se uma caracterização da amostra por dimensões do IQN-WE, em que se compara as diferentes variáveis sociodemográficas e socioprofissionais com o nível de percepção dos enfermeiros do APE nas 5 dimensões do IQN-WE, que será demonstrada de seguida. Posteriormente, irá ser abordada a percepção dos enfermeiros da amostra em relação ao APE, primeiro os resultados por itens de cada uma das dimensões do IQN-WE. Depois, serão apresentados os resultados na sua globalidade e, por dimensões do IQN-WE.

De seguida procedeu-se à análise das percentagens médias das respostas muito adequado e adequado, por género em relação as 5 dimensões do IQN-WE (ver Gráfico 3). Observa-se que o género feminino teve um resultado superior na dimensão 1 (64,77%), na dimensão 2 (61,96%) e na dimensão 5 (60,91%) do IQN-WE em relação ao género masculino. Segundo Richards (2021), no seu estudo o género feminino teve pontuações mais elevadas do que o género masculino em todas as dimensões.

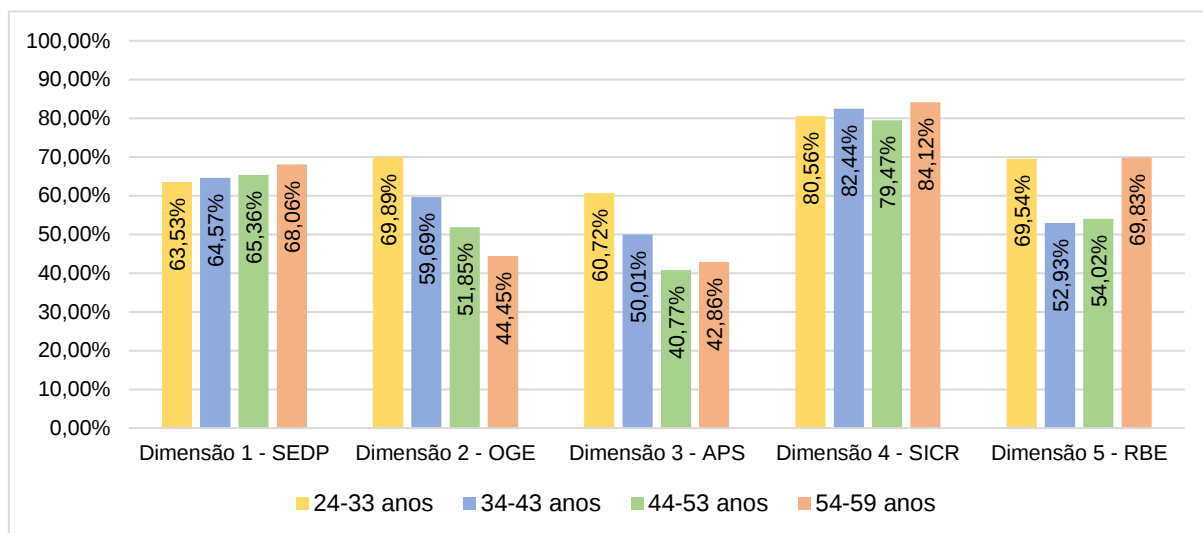
Gráfico 3 - Média dos resultados por género em relação as 5 dimensões do IQN-WE



Posteriormente, foi analisada as percentagens médias das respostas muito adequado e adequado, por idade em relação as 5 dimensões do IQN-WE. Observa-se que só os resultados da dimensão 1 do IQN-WE é que aumentam com a idade. Assim sendo, os enfermeiros com idade compreendida entre 24-33 anos classificaram a dimensão 2 (69,89%) e na dimensão 3 (60,72%) com os valores mais altos. Em

oposição, o intervalo de idade entre 54-59 anos classificou com os valores mais altos a dimensão 1 (68,06%), a dimensão 4 (84,12%) e a dimensão 5 (69,83%). O intervalo de idades entre 44 e 53 anos apresenta a percentagem mais baixa na dimensão 3 (40,77%) e na dimensão 4 (79,47%) (ver Gráfico 4).

Gráfico 4 - Média dos resultados por idade em relação as 5 dimensões do IQN-WE

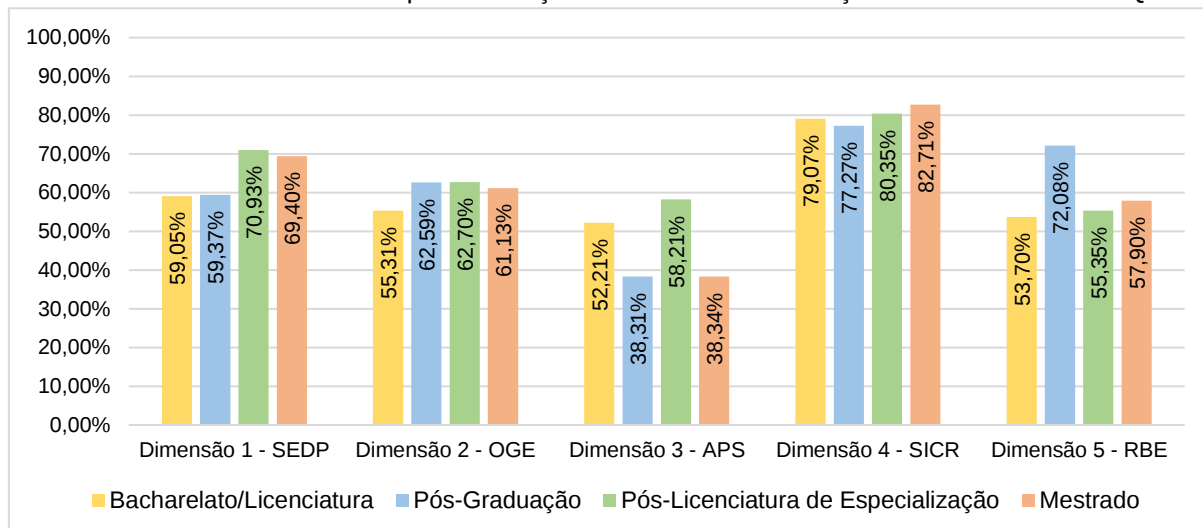


Relativamente as percentagens médias das respostas muito adequado e adequado, por habilitações académicas em relação as 5 dimensões do IQN-WE, foi verificado que os enfermeiros com pós-licenciatura de especialização tiveram o valor mais elevado na dimensão 1 (70,93%), na dimensão 2 (62,70%) e no domínio 3(58,21%), enquanto na dimensão 4, os enfermeiros que tem mestrado obtiveram a percentagem mais elevada. Na dimensão 5, os enfermeiros com pós-graduação obtiveram a percentagem mais alta (82,71%). Os que obtiveram um resultado mais reduzido, na dimensão 1 (59,09%), na dimensão 2 (55,31%) e na dimensão 5 (53,70%) foram os enfermeiros com bacharelato/licenciatura, sendo que também são aqueles que estão em maioria na amostra (ver Gráfico 5). Na dimensão 3 (38,31%) e na dimensão 4 (77,27%), os enfermeiros com pós-graduação atingiram a percentagem mais baixa. Em todas as dimensões, os enfermeiros com pós-licenciatura de especialização apresentam percentagens mais elevadas do que os enfermeiros com bacharelato/licenciatura.

Segundo o estudo de Lin et al. (2016) e Richards (2021), os enfermeiros com mais habilitações académicas apresentaram percentagens de adequação mais elevadas do que os enfermeiros com menos habilitações académicas, o que vai de

encontro com a amostra em estudo. Lin et al. (2016), também referiu que os enfermeiros com pós-graduação avaliaram a adequação dos indicadores mais alto do que aqueles com habilitações académicas superiores, o que na dimensão 5 da nossa amostra, a percentagem mais elevada pertence aos enfermeiros com pós-graduação. Vranada (2016), no seu estudo não encontrou nenhuma diferença significativa entre as habilitações académicas e os indicadores de qualidade do APE.

Gráfico 5 - Média dos resultados por habilitações académicas em relação as 5 dimensões do IQN-WE



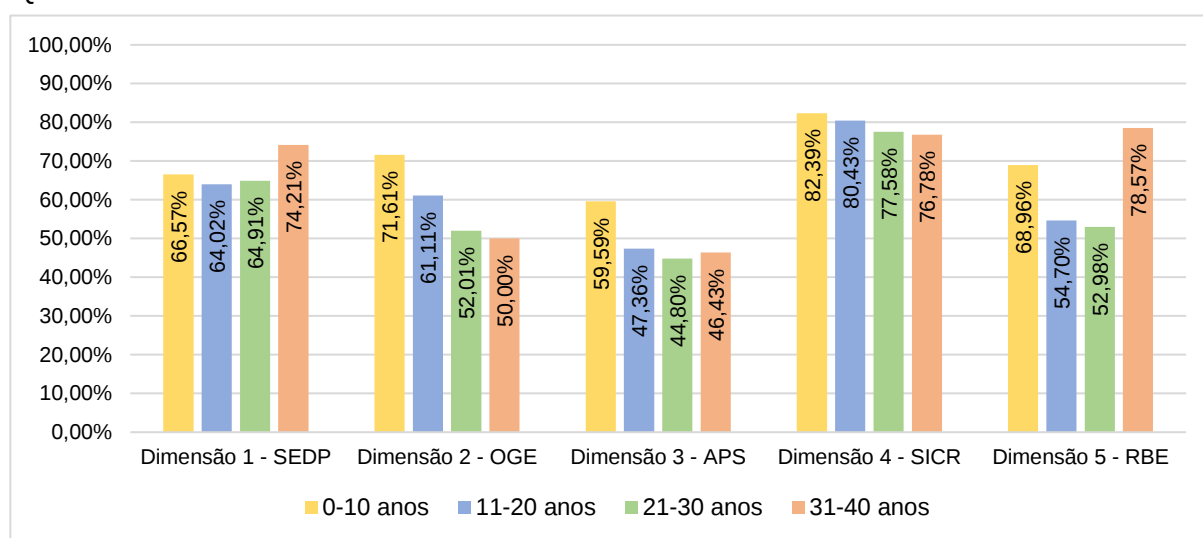
De seguida, procedeu-se à análise das percentagens médias das respostas muito adequado e adequado, por experiência profissional completa em relação as 5 dimensões do IQN-WE (ver Gráfico 6). Podemos verificar que na dimensão 2 (71,61%), na dimensão 3 (59,59%) e na dimensão 4 (82,39%), os resultados mais altos pertencem ao intervalo entre 0-10 anos enquanto na dimensão 1 (74,21%) e na dimensão 5 (78,57%), o intervalo entre 31 e 40 anos tem os resultados mais elevados. A percentagem mais baixa por dimensão pertence na dimensão 1 (64,04%) ao intervalo entre 11-20 anos, na dimensão 2 (50,00%) ao intervalo entre 31-40 anos, na dimensão 3 (44,80%) ao intervalo entre 21-30 anos, na dimensão 4 (76,78%) ao intervalo entre 31-40 anos e na dimensão 5 (52,98%) ao intervalo entre 21-30 anos.

