



Mestrado em Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

**Construção de um Instrumento de Avaliação do
Ambiente da Prática de Enfermagem nos Cuidados
Continuados Integrados**

Construction of an Instrument for Assessment of the Nursing Practice
Environment in Integrated Continuous Care

Vera Lúcia da Rocha Miranda Braga



Lisboa

2024



Mestrado em Gestão em Enfermagem
Dissertação de Natureza Científica

**Construção de um Instrumento de Avaliação do
Ambiente da Prática de Enfermagem nos Cuidados
Continuados Integrados**

Construction of an Instrument for Assessment of the Nursing Practice
Environment in Integrated Continuous Care

Vera Lúcia da Rocha Miranda Braga

Orientador/a: Maria da Graça Silva Quaresma



Lisboa
2024

Agradecimentos

A todos os professores do Curso de Mestrado na área de especialização de Gestão em Enfermagem pelo contributo ao meu desenvolvimento profissional e pessoal. Agradeço em especial à minha orientadora, senhora professora mestre Maria da Graça Silva Quaresma, pela compreensão, disponibilidade, cooperação e motivação no decorrer deste processo.

Ao senhor professor doutor Tiago Nascimento pela revisão científica desta dissertação e ao senhor professor doutor José Manuel Marques pela revisão metodológica e estatística aplicada.

À minha família, sobretudo à minha mãe e ao meu marido, por acreditarem em mim, pelo carinho e incentivo imprescindíveis para atingir os meus objetivos. Aos meus filhos... a Deus... por tudo.

Lista de abreviaturas e/ou siglas

AHRQ	Agency for Healthcare research and Quality
APA	<i>American Psychological Association</i>
APE	Ambiente da Prática de Enfermagem
APE-CCI	Ambiente da Prática de Enfermagem nos Cuidados Continuados Integrados
CCI	Cuidados Continuados Integrados
ECR-LVT	Equipa de Coordenação Regional de Lisboa e Vale do Tejo
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
NWI	<i>Nursing Work Index</i>
NWI-R	<i>Nursing Work Index – Revised</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i>
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Integrados
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TSS	Técnico de Serviço Social
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UPP	Úlceras por Pressão
WES	<i>Work Environment Scale</i>

Resumo

Enquadramento: O Ambiente de Prática de Enfermagem nos Cuidados Continuados Integrados é uma área de intervenção, com carência ao nível do desenvolvimento do conhecimento e da respetiva evidência científica, mas de marcada relevância para a qualidade dos cuidados em saúde, não existindo à data um instrumento que possibilite a avaliação do ambiente de prática de enfermagem nestes contextos. Os sistemas de saúde devem adaptar-se às necessidades de uma população idosa, promover a saúde ao longo da vida e oferecer cuidados de alta qualidade, minimizando a necessidade de internamentos hospitalares, pelo que os cuidados continuados integrados de qualidade se revelam importantes na gestão dos custos em saúde.

Objetivos: Construir um instrumento que monitorize o ambiente da prática de enfermagem nos cuidados continuados integrados.

Métodos: Trata-se de um estudo metodológico que seguiu as etapas propostas por Colluci (2015). A validação do conteúdo foi realizada por consenso de 13 especialistas através da técnica de Delphi e terminamos com a realização de um pré-teste a 39 enfermeiros que exercem funções na área dos cuidados continuados.

Resultados: Obtiveram-se valores de concordância médios para a relevância de 0,93 e para a clareza de 0,89, após retirados 13 itens que para a relevância e/ou clareza não superavam um IVC superior a 0,80. Analisou-se também a homogeneidade da concordância da avaliação dos itens na avaliação dos peritos. Obtiveram-se valores de concordância de 0,83 na relevância no caso do *Alpha de Krippendorff*, e de 0,82 no de *Fleiss Kappa*. A concordância para a clareza foi de 0,81 e 0,80 respetivamente. Foi realizada a análise da consistência interna através da correlação item-total corrigida do Alpha de Cronbach e Ómega de McDonald. Verificou-se que, as correlações são superiores a 0,3 e os valores de Alpha e Ómega são superiores a 0,7, quer no estudo de cada domínio individualmente, quer no estudo envolvendo a globalidade dos 43 itens, salientando que um dos dois itens que não cumpriam um valor mínimo aceitável para a correlação foi retirado do instrumento, já o outro, pela sua pertinência foi reformulado.

Conclusão: Concluimos com um instrumento com 42 itens organizados em 4 dimensões teóricas, necessidades sociais e de saúde, desempenho, prestação de serviços e facilitadores do sistema. O instrumento evidencia boa validade e confiabilidade. A

continuidade deste estudo para validação do construto e conclusão da primeira versão deste instrumento de avaliação APE-CCI é fundamental.

Palavras-Chave: Construção de Instrumentos; Validação de Instrumentos; Cuidados Continuados Integrados; Gestão em Enfermagem; Ambiente de Prática de Enfermagem

Abstract

Background: The Nursing Practice Environment in Integrated Continuous Care is an area of intervention, with a lack of knowledge development and respective scientific evidence, but of marked relevance for the quality of health care. Health systems must adapt to the needs of an elderly population, promote lifelong health and offer high-quality care, minimizing the need for hospital admissions, which is why the quality of the integrated continuous care is important for managing health costs.

Objective: Build an instrument that monitors the nursing practice environment in integrated continuous care.

Methods: This is a methodological study that followed the steps proposed by Colluci (2015). Content validation was carried out by consensus of 13 experts using the Delphi technique and we ended with a pre-test carried out on 39 nurses who work in the area of integrated continuous care.

Results: Average agreement values were obtained for relevance of 0.93 and for clarity of 0.89, after removing 13 items that for relevance and/or clarity did not exceed a CVI greater than 0.80. The homogeneity of agreement in the assessment of items in the experts' assessment was also analyzed. Agreement values of 0.83 in relevance were obtained in the case of Krippendorff's Alpha, and 0.82 in the case of Fleiss Kappa. The agreement for clarity was 0.81 and 0.80 respectively. Internal consistency analysis was carried out using the corrected item-total correlation of Cronbach's Alpha and McDonald's Omega for almost all items. It was found that the correlations are greater than 0.3 and the Alpha and Omega values are greater than 0.7, whether in the study of each domain individually or in the study involving all 43 items, highlighting that one of the two items that did not meet a minimum acceptable value for correlation were removed from the instrument, while the other, due to its relevance, was reformulated.

Conclusion: We concluded with an instrument with 42 items organized into 4 theoretical dimensions, social and health needs, performance, service provision and system facilitators. The instrument shows good validity and reliability. Continuing this study to validate the construct and complete the first version of this APE-CCI assessment instrument is essential.

Keywords: Instrument Construction, Instrument Validation, Integrated Continuous Care, Nursing Management; Nursing Practice Environment.

Índice

Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1. Gestão em Enfermagem.....	9
2. Cuidados Continuados Integrados.....	11
3. Ambiente de Prática de Enfermagem nos Cuidados Continuados Integrados.....	15
3.1. Atributos APE.....	16
3.2. Mapeamento das características do APE-CCI.....	17
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....	25
1. Construção de Instrumentos de Medida na Saúde.....	27
2. Ética na Investigação Aplicada à Gestão.....	37
3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	41
3.1. Caracterização dos peritos.....	41
3.2. Apresentação dos resultados IVC, Alpha de Krippendorff e Kappa de Fleiss.....	42
3.3. Caracterização dos respondentes ao pré-teste.....	47
3.4. Apresentação dos resultados do pré teste.....	48
Conclusão.....	55
Referências Bibliográficas.....	57
Apêndices	
Apêndice I – Scoping review.....	69
Apêndice II – Carta de apresentação e consentimento informado aos participantes.....	71
Apêndice III - Questionário Final.....	73

Índice de Figuras

Figura 1: Diferenças entre o APE-CCI e outros níveis de cuidados.....	21
Figura 2: As etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa (Coluci et al., 2015).....	28

Índice de Quadros

Quadro 1: Identificação de atributos não explorados (assinalados a cinza) nos instrumentos de avaliação de APE utilizados na caracterização do APE-CCI	17
Quadro 2: Mapeamento de características do APE-CCI.....	22
Quadro 3: Atributos identificados do APE-CCI e itens a considerar no instrumento de avaliação do APE-CCI alinhado o modelo Magnet (ANCC, 2023)e de Tello et al., (2019) para o desenvolvimento dos CCI.....	30
Quadro 4: Características socioprofissionais dos participantes peritos	41
Quadro 5: Resultados do IVC (relevância e clareza).....	44
Quadro 6: Resultados do Alpha de Krippendorff e do Kappa de Fleiss (relevância e clareza)	46
Quadro 7: Características dos profissionais que colaboram no pré-teste.....	47
Quadro 8: Resultados da correlação item-total corrigida, do Alpha de Cronbach e Ómega de McDonald, considerando cada domínio individualmente.	50
Quadro 9: Resultados da correlação item-total corrigida, do Alpha de Cronbach e Ómega de McDonald, considerando o global dos 43 itens.	52

Introdução

O presente documento surge no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Gestão em Enfermagem, cuja finalidade será o desenvolvimento de uma dissertação científica que sustente a construção de um instrumento de avaliação do ambiente da prática de enfermagem nos cuidados continuados integrados (APE-CCI).