No estudo de Richards (2021), os participantes com mais de 20 anos de experiência profissional apresentaram valores mais baixos em todos os domínios do estudo. Vranada (2016) refere, no seu estudo, que enfermeiros com menos experiência profissional tendem a ter níveis mais elevados de indicadores de qualidade do APE do que os enfermeiros com mais anos de experiência profissional, principalmente nos domínios do ambiente de prática segura, desenvolvimento

profissional e remuneração e bem-estar. Também refere que as gerações mais jovens são mais propensas a utilizar os sistemas de informação e as tecnologias, em que este domínio foi classificado como o segundo nível percebido mais alto no seu estudo. Na nossa amostra, a geração mais recente que tem entre 0 e 10 anos de experiência classificou o domínio 4 "Sistemas de Informação e Controlo do Risco", com a maior percentagem de adequação (82,39%).

Segundo Lin et al. (2020), ainda não está clarificado que enfermeiros com diferentes anos de experiência profissional tenham percepções diferentes de APE, apesar dos indicadores poderem afetar essas percepções.

Gráfico 6 - Média dos resultados por experiência profissional completa em relação as 5 dimensões do IQN-WE

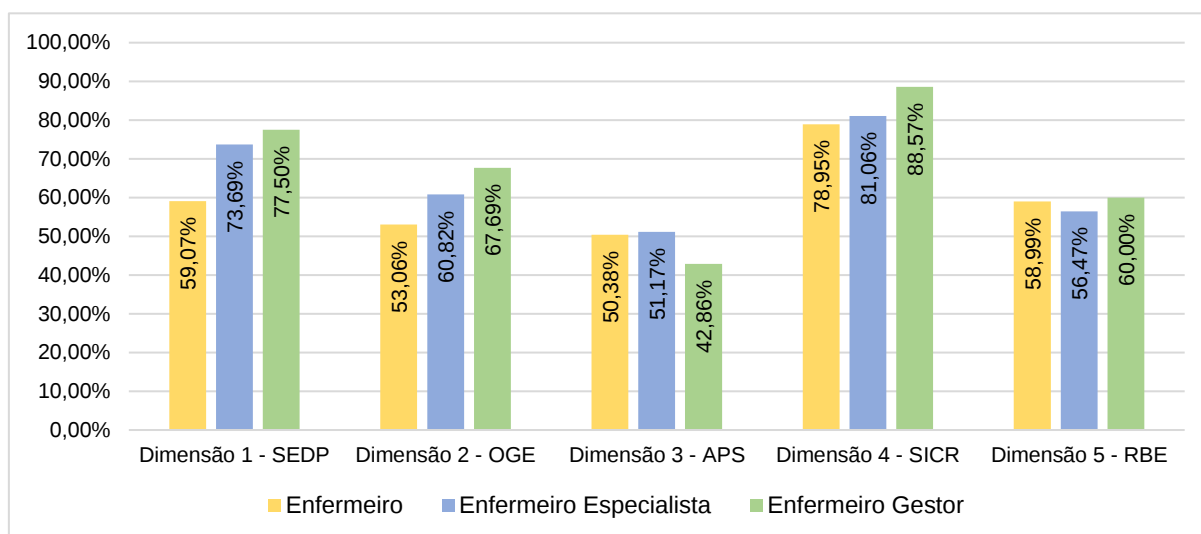


Ao analisar as percentagens médias das respostas muito adequado e adequado, por categoria profissional em relação as 5 dimensões do IQN-WE, observou-se que na dimensão 1 (77,50%), na dimensão 2 (67,69%), na dimensão 4 (88,57%) e na dimensão 5 (60,00%), os enfermeiros gestores têm a maior percentagem, sendo que a mais baixo é dos enfermeiros de cuidados gerais, exceto na dimensão 5 em que os enfermeiros especialistas tem a percentagem mais baixa (56,47%). Na dimensão 3, a percentagem mais alta é dos enfermeiros especialistas (51,17%) e a mais baixo é dos enfermeiros gestores (42,86%) (ver Gráfico 7).

Em suma, os enfermeiros gestores apresentam a maior percentagem em 4 dimensões do IQN-WE, o que vai de acordo com o estudo de Lin et al. (2016) e Lin et al. (2020), que refere que os enfermeiros gestores tiveram pontuações mais altas do

que o resto dos enfermeiros, o que indica que os enfermeiros gestores apresentam opiniões distintas sobre a adequação dos indicadores.

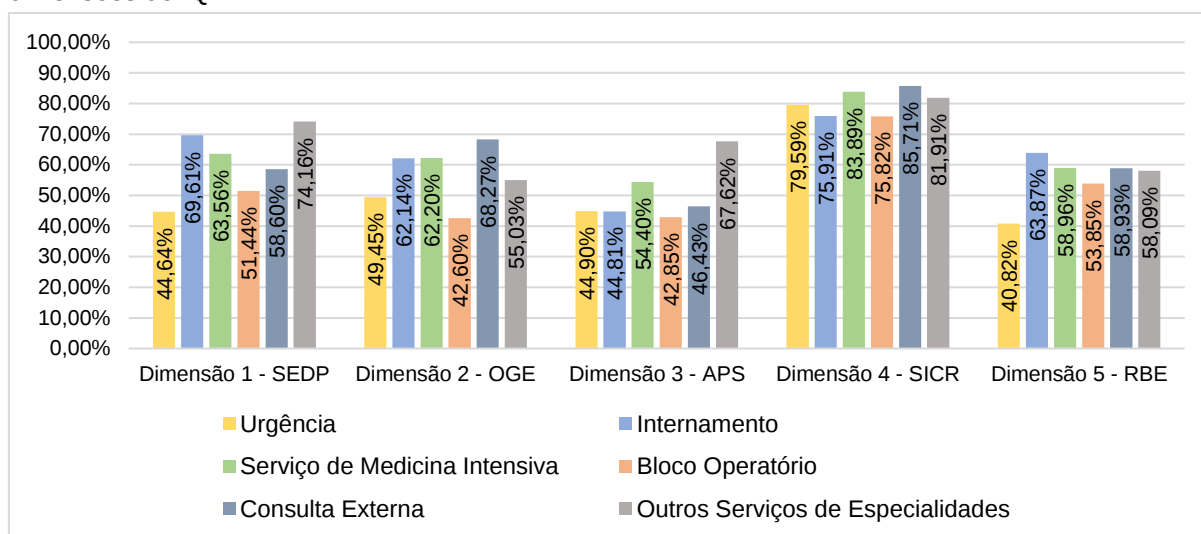
Gráfico 7 - Média dos resultados por categoria profissional em relação as 5 dimensões do IQN-WE



Relativamente as percentagens médias das respostas muito adequado e adequado, por serviço onde os enfermeiros exercem funções em relação as 5 dimensões do IQN-WE, pode-se examinar (de acordo com o gráfico 8), que na dimensão 1, a coluna dos outros serviços de especialidades apresenta a percentagem mais elevada (74,16%) e o serviço de urgência exibe a percentagem mais baixa (44,64%). Na dimensão 2, o serviço com maior percentagem (68,27%) foi a consulta externa e o serviço com a percentagem mais baixa (42,60%) foi o Bloco Operatório. Na dimensão 3, a coluna dos outros serviços de especialidades apresenta a percentagem mais elevada (67,62%) e o serviço com a percentagem mais baixa (42,85%) é, mais uma vez, o bloco operatório. Na dimensão 4, a consulta externa é, mais uma vez, o serviço com maior percentagem (85,71%) e o serviço com menor percentagem (75,82%) é, novamente, o bloco operatório. Por último na dimensão 5, o serviço com maior percentagem (63,87%) foi o internamento e o serviço com percentagem mais baixa (40,82%) é o serviço de urgência.

Em suma, a consulta externa e os outros serviços de especialidades são os serviços com os resultados mais altos de todos os serviços nas diferentes dimensões, enquanto o bloco operatório e o serviço de urgência são os serviços com os resultados mais baixos.