Como diretora técnica e enfermeira gestora numa unidade de média duração e reabilitação, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tenho-me deparado com a importância do ambiente da prática de enfermagem para a obtenção dos melhores resultados em saúde, assim como um enorme desafio na promoção do mesmo. Neste sentido, e considerando a importância da ética aplicada à gestão neste contexto de prática clínica, considero de real importância existir um instrumento que avalie de forma dirigida o APE-CCI.

O APE-CCI é uma área de intervenção com carência de conhecimento e de evidência científica. Assume, no entanto, uma relevância ímpar para os desafios à saúde que o mundo de uma forma global apresenta. À medida que as populações envelhecem, os sistemas de saúde devem adaptar-se às necessidades de uma população idosa (Carneiro et al., 2012; Fallon & Karlawish, 2019; Turnpenny, 2021). Isto implica uma mudança fundamental do foco nos cuidados agudos, para o foco na prestação de um contínuo de cuidados (Sagan et al., 2019) que promova a saúde ao longo da vida e ofereça cuidados de alta qualidade, nomeadamente à pessoa idosa.

As unidades de CCI oferecem uma estrutura mais adequada para o cuidado continuado (McCance et al., 2021; Sjögren et al., 2017), compostas por equipas multidisciplinares, minimizam a necessidade de internamentos hospitalares, revelando-se importantes na gestão dos custos em saúde (Rosenberg et al., 2022; Sjögren et al., 2015), pois oferecem uma alternativa de cuidados que pode ser mais eficiente e económica em comparação com o atendimento hospitalar tradicional.

O APE é assim o contexto em que o cuidado é prestado, compreendendo o espaço físico, recursos tecnológicos, profissionais e a cultura organizacional, o que pode facilitar ou constranger a prática de enfermagem (Lake, 2002).

O conceito APE foi desenvolvido nos anos 80 nos Estados Unidos da América (Callado, 2019; Nishio et al., 2021; Parisi, 2015; Sul, 2018) num período de grande insuficiência de enfermeiros e consequente rotatividade entre estes, idêntico ao que se vive atualmente. Destacaram-se na altura, as organizações de saúde onde este fenómeno não se verificava, os designados hospitais *Magnet*. Eram organizações que promoviam a partilha na tomada de decisão, em que a gestão e estilos de liderança eram adequados, possibilitavam horários flexíveis, os profissionais eram reconhecidos e respeitados na sua autonomia, e eram envolvidos também na análise e discussão dos resultados (ANCC, 2023; Nishio et al., 2021; Parisi, 2015; Sul, 2018).

Anos mais tarde, na década de 90, o tema manteve-se atual e foi relacionado com a qualidade dos cuidados (ANCC, 2023; Callado, 2019; Lake, 2002, 2007), e tem sido alvo de estudo na comunidade científica pela relevância que assume nos *outcomes* em saúde, em contextos maioritariamente hospitalares de cuidados agudos.

O APE favorável relaciona-se positivamente (Anunciada & Lucas, 2021; P. R. M. B. Lucas & Nunes, 2020) com a satisfação profissional, com a retenção e recrutamento de enfermeiros e com os resultados nos clientes. Pelo contrário, podem condicionar a diminuição da qualidade dos cuidados prestados, potenciar eventos adversos como o aumento da morbilidade e mortalidade, desperdícios e insatisfação dos profissionais, pois não consideram as dotações seguras de acordo com as características dos clientes e cargas de trabalho (Almeida et al., 2020; Lake et al., 2019; Sousa & Lucas, 2021), impondo-se como emergente o seu estudo nos CCI.

Os cuidados continuados integrados (CCI) são muito complexos (Rudnicka et al., 2020) dado que estes deverão ser centrados na pessoa e também integrados. Centrados, pois as intervenções devem ser adaptadas aos clientes de forma a otimizar a sua capacidade funcional e privilegiar a sua autonomia, o que se alinha com a disciplina de enfermagem; integrados, pois devem articular diferentes níveis de cuidados, de reabilitação, de longa duração, cuidados paliativos, adaptados às necessidades únicas, variadas e muitas vezes complexas das pessoas ao longo do ciclo vital. Esta integração dos cuidados deve ocorrer ao nível das organizações de saúde e da comunidade. Igualmente ao nível das políticas, mecanismos de financiamento e estruturas de governação, estas também assumem particular relevância junto dos decisores políticos e grupos profissionais envolvidos, pelo que é fundamental desenvolver políticas

financiadas de forma robusta e promover uma cultura institucional que atenda ao bem-estar da equipa (McCance et al., 2021; Midje et al., 2021).

A estabilização das equipas e a procura de excelência são uma preocupação crescente (Heijkants et al., 2022), especialmente para os CCI. Por um lado, o envelhecimento da população incrementa esta tipologia de cuidados, enquanto, por outro lado, o número de enfermeiros em relação às dotações, nos cuidados prestados aos idosos, está a diminuir (Carneiro et al., 2012; Fallon & Karlawish, 2019; Rudnicka et al., 2020; Thinley, 2021; Turnpenny, 2021)

Afigura-se difícil atrair e reter profissionais, especialmente enfermeiros sendo que muitos académicos (Rosenberg et al., 2022; Rudnicka et al., 2020) argumentam que, para melhorar a empregabilidade nestes contextos, o enfoque deve ser colocado na melhoria das condições de trabalho e da qualidade do emprego.

Sabe-se que o facto de haver demasiadas exigências e poucos recursos tem um impacto negativo na saúde dos profissionais e nos resultados organizacionais (Turnpenny, 2021), tal como a falta de apoio dos corpos diretivos. Assim uma liderança ineficaz e trabalho em equipa deficiente contribuem para ambientes de prática desfavoráveis (P. R. M. B. Lucas & Nunes, 2020; Mori et al., 2022). Neste contexto, para reter e aliciar enfermeiros nos CCI, é necessário desenvolver, potenciar e estimular um ambiente atrativo para a prática de enfermagem, alicerçado em políticas de saúde robustas.

Esta dificuldade em recrutar e reter enfermeiros nos CCI não permite atender aos padrões de qualidade recomendados (Heijkants et al., 2022). Os líderes de enfermagem, particularmente aqueles com foco relacional, desempenham um papel importante na satisfação, capacitação e retenção dos enfermeiros (Callado, 2019; Cowden et al., 2011; Cummings et al., 2010; Lucas & Nunes, 2020), na satisfação do cliente (Callado, 2019; Lucas & Nunes, 2020; Martins et al., 2019; Wong et al., 2013), na produtividade (Cummings et al., 2010) e na melhoria dos resultados dos clientes (Callado, 2019; Lucas & Nunes, 2020; Martins et al., 2019; Wong et al., 2013).

Os enfermeiros nos CCI enfrentam a exigência de cuidar de clientes com maior carga de doenças crónicas, mas as suas atividades são frequentemente caracterizadas por tarefas essenciais e repetitivas com supervisão rígida e ausência de recompensas, quer sociais, quer económicas (Schaefer & Moos, 1996; Sjögren et al., 2015, 2017).

São os enfermeiros o grupo mais representativo na saúde, representam cerca de 90% da força laboral na saúde, e, manifestam no seu mandato social o compromisso de assegurar a excelência dos cuidados (Martins et al., 2019). Desta forma, assumem um papel basilar nas equipas multidisciplinares, pois efetivam a comunicação entre os diferentes atores com expressão nos resultados, na qualidade, segurança e inovação dos cuidados (P. R. M. B. Lucas & Nunes, 2020; Martins et al., 2019).

Torna-se, portanto, emergente que a nível estratégico, os gestores integrem a importância da atividade dos enfermeiros para a obtenção da qualidade e efetividade dos cuidados (Lake, 2002). O enfermeiro gestor assume aqui um relevo na procura da excelência, devendo conhecer, organizar, planejar, dirigir e controlar o ambiente de forma favorável aos cuidados de enfermagem (P. R. M. B. Lucas & Nunes, 2020).

A melhoria dos ambientes da prática de enfermagem é uma das variáveis com maior impacto na qualidade (P. R. M. B. Lucas & Nunes, 2020; Martins et al., 2019), pelo que a sua análise e determinação é estratégica para percebermos como poderemos promover a excelência também nos CCI.

Exige-se então que os líderes dos sistemas de saúde se adaptem simultaneamente aos desafios políticos e económicos, aos avanços tecnológicos (Carey et al., 2011; Feng & Glinskaya, 2019; OMS, 2007; World Health Organization, 2021), e, às expectativas modernas e pós-industriais dos ambientes de trabalho, para que os promovam de forma efetiva, pois terão impacto a todos os níveis, dos clientes e famílias às políticas em saúde (Feng & Glinskaya, 2019; García-Sierra et al., 2016; P. R. M. B. Lucas & Nunes, 2020; OMS, 2007), onde se incluem os CCI.

Para analisar o ambiente de prática nos CCI iremos suportarmo-nos na proposta realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Tello et al., 2019) que relaciona entre si, os clientes/utilizadores, as infraestruturas e tecnologias, o capital humano e a governança, pois a acessibilidade e equidade no acesso a CCI são dos maiores desafios, ao qual se associam a qualidade dos cuidados prestados com recursos a um grupo de profissionais especializados que executem a sua atividade num ambiente favorável, que seja sustentável (Bienassis et al., 2020; OECD, 2021; Sagan et al., 2019; Turnpenny, 2021).

O modelo conceptual que sustenta a estrutura de avaliação dos cuidados continuados integrados é o Quadro Europeu de Ação para a Prestação Integrada de Serviços de Saúde (Tello et al., 2019) que nos sustentará ao longo deste percurso, aliado

ao modelo de Russell e Fawcett (2005), que suporta o papel do enfermeiro gestor nas políticas de saúde, na análise do ambiente de prática de enfermagem nos CCI. Estes modelos enquadram-se em triangulação com o modelo de Biron et al. (2007), cuja estrutura conceptual para a administração e pesquisa em enfermagem relaciona as necessidades de cuidados de saúde do cliente, recursos de enfermagem e processos de cuidados de enfermagem ao contexto do sistema de saúde e aos ambientes social, político e cultural de cuidados (Biron et al., 2007).

A evidência científica sobre a monitorização do ambiente da prática de enfermagem nos CCI, é muito reduzida, quase inexistente, pelo que surgiu a questão de investigação: Como avaliar o ambiente da prática de enfermagem nos cuidados continuados integrados?

Construir um instrumento que monitorize o ambiente da prática de enfermagem nos cuidados continuados integrados é então o objetivo geral deste trabalho. Mapear a evidência científica sobre o APE-CCI, identificar os atributos que o caracterizam e validar um instrumento que o avalie são os objetivos específicos que nos suportarão na observância do objetivo geral.

Este estudo encontra-se organizado em duas partes. O marco teórico, onde se aprofundará a temática em estudo, abordando a pertinência para a gestão em enfermagem, o conceito de CCI e o de APE-CCI, e uma segunda parte que corresponderá ao trabalho empírico, onde será aprofundada a metodologia utilizada e as questões éticas, apresentação, análise e discussão dos resultados. Terminaremos com a apresentação das considerações finais.

O presente documento foi elaborado segundo as normas APA (*American Psychological Association*), tendo como base o Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2023).

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Gestão em Enfermagem

A enfermagem tem a responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde, e, para a coordenação e gestão dos serviços de saúde. A sociedade espera que os enfermeiros contribuam para a política de saúde a nível local, nacional e internacional, através de papéis de gestão e liderança (Regulamento n.º 101/2015, 2015; Russell & Fawcett, 2005). A necessidade de excelência da gestão em enfermagem e dos serviços de saúde tem de ser ativamente promovida (Biron et al., 2007; Conselho de Enfermagem, 2012) sendo que o modelo de Russell e Fawcett (2005) suporta o papel do enfermeiro gestor nas políticas de saúde.

Esta dissertação alinha o papel do enfermeiro gestor com o defendido no modelo proposto por Russell e Fawcett (2005) no nível 3, em que enfatizam o conceito de política de saúde de acesso. Os autores abordam a procura por equidade de acesso a processos eficazes e sistemas eficientes de prestação de práticas de enfermagem, bem como equidade na distribuição dos custos e encargos da prestação de cuidados, que incorporam competências do enfermeiro gestor como a gestão da equipa de enfermagem. O objetivo passa assim por otimizar as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem, para as quais concorre um “(...) corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.5950).

Também no nível 4 são enfatizados os conceitos de política de saúde de qualidade, custo e acesso, abordando a questão filosófica da justiça, que chama a atenção para determinar de que maneira e em que medida as políticas de saúde facilitam a alocação de serviços de saúde de alta qualidade e custo-efetivos, bem como outros recursos relacionados com a saúde, aos quais todas as pessoas merecem acesso, que desenvolvidos respondem às competências do enfermeiro gestor no desempenho de um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde. Esta “competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.5952).

Numa era em que se espera que os administradores tomem decisões com base nas melhores evidências disponíveis, o desenvolvimento do conhecimento específico da administração de enfermagem é essencial para melhorar os resultados para os clientes, para os prestadores de cuidados e para o funcionamento eficaz do sistema de saúde. É fundamental que o enfermeiro gestor garanta uma prática profissional de excelência na equipa que lidera, demonstrando e garantindo um exercício profissional ético, com tomada de decisão correspondente (Biron et al., 2007; Dubois et al., 2013; Regulamento n.º 101/2015, 2015; Russell & Fawcett, 2005).

Para que estes objetivos sejam alcançados com sucesso, é fundamental que o gestor promova o “desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera”, através da “formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal”, fornecimento de feedback construtivo, gestão do desempenho profissional e promoção do trabalho em equipa, assente num corpo de conhecimento no “domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.5951).

A estrutura conceitual para administração e pesquisa de enfermagem que relaciona as necessidades de cuidados de saúde do cliente, recursos de enfermagem e processos de cuidados de enfermagem ao contexto do sistema de saúde e aos ambientes social, político e cultural de cuidados foi proposta por Biron et al. (2007). Esta estrutura conceitual fornece aos administradores e investigadores de enfermagem uma estrutura para situar o conhecimento atualmente disponível face à problemática em análise, nomeadamente neste estudo o APE-CCI.

Melhorar, quer a estrutura, quer os processos ou os resultados compete aos gestores da saúde de todos os níveis, com ênfase no enfermeiro gestor, verificar o que existe, analisar o que é feito, como é feito, e, quais os resultados obtidos para garantir eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade dos serviços de saúde (Donabedian, 1980; Mitchell et al., 1998).

2. Cuidados Continuados Integrados

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os sistemas de CCI como “(...) sistemas nacionais que asseguram cuidados de longa duração integrados que sejam apropriados, económicos, acessíveis e defendam os direitos das pessoas idosas e dos cuidadores” (World Health Organization, 2021).

Entende-se por CCI, como um conjunto de serviços para pessoas com reduzido grau de independência e capacidade funcional, física ou cognitiva, e que consequentemente, dependem de ajuda, por um período, para as atividades básicas da vida diária. Esta componente de cuidados pessoais é frequentemente prestada numa combinação de serviços médicos, cuidados de enfermagem (ajuda no tratamento de feridas, gestão da dor, medicação, monitorização da saúde), bem como serviços de prevenção, reabilitação ou cuidados paliativos (Bienassis et al., 2020; Ministério da Saúde, 2006; World Health Organization, 2021).

O objetivo dos CCI é garantir que um indivíduo que tenha quebras significativas na capacidade mental ou funcional, possa manter a melhor qualidade de vida, com o maior grau de independência, participação, autonomia, realização pessoal e dignidade possível (Ministério da Saúde, 2006; World Health Organization, 2021).

Os CCI desempenham um papel importante na gestão dos custos em saúde, oferecendo uma alternativa mais adequada, acessível e eficiente para o cuidado prolongado de clientes com doenças crónicas ou incapacitantes, e assistindo as famílias na prevenção do empobrecimento, mitigando os custos dramáticos com cuidados de saúde (Comissão Europeia & Comité de Política Económica, 2021; Feng & Glinskaya, 2019; OMS, 2007; World Health Organization, 2021). Prevê-se que a dependência das pessoas com mais de 65 anos duplique nos próximos 35 anos (Bienassis et al., 2020; Sagan et al., 2019). Bienassis et al. (2020) afirmaram que em 2016, 2,5% de todos os gastos com internamentos hospitalares, cerca de 18 biliões de euros, foram com utentes de CCI, e que cerca de 40% destes seriam evitáveis com investimento em número de recursos humanos e desenvolvimento profissional dos mesmos.