Gráfico 8 - Média dos resultados por serviço onde os enfermeiros exercem funções em relação as 5 dimensões do IQN-WE



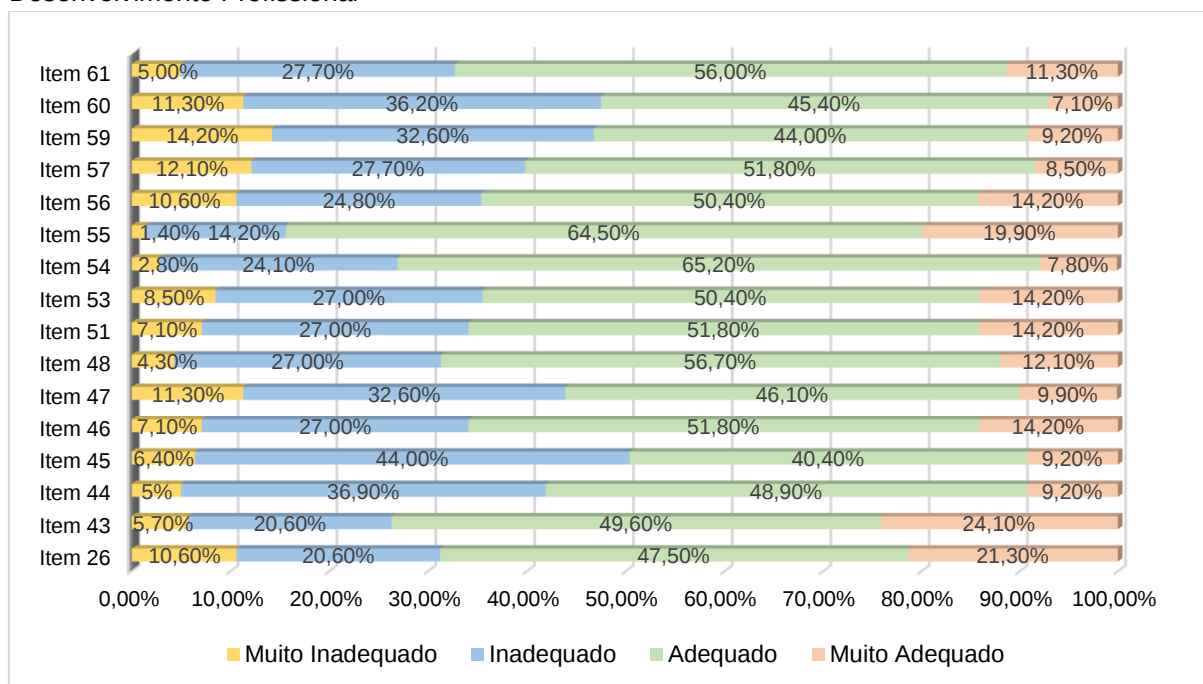
Em conformidade com os dados apresentados no Gráfico 9, refere-se que para os 16 itens da dimensão 1 “Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional” foi apresentada uma percentagem média de resposta adequada e muito adequada entre 49,60% e 84,40%, verificando-se a maior percentagem média, no item 54 “A organização fornece suporte e recursos necessários a direção/departamento de enfermagem”; e menor percentagem média, no item 45 “Tem mecanismos para desenvolver a competência profissional da equipa e, avalia-a regularmente”, que é o único que apresenta um valor de inadequado (44,00%) superior ao valor de adequado (40,40%).

A maioria dos enfermeiros (64,50%) refere adequada a afirmação de que existe respeito pelas decisões da direção/departamento de enfermagem relacionadas com os recursos humanos (item 55), seguindo-se de cerca 56,70% dos enfermeiros, que também refere existir uma contribuição adequada para o desenvolvimento profissional da prática de enfermagem (item 48). Constata-se também que é expressiva a percentagem de enfermeiros (56,00%) que menciona que tem um adequado planeamento flexível das intervenções de enfermagem, de acordo com as diferentes necessidades (item 61). Regista-se ainda que 51,80% dos participantes refere ter serviços/departamentos adequados que apoiam e ajudam os enfermeiros a lidar com diferentes dificuldades (item 57), um adequado desenvolvimento profissional dos enfermeiros com os padrões internacionais (item 51) e um apoio/ inspiração da equipa de enfermagem no desenvolvimento da carreira profissional (item 46).

Cerca de 50,40% dos enfermeiros refere haver uma adequada integração das orientações da direção de enfermagem nas decisões profissionais (item 53) e uma recompensa/elogio da direção de enfermagem aos enfermeiros quando têm bom desempenho (item 56), 49,60% dos enfermeiros indica existir diretrizes e estratégias adequadas da direção de enfermagem para o desenvolvimento da formação dos seus enfermeiros, sendo que 24,10% dos enfermeiros refere muito adequada esta afirmação do item 43. Verificou-se que 48,90% dos participantes refere existir no hospital recursos adequados para o desenvolvimento da equipa de enfermagem (item 44), 47,50% dos enfermeiros refere haver uma adequada sensibilização/influência da direção de enfermagem na tomada de decisão dos enfermeiros sobre a especialização profissional/clínica (item 26).

Detetou-se que 46,10% dos enfermeiros refere existir uma adequada oportunidade de desempenhar diferentes papéis e funções (item 47), 45,40% dos intervenientes alega existir uma adequada participação da equipa de enfermagem na formulação de políticas de gestão de enfermagem (item 60) e 44,00% dos enfermeiros descreve a existência de adequadas vias para a equipa de enfermagem expressar as suas preocupações (item 59).

Gráfico 9 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 1: Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional



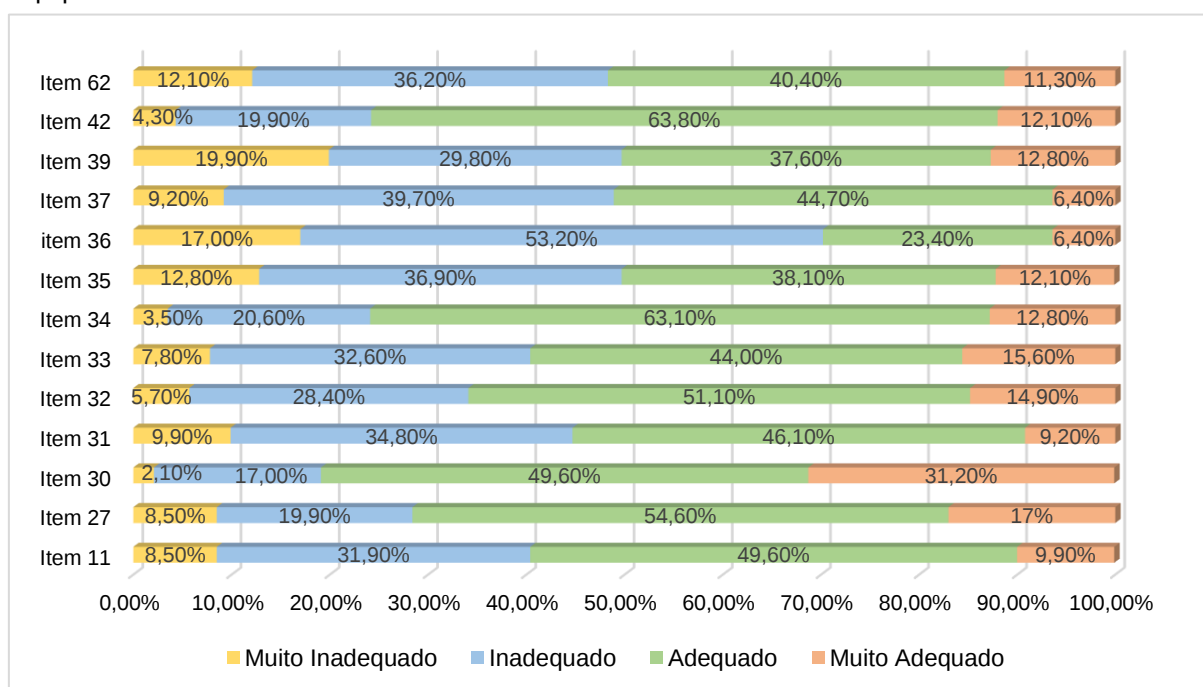
Em relação aos 13 itens da dimensão 2 “Organização e Gestão da Equipa”, representados no Gráfico 10, verificou-se uma percentagem média de resposta adequada e muito adequada com os itens entre 29,80% e 75,90%, sendo que 2 itens apresentaram percentagens elevadas na resposta adequado, destacando-se a percentagem média de resposta adequada e muito adequada, no item 42 que refere que existe um adequado sistema de gestão de informação apropriados (63,80%) e no item 34 que refere que existe uma adequada simplificação determinados procedimentos pela equipa de enfermagem (63,10%).

Porém, para 1 dos itens que compõem a dimensão 2, o item 36 “A organização incentiva a participação na simplificação do trabalho e fornece incentivos”, a percentagem média de resposta adequada e muito adequada (29,80%) é menor do que a percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada (70,20%).

A maioria dos enfermeiros (54,60%) refere adequada a afirmação de que existe uma clara divisão do trabalho entre a equipa (item 27), logo depois os 51,10% dos enfermeiros, que também refere ter mecanismos adequados para facilitar a cooperação entre os membros da equipa de enfermagem dentro da unidade e com as outras unidades (item 32). Comprova-se que cerca de 49,60% dos enfermeiros menciona adequada a comunicação e a colaboração entre a equipa multidisciplinar, sendo que 31,20% dos enfermeiros refere muito adequada esta afirmação do item 30. Regista-se ainda que 49,60% dos participantes refere ter equipamentos/dispositivos ergonômicos adequados (item 11) e 46,10% dos intervenientes também revela existir mecanismos adequados de prevenção e gestão de conflitos entre a equipa multidisciplinar (item 31).

Cerca de 44,70% dos enfermeiros refere existir um adequado apoio e ajuda da equipa multidisciplinar para simplificação dos procedimentos (item 37), 44,00% dos participantes menciona que há uma adequada promoção da simplificação dos procedimentos pelos enfermeiros gestores (item 33), 40,40% dos intervenientes refere uma adequada preocupação da direção de enfermagem com o bem-estar do enfermeiro (item 62), 38,10% dos enfermeiros menciona haver uma adequada eficácia da simplificação dos procedimentos (item 35) e 37,60% dos participantes refere que há sistemas adequados de reforço de segurança do cliente (item 39).

Gráfico 10 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 2: Organização e Gestão da Equipa

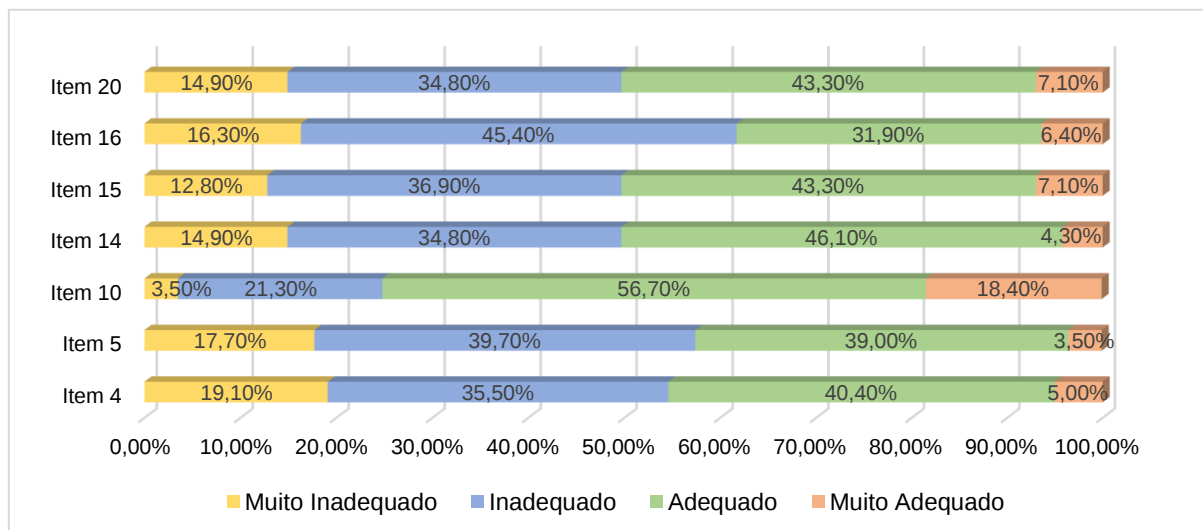


No que diz respeito aos 7 itens da dimensão 3 “Ambiente de Prática Segura”, representados no Gráfico 11, verificou-se uma percentagem média de resposta adequada e muito adequada com os itens entre 38,30% e 75,10%, verificando-se a maior percentagem média, no item 10 “Implementa avaliação e melhoria do risco do Ambiente de Prática de Enfermagem.”; e menor percentagem média, no item 16 “Tem suporte e orientação para funcionários, vítimas de violência no local de trabalho ou assédio sexual.”, em que apresenta um valor de inadequado (44,40%) superior ao valor de adequado (31,90%). Para além deste item, o item 4 “Tem um Serviço de Saúde Ocupacional disponível que intervém e tem mecanismos de gestão da saúde dos funcionários, pode avaliar e propor melhorias para o seu funcionamento” e o item 5 “Tem mecanismos de compensação de riscos profissionais que pode implementá-los” apresentam uma percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada, 54,60% e 57,40%, respetivamente, superior à percentagem média de resposta adequada e muito adequada.

Em relação a existência de políticas e procedimentos operacionais para prevenir e lidar com a violência no local de trabalho, 46,10% dos enfermeiros refere adequada a afirmação do item 14 e, seguidamente 43,30% dos enfermeiros, refere ter mecanismos adequados de denúncia de violência e assédio sexual no local de

trabalho (item 15) e um sistema adequado de reforço de assistentes operacionais (item 20).

Gráfico 11 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 3: Ambiente de Prática Segura



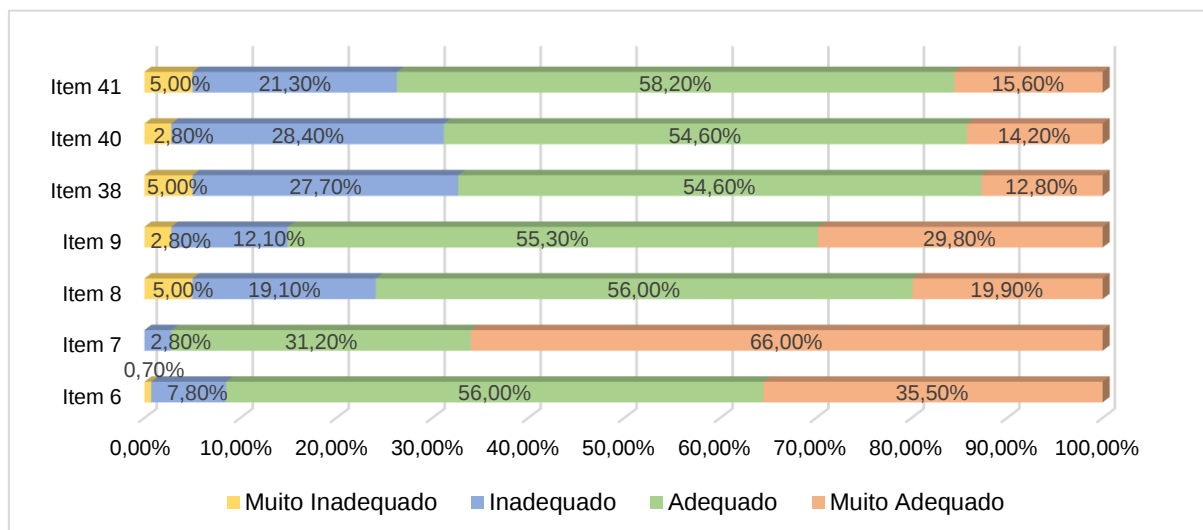
No que diz respeito aos 7 itens da dimensão 4 “Sistemas de Informação e Controlo do Risco”, representados no Gráfico 12, verificou-se uma percentagem média de resposta adequada e muito adequada com os itens entre 67,40% e 97,20%, verificando-se a maior percentagem média no item 7 “Tem equipamentos/dispositivos de proteção individual para reduzir os riscos biológicos”; e menor percentagem média no item 38 “Tem sistemas de informação de enfermagem e equipamento informático suficientes”.

Em relação a existência de sistemas de aprendizagem e gestão informatizados, 58,20% dos enfermeiros refere adequada a afirmação referente ao item 41 e, seguidamente 56,00% dos enfermeiros, refere ter equipamentos/dispositivos de proteção adequados para reduzir os riscos físicos (item 8) e uma implementação adequada do plano de controlo de infeção e outras medidas de gestão de risco clínico (item 6). Confirma-se que cerca de 55,30% dos enfermeiros menciona ter equipamentos/dispositivos de proteção adequados para reduzir os riscos químicos (item 9). Assinala-se ainda que 54,60% dos participantes refere ter sistemas de informação de enfermagem adequados (item 40).

Vranada (2016) refere que a criação de um APE positivo com sistemas de informação e tecnológicas para os enfermeiros, melhora os indicadores de qualidade

para os enfermeiros, por esse motivo, no seu estudo, este domínio apresentou o segundo valor mais alto entre os restantes domínios.

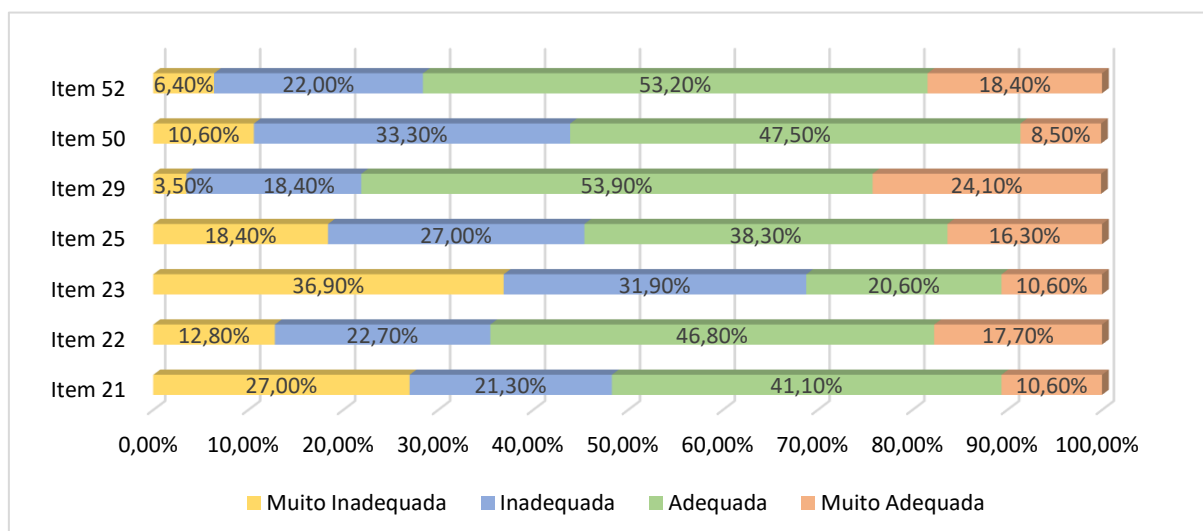
Gráfico 12 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 4: Sistemas de Informação e Controlo do Risco



No que diz respeito aos 7 itens da dimensão 5 “Remuneração e Bem-estar”, representados no Gráfico 13, verificou-se uma percentagem média de resposta adequada e muito adequada com os itens entre 31,20% e 78,00%, verificando-se a maior percentagem média no item 29 “Tem uma cultura de respeito mútuo entre os membros da equipa multidisciplinar”; e menor percentagem média no item 23 “Tem um sistema de progressão da carreira de enfermagem resultante da avaliação do desempenho”, em que apresenta um valor de inadequado (31,90%) superior ao valor de adequado (20,60%).