Os CCI ganharam um enfoque político mais nítido ao nível da UE através do forte compromisso com o Pilar Europeu dos Direitos Sociais. O Princípio 18 do pilar declara

que todas as pessoas têm direito a serviços de CCI de qualidade, a custos acessíveis (Bienassis et al., 2020; European Commission. Directorate-General for Employment, 2021; OECD, 2021; Sagan et al., 2019).

Em Portugal, a RNCCI é uma das respostas enquadradas nas prioridades estratégicas, nacional e internacionalmente assumidas, para o desenvolvimento do sistema de saúde e proteção social do País, que vai ao encontro das principais necessidades em saúde e bem-estar da população. A RNCCI, de acordo com o Programa Nacional de Reformas (Ministério do Planeamento, 2021), incorpora a primeira recomendação específica para Portugal: Reforçar a resiliência do sistema de saúde e melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a CCI.

Note-se que a procura crescente destes cuidados, trará os CCI para uma das rubricas da despesa social com crescimento mais rápido, pelo que os mecanismos sustentáveis de financiamento são essenciais, alinhados com a eficiência nos gastos (European Commission. Directorate-General for Employment, 2021; OECD, 2021; Sagan et al., 2019; Tello et al., 2019).

A contratualização neste contexto de prática nas últimas décadas, centrou-se essencialmente com atores privados (tanto com fins lucrativos como sem fins lucrativos), oferecida ou organizada por autoridades públicas (European Commission. Directorate-General for Employment, 2021) sendo que o financiamento público não oferece cobertura total dos cuidados continuados e, como tal, os indivíduos geralmente são responsáveis por parcelas significativas do custo, de acordo com os rendimentos que auferem (Bienassis et al., 2020), o que em Portugal também se observa. Mantém-se essencialmente com instituições particulares de solidariedade social, representando cerca de 76.2% da lotação existente (ACSS - DRS, 2022). Estes organismos de solidariedade social possuem um enquadramento jurídico-legal próprio, com contextos organizacionais com marcada responsabilidade social desde a sua origem, o que também se verifica na Europa (European Commission. Directorate-General for Employment, 2021). Esta questão implica um olhar específico e um estudo emergente destes ambientes de

prática, dado o crescimento desta tipologia de cuidados como resposta aos maiores desafios dos sistemas de saúde: o envelhecimento, o aumento das doenças crónicas e o aumento dos custos em saúde (Feng & Glinskaya, 2019).

As necessidades de cuidados e as necessidades em recursos humanos disponíveis de acordo com a capacidade, competências e combinação de competências nos CCI, são separadas por um fosso, pelo que investir nos recursos humanos comprova ser um investimento face ao custo/consumo de cuidados, com poupança de recursos humanos, financeiros e políticos associados, bem como para todo o sistema de saúde de forma global (Bienassis et al., 2020; Feng & Glinskaya, 2019).

No contexto atual, muitos dos cuidados prestados atualmente nos CCI eram prestados nos hospitais, pelo que será fundamental investir em profissionais devidamente qualificados para garantir a segurança e qualidade dos cuidados, sendo os enfermeiros o grupo profissional mais bem posicionado para estes desafios (Bienassis et al., 2020)

Existem vários incentivos que podem encorajar a ampliar o acesso a serviços abrangentes de CCI, que funcionaram bem em diferentes países. Por exemplo, os governos poderiam estabelecer financiamento baseado em resultados, e sistemas de pagamento por desempenho, para serviços públicos e privados para garantir a prestação de serviços de qualidade (Feng & Glinskaya, 2019; World Health Organization, 2021).

É imperativo que os países avancem em direção a sistemas públicos de financiamento de CCI para exigir a cobertura universal, garantir direitos (como é o caso dos cuidados médicos) e acesso equitativo, e, reduzir o estigma associado com as consequências negativas do apoio de CCI (Feng & Glinskaya, 2019).

A inovação e a investigação devem impulsionar o desenvolvimento e a expansão dos serviços de CCI para a prestação de cuidados equitativos, sustentáveis e eficazes.

Importa analisar, portanto, as realidades da prática nos contextos de CCI, nomeadamente do ambiente de prática de enfermagem, para promoção de qualidade nos cuidados e melhores resultados em saúde.

3. Ambiente de Prática de Enfermagem nos Cuidados Continuados Integrados

O ambiente de prática de enfermagem é definido pelo conjunto de características de uma organização, facilitadoras ou constrangedoras, da prática profissional dos enfermeiros (Lake, 2002) e tem influência na qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança dos clientes e bem-estar dos profissionais de saúde. Fundamental, portanto, para os resultados positivos nos enfermeiros, nos clientes e nas organizações (Almeida et al., 2020; Lake, 2007; Sousa & Lucas, 2021). Esta temática tem sido objeto de regulação de diferentes entidades internacionais e objeto de estudo essencialmente em contexto hospitalar, sendo considerado o fator com maior impacto nos resultados a todos os níveis de cuidados.

O entendimento sobre o conceito de qualidade nos CCI deve envolver todos os atores, desde os utentes, entidades prestadoras de cuidados formais (dirigentes e prestadores de cuidados diretos), autoridades públicas e entidades normativas (Biron et al., 2007; Bienassis et al., 2020; Mitchell et al., 1998; Russell & Fawcett, 2005; World Health Organization, 2021). As diferentes iniciativas neste âmbito parecem indicar que o modelo de cuidados centrado na pessoa é o que reúne maior consenso para o entendimento de qualidade nos cuidados continuados (European Commission. Directorate-General for Employment, 2021), desenvolvido por Kitson et al (2013) para a enfermagem com o quadro concetual do Modelo de Cuidado de Enfermagem Centrado na Pessoa que contém quatro estruturas, os pré-requisitos, o ambiente de cuidados, os processos centrados nas pessoas e os resultados esperados (Dewing & McCormack, 2015; McCance et al., 2021).

Os pré-requisitos abordam as características/atributos dos enfermeiros, como sejam competências, habilidades, comprometimento, tomada de decisão ética, relações interpessoais e o conhecimento de si próprios.

O ambiente de cuidados é o contexto onde se presta o cuidado, associa os sistemas de informação, relações na equipa, a qualidade da liderança, a inovação e a prática baseada na evidência.

Processos centrados nas pessoas, o *empowerment*, compreensão empática, decisão partilhada com o envolvimento e participação de todos os atores.

Os resultados esperados desta forma incluem a satisfação com os cuidados que são prestados, criação de um ambiente terapêutico para clientes e equipa, criando desta forma valor em saúde.

A estrutura de avaliação dos CCI desenvolve-se em quatro domínios de acordo com o modelo conceptual de Tello et al. (2019) que sustentará a análise do APE-CCI: necessidades sociais e de saúde, desempenho, prestação de serviços e facilitadores do sistema.

3.1. Atributos APE

O conceito de hospital *Magnet* emergiu nos anos 80, altura em que se viveu um tempo idêntico ao atual, a população a aumentar com uma linha de envelhecimento crescente condicionando um aumento na procura de cuidados de saúde e simultaneamente escassez de enfermeiros. Face a este contexto, a associação americana de enfermeiros, desenvolveu à época um estudo com múltiplos hospitais e identificaram características que permitiam atrair e reter enfermeiros, daqui a designação *Magnet* (ANCC, 2023; Nishio et al., 2021; Parisi, 2015; Sul, 2018).

Esses atributos foram denominados como forças de magnetismo, que alicerçaram o desenvolvimento dos diferentes instrumentos de avaliação do APE (Lake, 2002).

Existem diferentes ferramentas para avaliar o APE, tais como a WES, NWI, PES-NWI, NWI-R, Healthy Work Environment, Healthy Practice/Work Environment Measurement, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Working Environment Measuring Tool. Sendo as ferramentas mais utilizadas a WES, NWI e PES-NWI (Kim et al., 2015).

O NWI-R é uma versão revista do NWI publicada por Aiken e Patrician (2000), que reflete as características organizacionais dos serviços de enfermagem, que afetam os resultados dos clientes. Considera a relação entre enfermeiros e médicos, a gestão de enfermagem ao nível da enfermaria, a gestão hospitalar e o apoio organizacional. Devido à desvantagem de ser muito extenso, Lake (2002) selecionou 31 perguntas comuns do NWI e do NWI-R e criou o PES-NWI. O PES-NWI é composto por cinco subescalas: (i) participação do enfermeiro nos assuntos hospitalares; (ii) fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; (iii) capacidade do gestor, liderança e apoio dos

enfermeiros; (iv) adequação de pessoal e recursos; e (v) relações colegiais entre enfermeiro e médico (Cho, Choi, Kim, Yoo, & Lee, 2011).