Em relação a participação da direção de enfermagem nas reuniões do hospital, 53,20% dos enfermeiros refere adequada a afirmação do item 52 e, seguidamente 47,50% dos enfermeiros, menciona que existe um adequado reconhecimento da contribuição dos enfermeiros pelas equipas médicas e hospitalares (item 50). Destaca-se ainda que 46,80% dos enfermeiros refere receber uma adequada compensação noturna semelhante ao restante mercado de trabalho (item 22), 41,10% dos enfermeiros menciona que recebe um adequado salário semelhante ao restante mercado de trabalho (item 21) e, 38,30% dos participantes relata que tem adequados programas de bem-estar (item 25).

Gráfico 13 - Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão 5: Remuneração e Bem-estar



Na sua globalidade, verificámos a média global do APE foi de 2,64 com um desvio padrão de 0,49.

Na dimensão 1 "Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional", a média do resultado obtido foi de 2,53, com o desvio padrão de 0,48, como descrito na Tabela 15. No que diz respeito às respostas dadas pelos enfermeiros, a maior percentagem verifica-se na resposta "adequado" (51,29%), apesar de no item 45 ter havido maior percentagem na resposta "inadequado". No entanto, a percentagem média de resposta adequada e muito adequada (64,19%) é maior que a percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada (35,81%), como se pode verificar no Gráfico 14.

Na dimensão 2 "Organização e Gestão da Equipa", a média do resultado obtido foi de 2,64, com o desvio padrão de 0,50, como descrito na Tabela 15. Em relação às respostas facultadas pelos enfermeiros, a maior percentagem verifica-se na resposta "adequado" (46,65%), apesar de no item 36 ter havido maior percentagem na resposta "inadequado". Contudo, a percentagem média de resposta adequada e muito adequada (59,85%) é maior que a percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada (40,15%), como se pode verificar no Gráfico 14.

Na dimensão 3 "Ambiente de Prática Segura", a média do resultado obtido foi de 2,44, com o desvio padrão de 0,52, como descrito na Tabela 15. Em relação às respostas fornecidas pelos enfermeiros, a maior percentagem verifica-se na resposta "adequado" (42,96%), apesar de nos itens 5 e 16 ter havido maior percentagem na resposta "inadequado". Em contrapartida, a percentagem média de resposta

adequada e muito adequada e a percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada obtiveram resultados muito próximos 50,36 % e 49,64%, respetivamente, como se pode verificar no Gráfico 14.

Na dimensão 4 "Sistemas de Informação e Controlo do Risco", a média do resultado obtido foi de 3,04, com o desvio padrão de 0,39, como descrito na Tabela 15. Em relação às respostas concedidas pelos enfermeiros, a maior percentagem verifica-se na resposta "adequado" (52,28%), apesar de no item 7 ter havido maior percentagem na resposta "muito adequado" e ter tido zero respostas na variável "muito inadequado". Contudo, a percentagem média de resposta adequada e muito adequada (79,94%) é superior à percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada (20,06%), como se pode verificar no Gráfico 14.

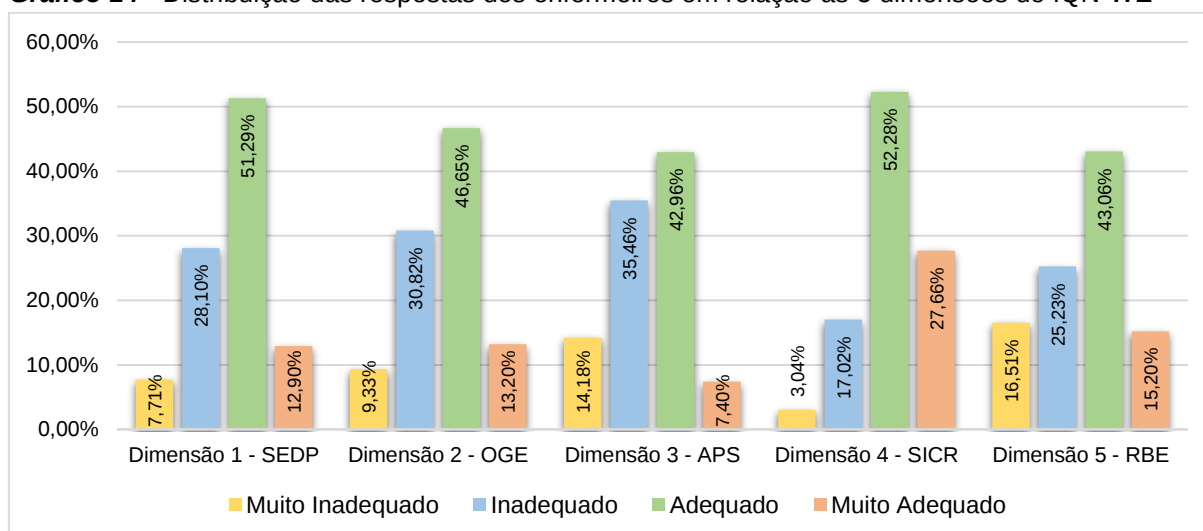
Na dimensão 5 " Remuneração e Bem-estar ", a média do resultado obtido foi de 2,64, com o desvio padrão de 0,49, como descrito na Tabela 15. Em relação às respostas dadas pelos enfermeiros, a maior percentagem verifica-se na resposta "adequado" (43,06%), apesar de no item 23 ter havido maior percentagem na resposta "muito inadequado". Contudo, a percentagem média de resposta adequada e muito adequada (58,26%) é superior à percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada (41,74%), como se pode verificar no Gráfico 14.

Deste modo, ao analisar as diferentes dimensões, verifica-se que a média de resultado mais alto (3,04) e a percentagem média de resposta adequada e muito adequada maior (79,94%) é da dimensão 4 " Sistemas de Informação e Controlo do Risco ". Por outro lado, a dimensão com uma média de resultado menor (2,44) e com maior percentagem média de resposta inadequada e muito inadequada (49,64%) é a dimensão 3 " Ambiente de Prática Segura ".

Tabela 15 - Resultados descritivos por dimensões do IQN-WE

Dimensões	Média	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo
Dimensão 1 - SEDP	2,53	0,48	1	4
Dimensão 2 - OGE	2,64	0,50	1	4
Dimensão 3 - APS	2,44	0,52	1	4
Dimensão 4 - SICR	3,04	0,39	1	4
Dimensão 5 - RBE	2,57	0,55	1	4
Global das 5 Dimensões	2,64	0,49	1	4

Gráfico 14 - Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação às 5 dimensões do IQN-WE



Os enfermeiros mencionam melhores indicadores na dimensão 4 “Sistemas de Informação e Controlo do Risco” e na dimensão 1 “Suporte à Equipa e Desenvolvimento Profissional”, enquanto na dimensão 3 “Ambiente da prática segura” revelaram indicadores mais baixos. Segundo Lin et al. (2020), os participantes relataram, no seu estudo, melhores perceções do APE no que diz respeito ao conjunto de indicadores (ambiente de prática segura e desenvolvimento profissional).

Desta forma, o centro hospitalar que foi objeto do nosso estudo apresenta resultados que revelam, que apesar do APE ser um ambiente positivo/adequado, com todos os domínios com percentagens médias de resposta adequada superiores as percentagens médias de resposta inadequada e muito inadequada, há alguns aspetos a melhorar no APE deste Centro Hospitalar. As dimensões com maior percentagem de respostas de inadequado e muito inadequado, são o domínio 3 “Ambiente de prática segura” (49,64%), o domínio 5 “Remuneração e Bem-estar” (41,74%) e o domínio 2 “Organização e Gestão da Equipa” (40,15%). As medidas para melhorar o APE deste centro hospitalar, passa por aprimorar o serviço de saúde ocupacional e o mecanismo de gestão de saúde dos funcionários; aperfeiçoar os mecanismos de compensação de riscos profissionais; melhorar os procedimentos, orientações e mecanismos de denúncia para os funcionários, vítimas de violência no local de trabalho ou assédio sexual e melhorar o sistema de reforço de assistentes operacionais. Como também, aumentar ou criar grupos de apoio à equipa de enfermagem ou atividades de alívio de stress; melhorar os incentivos fornecidos pela organização e aperfeiçoar as avaliações de desempenho necessárias na progressão da carreira de enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente estudo realizou-se com a necessidade de contribuir com novos indicadores de qualidade do APE, de forma a garantir a satisfação profissional, a segurança do cliente, a efetividade dos cuidados de enfermagem para os clientes e a eficiência das organizações. A validação desta escala, que inclui indicadores que se tornaram importantes nos últimos anos, permite melhorar o APE e a QCE.

Preliminarmente, realizou-se uma revisão sistemática da literatura que possibilitou obtenção de conhecimento mais profundo e claro sobre o APE e quais as variáveis que pode influenciar a QCE. Sendo que esta revisão se tornou importante para a elaboração do estudo e justificação da sua realização.

Os resultados obtidos na adaptação e validação assinalam que a escala IQN-WE-PT pode ser usada de forma segura, visto que cumpriu todas as etapas metodológicas de forma sistemática e com base em evidência científica e conseguiu-se bons resultados quanto à sua validade e fiabilidade. A escala IQN-WE-PT exibe boas características psicométricas para a população portuguesa pelo que sugerimos que esta escala seja aplicada em futuros estudos.