No que concerne aos instrumentos validados para a população portuguesa em APE, são exemplo: PES-NWI validada para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Lake, 2012 (Amaral et al., 2012), versão validada para o contexto cultural português em 2023 por Lucas, Jesus, Almeida e Araújo (P. Lucas et al., 2023); a NWI -R validada em 2022 por Anunciada, Benedito, Gaspar e Lucas (Anunciada et al., 2022); e em 2022 o *Indicators of Quality Nursing Work Environments* por Sousa, Lin, Gaspar e Lucas (Sousa et al., 2022).

Embora o PES-NWI tenha sido recentemente traduzido e validado para o contexto cultural português, assim como NWI-R, estes instrumentos, funcionam como uma métrica principalmente para o ambiente sociopsicológico, e não tanto para o ambiente físico, económico/político e organizacional (Kim et al., 2015), pelo que é fundamental explorar estes diferentes domínios para refletir o APE nos CCI.

3.2. Mapeamento das características do APE-CCI

A revisão *scoping* realizada (Apêndice I), permitiu sintetizar a evidência, mapear e identificar de forma sistemática a informação disponível sobre os atributos do APE nos CCI.

Neste mapeamento percebemos que os instrumentos que foram utilizados não exploraram alguns dos componentes que estiveram na origem do seu desenvolvimento, como sistematiza a quadro 1.

Quadro 1: Identificação de atributos não explorados (assinalados a cinza) nos instrumentos de avaliação de APE utilizados na caracterização do APE-CCI

Escala validada para o contexto cultural Português			Componentes Modelo Magnet (ANCC, 2023)	Forças do Magnetismo (ANCC, 2023)	Escala que foram utilizadas na revisão scoping para mapear os atributos do APE-CCI			
<i>Indicators of Quality Nursing Work Environments</i> (Sousa et al., 2022)	NWI -R (Anunciada et al., 2022)	PES-NWI (P. Lucas et al., 2023)			PES-NWI (S. R. Jung & Min, 2022)	Condition of Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ) (Wynendaale et al., 2021)	Nursing Work Environment Scale of Clinical Nurses (NWES-CN) (Ha & Ko, 2020)	Work Engagement Scale (WES-9) (Midje et al., 2022)

			Liderança Transformacional	Liderança de enfermagem de qualidade					
				Estilo de gestão					
			Estrutura Empoderamento	Estrutura organizacional					
				Programas e políticas personalizadas					
				Organização de saúde e a comunidade					
				Imagem da enfermagem					
				Desenvolvimento profissional					
			Prática Profissional Exemplar	Modelo de cuidado					
				Recursos e consultoria					
				Autonomia					
				Enfermeiros como professores					
				Relação interdisciplinar					
				Cuidado de qualidade: ética, segurança do paciente, infraestrutura de qualidade					
				Melhoria de qualidade					
			Conhecimento, Inovação, Melhoria	Cuidado de qualidade: pesquisa e prática baseada em evidência					
			Resultados Empíricos	Melhoria da qualidade					
				Qualidade do cuidado					

Documenta-se assim a escassez de investigação e desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a monitorização do APE-CCI, de forma sistemática, e que permita *benchmarking* e desenvolvimento destas políticas a nível mundial.

Realça-se que os CCI são cada vez mais complexos o que pode “atrair”, mas também atuar como barreira no acesso profissional. As decisões políticas são fundamentais para melhorar os ambientes da prática e remuneração, que possibilite um incentivo ao recrutamento de profissionais qualificados, requalificação ou desenvolvimento de competências, especialmente no que diz respeito à saúde e segurança no trabalho, assim como às competências digitais (Bienassis et al., 2020; European Commission. Directorate-General for Employment, 2021; OECD, 2021).

Nos inquéritos aplicados pelo Eurofound (2020), 71% dos profissionais de CCI têm a sensação de grande utilidade da sua função, mas apenas 22% afirmaram estar satisfeitos com as suas condições de trabalho.

Destacam, a intensidade, o desgaste físico (associado a cuidados como levantar, transferir, capacitar e incentivar a mobilidade nos clientes, que 40% dos profissionais de cuidados continuados integrados realizam/praticam em cerca de três quartos do seu tempo de atividade (Eurofound, 2020), e, que corrobora o principal motivo de referência para a rede geral em 2021, dependência nas AVD (ACSS – DRS, 2022)), a remuneração e todo o ambiente da prática, como desafiantes em comparação com outros setores da saúde.

Esta informação foi corroborada no mapeamento realizado com menção a fatores importantes que condicionam negativamente o ambiente da prática nos CCI, como a intenção de saída / rotação, em diferentes estudos (Ha & Ko, 2020; Joo & Jun, 2018; Kim & Han, 2018; Min et al., 2022; Tummers et al., 2013) assim como a remuneração (Hodgin et al., 2010; Jung & Jung, 2015; Min et al., 2022) .

Em todos os Estados-Membros da União Europeia, os rendimentos médios nos cuidados continuados integrados são inferiores aos de outros setores sendo que em Portugal os trabalhadores dos cuidados continuados integrados estão entre os mais mal pagos, auferindo cerca de um terço a menos do que outros com qualificações semelhantes, noutros setores da saúde (OCDE, 2020). Igualmente, políticas e desafios colocados na atualidade aos sistemas de saúde, são uma realidade a ser analisada e desenvolvida pois está subfinanciada e, em muitos casos, os clientes que necessitam de cuidados prolongados acabam por ocupar diárias de internamento em hospitais, o que aumenta significativamente os custos de saúde (Rosenberg et al., 2022; Rudnicka et al., 2020; Thinley, 2021), dado corroborado pela 7ª edição do Barómetro de Internamentos Sociais (dados 20/03/2023) e que afirmam que a falta de resposta da RNCCI foi responsável por metade dos internamentos inapropriados, o que já se verificava em anos anteriores (APAH, 2023). Importa elevar que as extrapolações para um ano com a valorização dos internamentos inapropriados, nesta 7ª edição do barómetro de internamentos sociais, representam um valor superior a 226.000.000 euros (aumento de 81% face 16/03/2022). No relatório de monitorização da RNCCI, 1º semestre de 2023 (ACSS, 2023) o valor global de execução do primeiro semestre de 2023 foi de

146.190.120,64 euros. O desperdício anual de 226 milhões de euros suportaria a execução financeira de cerca de $\frac{3}{4}$ do ano na RNCCI. Acresce a ocupação de diárias hospitalares evitáveis, que sobrecarregam e consomem todo o tipo de recursos, com respostas crescentes deficitárias que impactam a sustentabilidade.

Estes dados, sem dúvida, obrigam a uma análise profunda, ética e fundamentada com evidência, para mitigar de forma consistente estes resultados.

Para sistematizar as diferenças no contexto de prática de enfermagem nos CCI e, outros níveis de cuidados apresentamos na figura 1 a sistematização desta problemática:

Figura 1: Diferenças entre o APE-CCI e outros níveis de cuidados

Características do APE	CCI (Portugal)	CH e/ou CSP (média OCDE)
Contratos a tempo parcial (Eurofound, 2020; OE, 2019)	49,4%	26%
Género (ACSS - DRS, 2022; OE, 2019)	74,7% mulheres nos CCI	
Menos de 5 anos de experiência (ACSS - DRS, 2022; De Bienassis et al., 2020; OE, 2019)	49,9% nos CCI	
Prestadores de serviços (OE, 2019)	50% nos CCI	
Taxa de rotatividade (De Bienassis et al., 2020; Schaefer & Moos, 1996; Sjögren et al., 2015, 2017)	25,6%	Entre 8 a 14%
Exposição a comportamentos adversos (Eurofound, 2020; European Commission. Directorate-General for Employment, 2021)	33%	23%
Remuneração (qualificação equivalente) (OCDE, 2020)	Menos 1/3 que nos cuidados hospitalares / cuidados de saúde primários	
Gerido por IPSS (European Commission. Directorate-General for Employment, 2021)	76,2%	0%
Financiamento (ACSS - DRS, 2022; ACSS, 2023; De Bienassis et al., 2020)	Os indivíduos geralmente são responsáveis por parcelas significativas do custo de acordo com os rendimentos, independentemente da complexidade	Público e baseado em diferentes critérios contratualizados e ajustados de acordo com a gravidade e severidade
Contratos (ACSS, 2023; Portaria n.º174 (2014); Decreto-Lei n.º 95 (2019); Lei de Bases Da Saúde (2019); Estatuto Do Serviço Nacional de Saúde (2022)	Regulamentadas e contratualizadas 360h de cuidados de enfermagem semanais (inclui horas de enfermeiro especialista e gestor) para cada 30 clientes	Contratualizadas dotações seguras
Médico (ACSS, 2023; Ministério da Saúde, 2006; Portaria n.º174 (2014)	Sem médico em permanência	Médico 24h/dia
Participação do cliente (ACSS - DRS, 2022; Ministério da Saúde, 2006; Portaria n.º174 (2014)	Intervenção compreensiva; Obrigatória a elaboração de PII multidisciplinares e conferências familiares periódicas	Intervenção focalizada
Tempos de internamento (ACSS, 2023; Decreto-Lei n.º 95/2019 Do Ministério Da Saúde; Lei de Bases Da Saúde, 2022; OCDE, 2021; OMS, 2020; World Health Organization, 2021)	Períodos longos definidos (30 dias a 6 meses)	O mais breve possível (Estatuto SNS; PNSD)
Gestão da doença crónica e custos em saúde (Feng & Glinskaya, 2019; OCDE, 2021; Sagan et al., 2019; World Health Organization, 2021)	Redução de custos face a internamentos hospitalares	
Direção Técnica da equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2006; Portaria n.º174 (2014); Estatuto Do Serviço Nacional de Saúde, 2022)	Assumida maioritariamente por enfermeiro ou TSS (Ministério da Saúde, 2006)	Assumida por médico maioritariamente (Estatuto SNS)

Na perspectiva sociodemográfica, nos CCI o trabalho a tempo parcial e contratos temporários marcam predomínio, cerca de 40%, contrapondo com 26% nos cuidados hospitalares e primários (Eurofound, 2020). Em 2019, as mulheres representavam 88% dos trabalhadores dos cuidados continuados.

Sobressai, a alta rotatividade de profissionais, que interrompe a continuidade dos cuidados e compromete a qualidade dos mesmos, pois os novos funcionários precisam de tempo para apreender as preferências da pessoa e ter uma efetiva integração no contexto, o que resulta no desperdício de recursos, uma vez que gastam tempo em recrutamento, seleção e esforços contínuos de integração (Bienassis et al., 2020; OECD, 2021).

Acrescentamos que, em uma análise realizada pela OE (2019) em Portugal, documenta-se esta realidade europeia em que os enfermeiros nas unidades de CCI analisadas são maioritariamente mulheres (74,7%, contrapondo com os 88% média europeia), 49,4% em regime de prestação de serviços, 49,9% com 1 a 5 anos de experiência profissional, 50% trabalham em part-time (acima da média europeia), com uma taxa de rotatividade de 25,6%. As UCCI analisadas têm carência de cerca de 1072 enfermeiros. Esta análise dá suporte às afirmações mencionadas nos parágrafos anteriores.

Na revisão realizada foram identificadas várias características que se relacionavam com o APE-CCI que reforçam o que vem a ser referido e que sistematizamos no quadro 2.

Quadro 2: Mapeamento de características do APE-CCI

APE-CCI - CARACTERÍSTICAS	Referências
Necessidade de adequação de recursos humanos e materiais	Andela et al., 2021; Cho et al., 2023; Hodgins et al., 2010; Jung & Jung, 2015; Y. Kim & Han, 2018; McGilton et al., 2014; Midje et al., 2022; Min et al., 2022; Schwendimann et al., 2014
Incentivo a participação ativa dos enfermeiros na governação das organizações	Brouwer et al., 2017; Joo & Jun, 2018; Min et al., 2022; Skinner et al., 2021
Ênfase na regulamentação dos ambientes de prática, desenvolvimento profissional e oportunidades de progressão na carreira	Hodgins et al., 2010; McCance et al., 2021; McGilton et al., 2014; Midje et al., 2021; Min et al., 2022; Tummers et al., 2013
Qualidade do atendimento e de prestação de cuidados de enfermagem por adequação entre a carga de trabalho e as competências dos enfermeiros, tempo	Cho et al., 2023; de Brouwer et al., 2017; Hodgins et al., 2010; S. R. Jung & Min, 2022; Y. Kim & Han, 2018; Midje et al., 2022; Schwendimann et al., 2014

para dar resposta às necessidades dos clientes e autonomia profissional	
Cuidados centrados no cliente, e boas relações entre os diferentes grupos profissionais dos serviços de saúde	Andela et al., 2021; Ha & Ko, 2020; Joo & Jun, 2018; McGilton et al., 2014; Skinner et al., 2021
Apoio da gestão aos profissionais e horários de trabalho equilibrados	Andela et al., 2021; de Brouwer et al., 2017; Hodgins et al., 2010; Joo & Jun, 2018; McGilton et al., 2014; Min et al., 2022; Wynendaale et al., 2021
Diminuição da qualidade dos cuidados, eventos adversos nos clientes, aumento dos custos com os cuidados de saúde, conflitos e stress entre os profissionais de saúde; insatisfação profissional e aumento da rotatividade dos enfermeiros	Ha & Ko, 2020; Joo & Jun, 2018; Y. Kim & Han, 2018; Min et al., 2022; Tummers et al., 2013

Face ao exposto, importa referir que, a validade e a sensibilidade das ferramentas de APE-CCI poderiam ser prejudicadas se fossem utilizadas versões traduzidas de ferramentas desenvolvidas e baseadas nas características do ambiente de trabalho de enfermagem hospitalares ou de cuidados de saúde primários (Kim et al., 2015), tendo em conta algumas das diferenças enumeradas na figura 2, pelo que o desenvolvimento deste instrumento é pertinente e claramente justificado.

PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

1. Construção de Instrumentos de Medida na Saúde

Na prática clínica atual, os instrumentos de medida são fundamentais, quer para a avaliação quer para a investigação. No entanto esses instrumentos só serão verdadeiramente úteis e capazes de demonstrar resultados cientificamente robustos, quando são desenhados e desenvolvidos de forma sólida, nomeadamente quando apresentam boas qualidades psicométricas (Monteiro & Hora, 2013; Souza et al., 2017).

Apesar do aumento significativo de escalas de avaliação na prática clínica, a literatura aponta que muitas não têm sido desenvolvidas e validadas de forma adequada (Coluci et al., 2015) pelo que o conhecimento do fenómeno em estudo, as relações entre os construtos e as ferramentas de análise disponíveis são fundamentais para o desenvolvimento de escalas confiáveis, válidas e aplicáveis (Grove et al., 2017; Streiner et al., 2024).

O presente documento trata um estudo metodológico, delineado com base no conteúdo teórico sobre APE-CCI e nas recomendações para criação de instrumentos (Coluci et al., 2015; Grove et al., 2017; Mattos et al., 2021; Streiner et al., 2024). O estudo metodológico é utilizado para desenhar, desenvolver, validar e revalidar instrumentos de medida (Grove et al., 2017; Pasquali, 2017; D. Polit & Beck, 2018), pois o APE-CCI, não é observável de forma direta, sendo necessária a conjugação de um conjunto de itens combinados, numa determinada pontuação, cujo objetivo será monitorizar, concetualizar e estruturar ou reestruturar variáveis teóricas.

O estudo compreendeu a construção do instrumento, conforme descrito na Figura 2, numa primeira etapa, com o estabelecimento da estrutura conceitual (Grove et al., 2017) e definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; na segunda etapa houve lugar à construção dos itens e das escalas de respostas; a terceira etapa correspondeu à eleição e organização dos itens bem como à estruturação do instrumento; na quarta etapa procedeu-se a validação de conteúdo por consenso de especialistas através da técnica de Delphi (Drumm et al., 2022), em que se pretendeu obter as opiniões científicas dos participantes do estudo, enquanto peritos, acerca dos itens constantes no instrumento; e por fim realizou-se um pré-teste a enfermeiros a exercerem a sua atividade profissional em CCI (Coluci et al., 2015; Grove et al., 2017; D. Polit & Beck, 2018).

dos textos, as frases foram organizadas, convergindo para obtenção final dos atributos do ambiente da prática de enfermagem nos CCI, sob forma de expressões simples e objetivas. Por fim, foram listados os atributos e analisados quanto ao fundamento bibliográfico e semântico (Coluci et al., 2015; Souza et al., 2017; Streiner et al., 2024), com a finalidade de torná-los mais fidedignos, obtendo-se, como produto final, o instrumento de avaliação do ambiente da prática de enfermagem nos CCI, a ser aplicado a enfermeiros que exerçam a sua atividade nestes contextos de prática clínica.