A escala original apresentava 65 itens em 8 dimensões, sendo que esta, após a realização das adaptações necessárias, passou a 50 itens em 5 dimensões, sendo que a pontuação máxima passa de 260 pontos para 200 pontos e a mínima de 65 pontos para 50 pontos, quanto maior a pontuação for, melhores indicadores de qualidade do ambiente da prática de enfermagem terão. A escala IQN-WE converte-se assim na sua versão portuguesa a designar-se escala Indicadores de Qualidade do Ambiente da Prática de Enfermagem (IQN-WE-PT).

A validade de conteúdo foi garantida ao longo da construção do instrumento, incluindo um pré-teste e uma equipa de peritos. A tradução na área em estudo exige que a linguagem utilizada seja traduzida criteriosamente, para que determinados conceitos sejam equivalentes, entre os vários países que utilizam a mesma escala original. A escala IQN-WE-PT sofreu algumas alterações, em relação ao original, por ser uma realidade cultural diferente e com políticas de saúde distintas. A validade do constructo foi determinada através de análise fatorial do tipo confirmatória. No entanto, não foi possível comparar os resultados com o original por não existir este tipo de análise (análise fatorial do tipo confirmatória) descrita.

Depois de realizar o processo de adaptação cultural e ao terminar a análise psicométrica da escala IQN-WE-PT para a população portuguesa, verifica-se que os resultados obtidos indicam que este questionário pode ser utilizado de forma eficiente, em todos os contextos onde se prestam cuidados de saúde em Portugal, como Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados e Estruturas Residenciais para Idosos.

Em relação a limitação do estudo menciona-se aplicação do questionário apenas a um centro hospitalar, sendo que haveria mais benefícios se fosse implementado a nível nacional e em diferentes contextos de prática de cuidados e, também outra limitação deste estudo foi a reduzida porção de respostas que obtivemos que ficaram distantes do recomendado por Mâroco (2018) que sugere 5 respostas por cada item em que obtivemos uma média de 2 respostas/item.

No que diz respeito as implicações para a prestação de cuidados, este instrumento permite facultar uma ferramenta essencial para os enfermeiros gestores que quando aplicada aos enfermeiros da prática clínica, possibilitando 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 a nível dos resultados aos clientes e naturalmente ter ganhos em saúde.

Em relação às implicações para a gestão em enfermagem, este estudo possibilita que os enfermeiros gestores e os enfermeiros em funções de gestão do Centro Hospitalar onde foi dirigido o estudo tenham uma perceção real da qualidade do APE dos seus serviços e quais os pontos a melhorar neste âmbito.

Relativamente as implicações para a investigação em enfermagem, este estudo é oportuno para o contexto da gestão em enfermagem e oferece contributos à comunidade científica concedendo um instrumento de colheita de dados validado para o contexto cultural português, tornando importante que este instrumento seja amplamente utilizado, quer a nível da prática quer a nível da investigação científica. Sendo que este instrumento oferece uma contribuição vital para a profissão e contribui para a melhoria QCE e do APE nos diversos contextos laborais dos enfermeiros, sendo que permite estabelecer uma comparação entre os estudos nacionais com os resultados de estudos internacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A., Costa, R., & Weirich, C. (2005). Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7(3), 319-327.
- Aiken, L., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993. Doi: 10.1001/jama.288.16.1987
- Aiken, L., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., Heede, K. Van Den, Lesaffre, E., Diya, L., Smith, H., Jones, S., Kinnunen, J., Ensio, A., Jylhä, V., ... Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559–568. Doi: 10.1136/bmjqs-2016-005567
- Aiken, L., & Patrician, P. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), pp. 146-153.
- Akter, N., Akter, M. K., & Turale, S. (2019). Barriers to quality of work life among Bangladeshi nurses: a qualitative study. *International Nursing Review*, 66(3), 396–403. Doi: 10.1111/inr.12540
- Almeida, S. (2017). Estatística Aplicada à Investigação em ciências da Saúde- Um guia com o SPSS. Lisboa: *Lusodidacta*.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., 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. Doi: 10.5294/aqui.2020.20.3.8
- Alshehry, A. S., Alquwez, N., Almazan, J., Namis, I. M., & Cruz, J. P. (2019). Influence of workplace incivility on the quality of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4582–4594. Doi: 10.1111/jocn.15051
- 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. Doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.58817
- Amaral, A., & Ferreira, P. (2013). Influência do Ambiente da prática nos resultados dos cuidados de Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 1, 66–74.

- Amaral, A., Ferreira, P., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280–288.
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T., & Cardoso, M. (2013). Perceção dos Enfermeiros Acerca do Ambiente da Prática dos Cuidados em Quatro Hospitais da Região Centro. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 75–81.
- Anunciada, S., & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8(2002), 145–154. Doi:10.36367/ntqr.8.2021.145-154
- Atefi, N., Abdullah, K. L., & Wong, L. P. (2014). Job satisfaction of Malaysian registered nurses: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 21(1), 8–17. Doi: 10.1111/nicc.12100
- Bautista, J. R., Lauria, P. A. S., Contreras, M. C. S., Marañon, M. M. G., Villanueva, H. H., Sumaguingsing, R. C., & Abeleda, R. D. (2020). Specific stressors relate to nurses' job satisfaction, perceived quality of care, and turnover intention. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), 1–10. Doi: 10.1111/ijn.12774
- 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*, 45.
- Benito, P. (2015). *Adaptação e Validação do Nursing Work Index - Revised para o idioma e contexto português*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16464/1/Dissertação P. Benito.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16464/1/Dissertação%20P.%20Benito.pdf)
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos cuidados e dos serviços. *Ministério Da Saúde*, 1–139. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carvalho, M., & Lucas, P. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Millenium*, 2(11), 57–64. Doi: 10.29352/mill0211.06.00274
- Ceitel, M. (2016) Gestão e desenvolvimento de competências. *Silabo*. Lisboa.
- Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). Ambiente De Prática De Enfermagem E a Satisfação Dos Enfermeiros Em Contexto Hospitalar - Uma Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 28–41.

- 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. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.005
- Cho, S., & Kim, J. (2014). Determinants of Registered Nurse Skill Mix & Staffing Level in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 20(1), 10–21. Doi: 10.11111/jkana.2014.20.1.10
- Comissão Europeia. (2014). *Comunicação da comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes*. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf
- Costa, Teresa (2013). *Gestão Contemporânea-Princípios, tendências e desafios. Silabo*. Lisboa
- Decreto-Lei nº 247/2009 (2009). Regime da Carreira de enfermagem, aprovado pelo Decreto-Lei nº 247/2009. Ministério da Saúde. In *Diário da república, 1ª Série (nº 184 de 22-09-2009)* (pp. 6758–6761). <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei nº 248/2009 (2009). Regime da Carreira especial de Enfermagem, aprovado pelo Decreto-Lei nº 248/2009. Ministério da Saúde. In *Diário da República, 1ªSérie (nº184 de 22-09-2009)* (pp. 6761–6765).
- Decreto-Lei nº 305/81 (1981). Aprova a carreira de enfermagem. Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. In *Diário da República, 1ª série (nº 261 de 12-11-1981)* (pp. 2998–3004). <https://dre.pt/application/file/a/568240>
- Decreto-Lei nº 412/98 (1998). Procede à reestruturação da carreira de enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Ministério da Saúde. In *Diário de República, 1ªSérie (nº300 de 30-12-1998)* (pp. 7257–7264).
- Decreto-Lei nº 437/91 (1991). Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. Ministério da Saúde. In *Diário Da Republica, 1ª série (nº 257 de 8-11-1991)* (pp. 5723–5741). http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf
- Decreto-Lei nº 71/2019 (2019). Altera o regime da carreira especial de enfermagem. Presidência do Conselho de Ministros. In *Diário da República, 1ª Série, (Nº101*

- de 27-05-2019) (pp. 5349–5351).
<http://www.adene.pt/sites/default/files/0534905351.pdf>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care - How Can It Be Assessed? In *Journal of American Medical Association*, 260 (12), 1743–1748).
<http://www.law.uh.edu/faculty/jmantel/health-regulatory-process/Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press. USA.
- Doran, D. (2011). Nursing Outcomes: The state of the science. In *Sudbury: Jones & Bartlett Learning*. (2^a ed.). Doi: 10.1007/978-1-4614-5164-8_7
- Dubois, C., D'amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(286), 1–15. Doi: 10.1186/1472-6963-12-286
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24, 244–255. Doi: 10.1016/j.apnr.2009.12.004
- Fallatah, F., Laschinger, H., & Read, E. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing Outlook*, 65(2), 172–183. Doi: 10.1016/j.outlook.2016.11.020
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32–48. Doi: 10.12795/ambitos.2020.i49.03
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(10), 45–53. Doi: 10.12707/riii12133
- Garcia, M. (2004). *Administracion de Servicios de Enfermeria*. Barcelona: Salvat Masson