As forças de magnetismo (ANCC, 2023; Parisi, 2015; Sul, 2018) serviram de suporte ao reconhecimento e desenvolvimento dos itens a incluir na elaboração deste instrumento de avaliação do APE-CCI, alinhado com o modelo de implementação dos CCI apresentado por Tello et al. (2019), que sistematizamos no quadro 3.

Quadro 3: Atributos identificados do APE-CCI e itens a considerar no instrumento de avaliação do APE-CCI alinhado o modelo Magnet (ANCC, 2023) e de Tello et al., (2019) para o desenvolvimento dos CCI

Forças do Magnetismo	Componentes	Itens a considerar no Instrumento de avaliação do APE-CCI	Atributos APE-CCI	Modelo de Tello (2019)
Liderança de enfermagem	Liderança	O enfermeiro chefe/coordenador conhece os desafios atuais a prática de enfermagem. O enfermeiro chefe/coordenador conduz a equipa para atender as novas exigências. O enfermeiro chefe/coordenador apresenta visão, influência, conhecimento clínico e uma forte experiência profissional O relacionada à prática de enfermagem. O enfermeiro chefe/coordenador reconhece que a transformação pode criar turbulência, assim desenvolve abordagens inovadoras na gestão da mudança. O enfermeiro chefe/coordenador ouve, desafia e influencia a equipa para definir e alcançar o futuro estabelecido pela instituição	Apoio da gestão	FACILITADORES DO SISTEMA - Governança
Estilo de gestão			Participação ativa na regulamentação da prática	
Estrutura organizacional	Estrutura (Governança / Empoderamento)	O enfermeiro chefe/coordenador apresenta uma liderança influente na organização. Tem oportunidade de participar na elaboração do seu horário de trabalho O enfermeiro chefe/coordenador desenvolve esforços para possibilitar a conciliação da vida profissional e familiar enfermeiro chefe/coordenador incentiva a coresponsabilização de cada enfermeiro individualmente A organização fornece um ambiente inovador, onde floresce a experiência profissional; A organização promove a missão, visão e valores para alcançar os resultados definidos para a instituição; A organização promove o fortalecimento da prática pelo desenvolvimento de parcerias entre profissionais e instituições para a melhoria dos resultados para os pacientes e a saúde da comunidade, por exemplo universidades. A organização aplica o plano estratégico A organização reconhece os enfermeiros enquanto profissionais Recebe uma compensação adequada face a sua atividade quando comparada com outros níveis de cuidados A organização tem implementado um plano de progressão de carreira efetivo. As condições de trabalho oferecidas pela organização permitem o recrutamento e retenção dos enfermeiros. Existem implementadas medidas de monitorização de risco de saúde para os profissionais e políticas para as orientar e rever regularmente. Estão disponíveis os EPI necessários para a prática assistencial A organização promove a notificação de incidentes e tem procedimentos específicos para estes A organização possibilita a gestão de horário adaptado face a necessidades pessoais Existem programas de reconhecimento e recompensa para enfermeiros que demonstrem fortes aptidões para com outros enfermeiros ou disciplinas documentados	Participação ativa dos enfermeiros na organização	- Financiamento
Programas e políticas dirigidas			Financiamento	- Competências dos profissionais
Organização da saúde da comunidade			Contratualização	- Dispositivos e Equipamentos médicos
Imagem da enfermagem			Incentivos	- Informação /comunicação / tecnologia
Desenvolvimento profissional			Remuneração em relação a outros contextos de saúde	
			Horários	
			Dotações	
			Retenção	
			Desenvolvimento profissional	
			Progressão na carreira	

Modelo de cuidado	Prática Profissional	A sua atividade é valorizada na sociedade e nos relacionamentos entre paciente, família e comunidade A carga de trabalho permite-lhe dedicar tempo aos seus clientes O enfermeiro é a interface com a equipa interdisciplinar A comunicação entre os enfermeiros e outras áreas da saúde é eficaz Existem recursos físicos e materiais que promovam a prática segura É estimulado a não consumir conhecimento apenas, mas também aplicá-lo e produzi-lo. Programa para integração de enfermeiros recém contratados O método de trabalho promove a continuidade de cuidados Existe uma cultura de segurança, no desenvolvimento da organização dos cuidados de enfermagem, através de protocolos e guias de conduta. Sou estimulado (a) a desenvolver novos métodos para a melhoria contínua e monitorização dos resultados.	Cuidados centrados no cliente Recursos Autonomia Relação de equipa	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS - Gestão e organização dos cuidados - Recursos humanos -
Recursos e consultoria				
Autonomia				
Enfermeiro como professore				
Relação interdisciplinar				
Cuidado de qualidade: ética, segurança do cliente, infraestrutura de qualidade				
Melhoria de qualidade				
Cuidado de qualidade: pesquisa e prática baseada em evidência	Conhecimento, Inovação, Melhoria	Prática exemplar, humanizada e ética, baseada em evidências científicas Assume o compromisso e responsabilidade ética e profissional na geração de novos conhecimentos, inovações e melhorias, como a demonstração visível das contribuições para a ciência da enfermagem. A qualidade dos cuidados prestados é muito boa. A qualidade dos cuidados prestados por si é muito boa. O governo destina financiamento para o desenvolvimento e investigação nesta área de cuidados O governo fornece uma estrutura de regulamentação para estes cuidados que promovam ambientes de prática seguros O governo investe nestes ambientes de prática de enfermagem com financiamento adequado A OE e sindicatos promovem ambientes de trabalho saudáveis nestes contextos Os organismos de regulação da prática de enfermagem analisam regularmente estes contextos de prática Os organismos de regulação da prática de enfermagem notificam empregadores e governo relativamente a questões emergentes associadas a prática de enfermagem nestes contextos, de forma persistente e vigorosa. É estimulado a desenvolver novas evidências por meio de pesquisas científicas, a aplicá-las na prática e a desenvolver inovações e melhorias relacionadas ao cuidado com o cliente.	Qualidade Prática Baseada na evidência	SAÚDE E NECESSIDADES SOCIAIS - Determinantes e fatores de risco - Saúde e bem estar - Socialização / comportamentos - Direitos
Melhoria da qualidade				
Qualidade do cuidado	Resultados	A sua experiência é valorizada. São monitorizados indicadores associados aos eventos adversos São monitorizados indicadores associados a complexidade dos clientes São promovidas as dotações seguras É avaliada a satisfação de enfermagem; É avaliada a satisfação dos clientes em relação ao cuidado de enfermagem. A organização promove a diferenciação dos enfermeiros.	Resultados Satisfação Eventos adversos Custos em saúde	DESEMPENHO - Cobertura - Resultados

		A parceria com a academia no desenvolvimento da prática é relevante. A realização de EC de enfermagem na organização é relevante. Os indicadores de Enfermagem são comparados com resultados nacionais e internacionais (exemplo: a base internacional de dados, <i>National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI)</i>)		
--	--	---	--	--

Considerando o elencado na literatura, e de acordo com o descrito no quadro 3, torna-se importante a validação externa e independente destes achados por peritos, de forma a promover a validação para a realidade portuguesa, no que respeita às especificidades dos ambientes de prática de enfermagem em CCI.

Na organização do questionário a submeter à apreciação dos peritos, os itens foram estruturados de acordo com o recomendado por DeVellis & Thorpe (2021) , nomeadamente iniciando com itens referentes à dimensão do profissional, do serviço, da organização e finalizando com a dimensão normativa, alinhando com as dimensões da gestão operacional, tática, estratégica e normativa (Regulamento n.º 76/2018, 2018) .

Cada item pontou numa escala tipo likert de 1 a 5, cuja correspondência foi: 1 – discordo plenamente, 2 – discordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – concordo e 5 – concordo plenamente (Drumm et al., 2022; McMillan et al., 2016).

Após construído o instrumento de avaliação, este foi enviado a um grupo de especialistas/*experts*, entendidos como participantes peritos na área da saúde, para verificar cientificamente a validade do seu conteúdo (Borges et al., 2016; Drumm et al., 2022; Grove et al., 2017; Marcon et al., 2023; McMillan et al., 2016).

Utilizou-se como critério de escolha dos especialistas, a classificação do sistema de *expertsM* proposto por Jasper, (1994), no qual os especialistas devem possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado; possuir habilidade demonstrada em determinado tipo de estudo; possuir competências atribuídas por uma autoridade. Como tal, foram selecionados os especialistas que atenderam a, pelo menos, um dos critérios descritos:

- Serem Enfermeiros com, pelo menos, 6 anos de trabalho a tempo integral em cuidados continuados integrados;
- Serem Doutores em Enfermagem com contributos relevantes/investigação na temática do ambiente de prática de enfermagem;
- Serem Enfermeiros envolvidos nas políticas de saúde, que estejam familiarizados com a temática e que estejam integrados em equipas de coordenação nacional, regional, local ou responsáveis de unidades de cuidados integrados.