- Gasparino, R., & Guirardello, E. (2016). Professional practice environment and burnout among nurses. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(1), 90–96. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000100012
- Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., Miguel-Montoya, I., & Martínez-Riera, J. R. (2018). Essential elements of professional nursing environments in Primary Care and their influence on the quality of care. *Enfermería Clínica*, 28(1), 27–35. Doi: 10.1016/j.enfcle.2017.07.008
- George, D., & Mallery, P. (2019). IBM SPSS Statistics 25 Step by Step. In T. & Francis (Ed.), *IBM SPSS Statistics 25 Step by Step* (15^o). Doi: 10.4324/9781351033909
- Godinho, N. (2020). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*, 1–37.
- Gomes, P., & Lucas, P. (2021). Nursing Practice Environment and the Nurse Manager Intervention : Critical Review. *Trends in Nursing and Health Care Research*, 1(1), 1–5.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Sutherland, S. (2017). The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. In *St Louis:Elsevier/Saunders* (8th ed.).
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção numa perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Huber, D. (2010). *Leadership and Nursing Care Management* (Saunders (ed.); 4th ed.).
- Jesus, É., Roque, S., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista de Investigação Em Enfermagem*, 26–44.
- 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. Doi: 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. Doi: 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. Doi: 10.1111/wvn.12401
- Lake, E. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. Doi: 10.1002/nur.10032
- Lake, E. (2007). The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 103S-122S. Doi: 10.1177/1077558707299253
- Lake, E., & Friese, C. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1–9. Doi: 10.1097/00006199-200601000-00001
- Lee, E., & Kim, J. (2020). Nursing stress factors affecting turnover intention among hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 26(6), 1–7. Doi: 10.1111/ijn.12819
- 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. Doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.006
- Lin, C., Lai, F., Huang, W., Huang, C., & Hsieh, C. (2020). Satisfaction with the Quality Nursing Work Environment among Psychiatric Nurses Working in Acute Care General Hospitals. *Journal of Nursing Research*, 28(2). Doi: 10.1097/jnr.0000000000000350
- 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. Doi: 10.1097/jnr.0000000000000106
- Lopes, F. (2015). *O Ambiente Hospitalar nos Cuidados de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20107/1/Tese de Doutoramento em Enfermagem - Françoise Lopes.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20107/1/Tese%20de%20Doutoramento%20em%20Enfermagem%20-%20Fran%C3%A7oise%20Lopes.pdf)
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011
- 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. Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0479
- Marquis, B., & Huston, C. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application* (9ª ed.). Philadelphia. Wolters Kluwer Health.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Ministério da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–38. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x
- Moreno-Casbas, M., Alonso-Poncelas, E., Gómez-García, T., Martínez-Madrid, M., & Escobar-Aguilar, G. (2018). Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. *Enfermería Clínica*, 28(4), 230–239. Doi: 10.1016/j.enfcli.2018.01.001
- Murray, E. (2017). Nursing Leadership and Management for Patient Safety and Quality Care. In *F.A. David Company* (1ª).
- Nogueira, M. (2016). *Ambientes Favoráveis à Prática de Cuidados de Enfermagem: Perceção dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa
- Nunes, E., & Gaspar, M. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1–7. Doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.55726
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. *Concelho de Enfermagem*, 1–19.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Ordem dos Enfermeiros - BALCÃO ÚNICO Membros activos em : 31-12-2020. *Ordem Dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_AnuárioEstatisticos.pdf
- Park, B., & Kim, S. Y. (2017). Patterns and influential factors of interregional migration

- of new and experienced nurses in 2011–2015. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(5), 676–688. Doi: 10.4040/jkan.2017.47.5.676
- Polit, D., & Beck, C. (2019). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th ed.), 95(2) 307-308. Doi: 10.1016/j.aorn.2011.10.009
- Regulamento n.º 76/2018. (2018). Ordem dos Enfermeiros. In *Diário da República*, 2ª Série (Nº 21 de 30-01-2018) (pp. 3478–3487). <https://dre.pt/application/file/a/114591764%0Ahttps://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Regulamento nº 2016/679. (2016). Parlamento Europeu. In *Jornal Oficial da União Europeia* (pp. 1–88).
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. In *Placebo Editora* (2º ed.). Lisboa.
- Richards, S. (2021). *Collaboration, Training, and Support associated with Mental Health Nurse Job Satisfaction*. Dissertação de Mestrado. University of Nevada. Reno
- Roche, M., Duffield, C., Friedman, S., Twigg, D., Dimitrelis, S., & Rowbotham, S. (2016). Changes to nurses' practice environment over time. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 666–675. Doi: 10.1111/jonm.12371
- Rouleau, G., Gagnon, M.-P., & Côté, J. (2015). Impacts of information and communication technologies on nursing care: An overview of systematic reviews (protocol). *Systematic Reviews*, 4(1), 1–8. Doi: 10.1186/s13643-015-0062-y
- Salmond, S., Begley, R., Brennan, J., & Saimbert, M. (2009). A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes: is the investment worth it? *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(26), 1119–1178. Doi: 10.11124/jbisrir-2009-551
- Scott, P. (2017). Key Concepts and Issues in Nursing Ethics. In *Springer* (1º). Doi: 10.1007/978-3-319-49250-6
- Shaheen, A., El-Hneiti, M., Albqoor, M., & Ahmad, M. (2019). Predictors of quality of care provided for older adults. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1747–1755. Doi: 10.1111/jonm.12869
- Sharif, S., Ahadzadeh, A., & Nia, H. (2018). Mediating role of psychological well-being in the relationship between organizational support and nurses' outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 887–899. Doi:

10.1111/jan.13501

- 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. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
- Souza, A., Alexandre, N., & Guirardello, E. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Servicos de Saude*, 26(3), 649–659. Doi: 10.5123/S1679-49742017000300022
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2015). Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use. In *Oxford University Press* (5^a).
- De Sul, S., & Lucas, P. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 1–7. Doi: 10.1002/nop2.521
- Tomaszewska, K., Klos, A., & Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(8), 1191–1205. Doi: 10.5281/zenodo.1039369
- UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.54, 69-72. http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Declara??o+Un+iversal+sobre+Bio?tica+e+Direitos+Humanos#6%0Ahttps://www.sedar.es/vieja/estringido/2007/n2_2007/1.pdf
- Vranada, A. (2016) - The Exploration of Indonesian Nurses' Perceived of Quality Nursing Work Environment an Indonesian Version. Dissertação de Mestrado. School of Nursing National Taipei University of Nursing and Health Sciences. Taiwan
- 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. Doi: 10.1111/jan.13528
- Weber, E., Ward, J., & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: A toolkit for success. *Nursing Management*, 46(12), 47–50. Doi: 10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85
- Wei, H., Sewell, K., Woody, G., & Rose, M. (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. Doi: 10.1016/j.ijnss.2018.04.010
- World Health Organization. (2008). Who Nursing and Midwifery - Progress Report 2008-2012. *WHO*, 1–145.
https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingMidwiferyProgressReport.pdf
- World Health Organization. (2010). Healthy workplaces : a model for action. *Who*, 1-32.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

APÊNDICES

**Apêndice I - Pedido de autorização ao autor da IQN-WE e posterior
aprovação**

+ Compor

 Caixa de entrada

★ Com estrela

 Suspense

➤ Enviado

 Rascunhos

2

▼ Mais

Meet

■ Nova reunião

 As minhas reuniões

Hangouts

 ELIANA PATRÍC

 $+$

Não existem chats recentes

[Iniciar um novo](#)

96 de 407 <

ELIANA PATRÍCIA MARTINS DE SOUSA <epsousa@campus.esel.pt>
para cflin ▾

sexta, 14/08, 17:16 ☆ ↩

Dear Dr. Chiou-Fen Lin,

I hope this email finds you well.

My name is Eliana Sousa, I'm a nurse at Tâmega e Sousa Hospital Center, Portugal.

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

I'm particularly interested in topics related to the quality of care and I would like to apply your scale "The indicators of quality nursing work environment (IQN-WE)", to the patients in Tâmega e Sousa Hospital Center.

I would like to ask for your permission to have access, translate and validate to the portuguese population the "The indicators of quality nursing work environment (IQN-WE)", mentioned and published in Journal of Nursing Research, in the article titled "The Psychometric Properties and the Development of the Indicators of Quality Nursing Work Environments in Taiwan" by Dr. Chiou-Fen Lin, Dr. Mei-Shiow Lu and Dr. Hsiu-Ying Huang in 2016.

Subsequently, Dr. Chiou-Fen Lin, will be recognized as co-author of the article, when we publish the translation and validation of the scale to the portuguese population.

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

Best Regards,
Eliana Sousa, RN (epsousa@campus.esel.pt)

林秋芬TMUcflin <cflin@tmu.edu.tw>
para mim ▾

domingo, 16/08, 08:18

inqlês > portuguêš Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês

Yes, I approve.

ELIANA PATRÍCIA MARTINS DE SOUSA <epsousa@campus.esel.pt> 於 2020年8月15日 週六 上午12:17寫道:

Apêndice II - Exemplar do questionário

QUESTIONÁRIO: INDICADORES DE QUALIDADE DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM – VERSÃO PORTUGUESA

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para participação no estudo de investigação (de acordo com a Declaração de Helsíngua e a Convenção de Oviedo)

O presente trabalho académico pretende estudar um conjunto de indicadores de qualidade do Ambiente de Prática de Enfermagem, que tem por base a utilização de um questionário de Lin, C., Lu, M., & Huang, H. (2016) - *The psychometric properties and the development of the indicators of quality nursing work environments*, que traduzimos e pretendemos validar para o contexto cultural português, com autorização dos autores da escala original. Este trabalho académico tem a orientação do Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Entende-se por Ambiente de Prática de Enfermagem, as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou limitam a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002).

O questionário é anónimo e confidencial, sendo que as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm respostas certas ou erradas, pretendem apenas recolher a sua opinião pessoal. Solicitamos que responda a todos os itens com (X) na escala tipo *Likert* de quatro pontos que está colocada lateralmente. A escala é apresentada no início das questões. A **Parte A** consiste na caracterização dos profissionais envolvidos, a **Parte B** relaciona-se com o assunto em estudo e a **Parte C** consiste num espaço para sugestões dos enfermeiros para a melhoria deste instrumento de recolha de dados.