O consenso de especialista obteve-se com a aplicação da técnica de eDelphi, pois este tipo de técnica é valiosa para a obtenção de consenso sobre um determinado construto quando as evidências nesta área específica, são escassas (Boulkedid et al., 2011; Drumm et al., 2022; Fletcher & Marchildon, 2014; Makhmutov, 2021; McPherson et al., 2018; O'Mahony et al., 2014).

A técnica de Delphi é um processo iterativo entre os especialistas, doravante designados participantes peritos. Pressupõe completarem questionários ao longo de rondas para avaliação do seu acordo/discordância em relação às afirmações apresentadas, com recurso a uma escala de Likert (Douven, 2018), com introdução de alterações entre rondas com base no feedback recebido (Drumm et al., 2022; McMillan et al., 2016).

Os participantes peritos não se conheciam entre si, o que garantiu um duplo anonimato e dupla concordância pois, num primeiro momento, avaliaram a concordância em relação à afirmação e, que num segundo momento, correspondeu à concordância entre si. O anonimato garantiu que a resposta individual de cada participante perito não influenciaria o julgamento do grupo (Drumm et al., 2022; Jones & Hunter, 1995; McMillan et al., 2016) Para a anonimização perante o investigador, foi realizada a codificação dos respetivos participantes.

Numa revisão sistemática (Diamond et al., 2014), identificou-se que a maioria dos grupos Delphi incluíam 25 participantes, enquanto Dalkey & Helmer (1963) iniciaram esta técnica com sete participantes. A seleção cuidadosa de um painel relativamente pequeno, de acordo com critérios relevantes para o estudo específico (seleção intencional dos participantes) pode produzir informação valiosa, quer para a gestão, quer para a tomada de decisão (Drumm et al., 2022; Loo, 2002; Makhmutov, 2021; Marcon et al., 2023), que enquadra este estudo. Contámos ter respostas de, no mínimo, 10 participantes peritos (Fletcher & Marchildon, 2014; Marcon et al., 2023; McPherson et al., 2018; Pasquali, 2017).

Não existe um número definido de rondas, sendo que uma a três rondas provaram ser suficientes para a estabilidade nas respostas (Boulkedid et al., 2011; Drumm et al., 2022; McMillan et al., 2016; Trevelyan & Robinson, 2015).

Na primeira ronda, remetemos dois instrumentos: o questionário de caracterização sociodemográfica e académica, e, a primeira versão do instrumento de avaliação do APE-CCI para validação do conteúdo, ou seja, até que ponto o conjunto de itens refletia um domínio do conteúdo (DeVellis & Thorpe, 2021) .

Foi solicitada a participação dos especialistas identificados através do contato pessoal, via *e-mail*, sendo anexada a carta convite (Apêndice II) com as respetivas informações do estudo e o termo de consentimento livre e esclarecido, para devolução assinado, considerando garantir, face ao exposto, os princípios éticos de direito à autodeterminação, do direito à privacidade, do direito ao anonimato e confidencialidade (mesmo o investigador, não pode vincular a identidade às respostas individuais desses participantes), o direito à justiça, o direito a proteção contra desconforto e dano, tendo a possibilidade, de em qualquer momento desistir do estudo, sem qualquer resultado negativo para si.

As vantagens, portanto, na utilização desta técnica, são claras, nomeadamente a possibilidade de os questionários serem preenchidos por peritos com diferentes localizações geográficas, gerindo o seu tempo, o que permitiu a reflexão e torna-se económico (Drumm et al., 2022). Incentiva a participação de todos, evitando a heterogeneidade, o membro dominante ou a manipulação (McMillan et al., 2016; Gracht, 2012). Para os participantes torna-se uma técnica inclusiva, abrangente, sistemática, rigorosa, que possibilita a participação pessoal num projeto e faz com que se sintam

envolvidos no desenvolvimento do mesmo (Drumm et al., 2022; Fletcher & Marchildon, 2014).

Terminamos com a aplicação do pré-teste a 39 enfermeiros que desenvolviam a sua atividade em CCI. Na aplicação do mesmo, foi solicitado aos participantes que, enquanto preenchessem a escala, verbalizassem um conjunto de informações relativas às suas impressões em relação a cada item, que permitisse analisar a forma como cada questão foi abordada, os processos utilizados, as dificuldades encontradas e as propostas de melhoria.

Procurou-se apreciar o conhecimento dos participantes diante dos itens considerados no questionário, a eficácia e qualidade das alternativas de resposta, as ambiguidades associadas ao formato/conteúdo, e estratégias utilizadas nas suas respostas, itens insuficientemente construídos, dificuldades sentidas na escala, (in)suficiência das instruções e estimativa do tempo requerido para a realização do instrumento (Almeida, 2017; Coluci et al., 2015; Marôco, 2021; Pasquali, 2020; D. Polit & Beck, 2018).

Consideramos mitigar limitações associadas a esta técnica como a da amostragem, definição de perito, opinião do grupo versus opinião individual, a obtenção de consenso, a apresentação dos resultados, a confiabilidade e validade, o abandono, o uso de tendência central e a análise e interpretação dos resultados (Drumm et al., 2022; Fletcher & Marchildon, 2014; McMillan et al., 2016) com a metodologia apresentada.

Os dados foram processados no International Business Machines Statistics Package Social Science versão 29.0 (IBM SPSS 29.0), no qual foram obtidos todos os índices de todas as variáveis (Almeida, 2017; Marôco, 2021).

2. Ética na Investigação Aplicada à Gestão

A enfermagem como profissão está alicerçada em princípios éticos de respeito às pessoas, beneficência e justiça. Estes princípios éticos que orientam a prática clínica devem também nortear os padrões de conduta para a realização de pesquisas.

A ética aplicada à gestão em saúde aborda questões morais específicas que surgem no contexto da administração dos serviços de saúde, incluindo hospitais, clínicas e outras instituições que prestam cuidados de saúde. Esta área procura integrar princípios éticos nas práticas de gestão e decisões políticas para promover um atendimento ao cliente que seja não apenas eficiente, mas também justo e compassivo.

Enfermeiros gestores enfrentam frequentemente decisões complexas que envolvem conflitos de valores, como a alocação justa de recursos escassos, e a priorização de tratamentos. A ética ajuda a orientar essas decisões de maneira que respeitem a dignidade e os direitos dos clientes, além de considerar o bem-estar da comunidade e a justiça distributiva (Morrison & Furlong, 2018).

Líderes na área da saúde têm o papel de modelar comportamentos éticos e criar uma cultura organizacional que promova a integridade, a transparência e a responsabilidade. Isso inclui estabelecer padrões éticos claros, promover a formação contínua em ética para os profissionais de saúde e garantir mecanismos para reportar e tratar condutas antiéticas (Edge & Groves, 2017; Hofmann & Nelson, 2009).

Na gestão em saúde, os conflitos de interesse podem surgir de várias formas. A ética aplicada ajuda a identificar, divulgar e gerir esses conflitos de forma a preservar a integridade das decisões e a confiança de todos.

As decisões de políticas de saúde pública muitas vezes envolvem considerações éticas, como a equidade no acesso aos cuidados de saúde, a obrigação de proteger a saúde pública versus os direitos individuais e a distribuição equitativa dos recursos de saúde. A ética aplicada orienta o desenvolvimento de políticas que buscam equilibrar esses e outros valores, como é o APE-CCI.

A gestão de informações de saúde dos clientes e profissionais requer uma atenção rigorosa à confidencialidade e privacidade, aspetos fundamentais para a confiança na relação cliente-profissional de saúde. A ética na gestão em saúde estabelece diretrizes para a proteção dessas informações, bem como para o uso apropriado na pesquisa, na

educação e na melhoria da qualidade dos cuidados, que esteve na base do desenvolvimento desta dissertação.

A ética aplicada à gestão em saúde é essencial para enfrentar os desafios morais inerentes à prestação de cuidados de saúde de maneira responsável e justa. Ela fornece um quadro para abordar dilemas éticos complexos e para promover uma cultura de integridade e respeito mútuo entre todos os envolvidos no sistema de saúde (Lachman, 2009).

A ética aplicada à gestão quando associada a investigação em saúde é um campo crítico que aborda questões morais relacionadas com a condução de pesquisas que envolvam seres humanos, e dados relacionados à saúde (Beauchamp & Childress, 2019). Procura assim, garantir que a pesquisa em saúde seja realizada de maneira responsável, respeitando os direitos e o bem-estar dos participantes, e contribuindo significativamente para o