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

Atenciosamente,

Enfermeira Eliana Patrícia Martins de Sousa

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

QUESTIONÁRIO ANÔNIMO

A – Caracterização Geral

1. **Gênero:** Feminino ☐ Masculino ☐

2. **Idade:** _____

3. **Habilitações acadêmicas:**

Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Pós-Graduação ☐

Pós-Licenciatura de Especialização ☐

Mestrado ☐ Doutorado ☐

4. **Experiência Profissional:**

Tempo de exercício profissional completo (Anos): _____

Tempo de experiência profissional nesta organização/ Instituição (Anos):

5. **Categoria Profissional:**

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Especialista ☐

Enfermeiro Gestor ☐

Enfermeiro Diretor ☐

6. **Serviço onde exerce funções:**

Urgência ☐ Internamento ☐

Serviço de Medicina Intensiva ☐ Bloco Operatório ☐

Consulta Externa ☐ Outra ☐ _____

7. **Avaliações de Desempenho:**

Quantas já realizou na organização/ instituição? _____

B – ESCALA “THE INDICATORS OF QUALITY NURSING WORK ENVIRONMENTS”

Considerando a sua opinião, sinalize com um círculo (O) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4
Muito inadequado	Inadequado	Adequado	Muito adequado

1. Tem um ambiente de prática de enfermagem com normas de segurança, que pode implementar e melhorar continuamente.	1	2	3	4
2. Tem orçamento para promover formação sobre ambiente de prática segura.	1	2	3	4
3. Tem acompanhamento de um Serviço Saúde Ocupacional.	1	2	3	4
4. Tem um Serviço de Saúde Ocupacional disponível que intervém e tem mecanismos de gestão da saúde dos funcionários, pode avaliar e propor melhorias para o seu funcionamento.	1	2	3	4
5. Tem mecanismos de compensação de riscos profissionais que pode implementá-los.	1	2	3	4
6. Implementa o plano de controlo de infeção e outras medidas de gestão de risco clínico.	1	2	3	4
7. Tem equipamentos/dispositivos de proteção individual para reduzir os <u>riscos biológicos</u> (fluidos corporais, sangue e resíduos potencialmente infecciosos).	1	2	3	4
8. Tem equipamentos/dispositivos de proteção para reduzir os <u>riscos físicos</u> (aparelhos elétricos, radiação, temperaturas, ruído).	1	2	3	4
9. Tem equipamentos/dispositivos de proteção para reduzir os <u>riscos químicos</u> (medicamentos, materiais orgânicos).	1	2	3	4
10. Implementa avaliação e melhoria do risco do Ambiente de Prática de Enfermagem.	1	2	3	4
11. Tem equipamentos/dispositivos ergonômicos (mesas e cadeiras, carros de trabalho, luzes e espaço suficiente).	1	2	3	4
12. Tem equipamentos/dispositivos para prevenir <u>riscos ergonômicos</u> (placas de transferência, camas de hospital elétricas e com balanças, colchões anti-escaras).	1	2	3	4
13. Implementa ações de prevenção e de gestão dos riscos ergonômicos.	1	2	3	4
14. Tem políticas e procedimentos operacionais para prevenir e lidar com a violência no local de trabalho (<i>bullying</i> , agressão sexual) e assédio sexual.	1	2	3	4
15. Tem mecanismos de denúncia de violência e assédio sexual no local de trabalho e gestão apropriada.	1	2	3	4
16. Tem suporte e orientação para funcionários, vítimas de violência no local de trabalho ou assédio sexual.	1	2	3	4
17. A percentagem de enfermeiros com, pelo menos, 3 anos de experiência profissional na organização.	1	2	3	4
18. A percentagem de enfermeiros gestores/supervisores de enfermagem com, pelo menos, um curso de mestrado.	1	2	3	4
19. Tem rácios adequados de enfermeiro/cliente em cada turno.	1	2	3	4
20. Tem um sistema flexível de reforço de assistentes operacionais que pode mobilizar para manter cargas de trabalhos razoáveis.	1	2	3	4

21. Tem salário semelhante ao restante mercado de trabalho.	1	2	3	4
22. Tem compensação noturna (horas de qualidade) semelhante ao restante mercado de trabalho.	1	2	3	4
23. Tem um sistema de progressão da carreira de enfermagem resultante da avaliação do desempenho.	1	2	3	4
24. Tem vários incentivos não monetários para a equipa e, são fornecidos em tempo real.	1	2	3	4
25. Tem excelentes programas de bem-estar (seguro de trabalho, seguro de acidentes pessoais, fardas e a sua lavagem, subsídio de refeição, transporte, licença de casamento, entre outros).	1	2	3	4
26. A direção de enfermagem sensibiliza/influencia a tomada de decisão dos enfermeiros sobre a especialização profissional/clínica.	1	2	3	4
27. Tem uma clara divisão do trabalho entre a equipa e pode implementá-lo devidamente.	1	2	3	4
28. Tem unidades responsáveis por supervisionar e gerir o trabalho que não é relacionado com a enfermagem (apoio logístico: limpeza do ambiente, manutenção de equipamentos/ dispositivos, entrega do aprovisionamento).	1	2	3	4
29. Tem uma cultura de respeito mútuo entre os membros da equipa multidisciplinar.	1	2	3	4
30. Tem uma boa comunicação e colaboração entre a equipa multidisciplinar.	1	2	3	4
31. Tem mecanismos de prevenção e gestão de conflitos entre a equipa multidisciplinar.	1	2	3	4
32. Tem mecanismos para facilitar a cooperação entre os membros da equipa de enfermagem dentro da unidade e com as outras unidades.	1	2	3	4
33. Os enfermeiros gestores promovem a simplificação dos procedimentos.	1	2	3	4
34. A equipa de enfermagem simplifica determinados procedimentos.	1	2	3	4
35. Há avaliação da eficácia da simplificação dos procedimentos.	1	2	3	4
36. A organização incentiva a participação na simplificação do trabalho e fornece incentivos.	1	2	3	4
37. Tem apoio e ajuda da equipa multidisciplinar para simplificação dos procedimentos.	1	2	3	4
38. Tem sistemas de informação de enfermagem e equipamento informático suficientes.	1	2	3	4
39. Tem sistemas adequados de reforço de segurança do cliente (sistema de código de barras de identificação do cliente).	1	2	3	4
40. Tem sistemas de informação de enfermagem que atendem às necessidades do trabalho da equipa de enfermagem (sistema de registos de enfermagem, pesquisa de dados, entre outros).	1	2	3	4
41. Os sistemas de aprendizagem e gestão são informatizados (e-learning, formações, entre outros).	1	2	3	4
42. Tem sistemas de gestão de informação apropriados (sistemas de informação de enfermagem, sistemas de gestão de recursos humanos, sistemas de gestão de enfermagem, entre outros).	1	2	3	4
43. A direção de enfermagem tem diretrizes e estratégias concretas para o desenvolvimento da formação dos seus enfermeiros.	1	2	3	4
44. O hospital oferece recursos suficientes para o desenvolvimento da equipa de enfermagem e obtém resultados concretos.	1	2	3	4

45. Tem mecanismos para desenvolver a competência profissional da equipa e, avalia-a regularmente.	1	2	3	4
46. Apoia e inspira a equipa de enfermagem no desenvolvimento da carreira profissional.	1	2	3	4
47. O enfermeiro tem oportunidade de desempenhar diferentes papéis e funções (gestores de caso, chefias de equipa e algumas coordenações de enfermagem).	1	2	3	4
48. Contribui para o desenvolvimento profissional da prática de enfermagem e fornece exemplos inovadores.	1	2	3	4
49. Clientes e familiares reconhecem o valor dos enfermeiros.	1	2	3	4
50. As equipas médicas e hospitalares reconhecem a contribuição dos enfermeiros.	1	2	3	4
51. O desenvolvimento profissional dos enfermeiros articula-se com padrões internacionais e com estratégias concretas.	1	2	3	4
52. A direção de enfermagem participa nas reuniões do hospital (reuniões relacionadas com o orçamento, desempenho, recompensas, recursos humanos e gestão de qualidade).	1	2	3	4
53. Integra as orientações da direção de enfermagem nas decisões profissionais.	1	2	3	4
54. A organização fornece suporte e recursos necessários a direção/departamento de enfermagem.	1	2	3	4
55. Respeita as decisões da direção/departamento de enfermagem relacionadas com os recursos humanos.	1	2	3	4
56. Recompensa ou elogia os restantes enfermeiros quando têm bom desempenho.	1	2	3	4
57. Tem serviços/departamentos que apoiam e ajudam os enfermeiros a lidar com diferentes dificuldades (eventos adversos /gestão de risco clínico, queixas de clientes, entre outras).	1	2	3	4
58. Os enfermeiros participam nas reuniões periódicas do serviço/departamento.	1	2	3	4
59. Há diversas vias para a equipa de enfermagem expressar as suas preocupações e enfrentá-los de forma eficaz.	1	2	3	4
60. A equipa de enfermagem participa na formulação de políticas de gestão de enfermagem.	1	2	3	4
61. Tem um planeamento flexível das intervenções de enfermagem, de acordo com as diferentes necessidades.	1	2	3	4
62. Tem uma preocupação com o bem-estar do enfermeiro, a nível pessoal e profissional.	1	2	3	4
63. Tem grupos de apoio à equipa de enfermagem ou atividade de alívio de stress.	1	2	3	4

C – SUGESTÕES

Quer apresentar alguma sugestão de alteração?

Muito obrigado pela sua participação!

**Apêndice III - Autorização do autor para retirar 3 itens da escala
original**

Eliana Sousa <epsousa@campus.esel.pt> 於 2021年3月2日 週二 下午9:30寫道:

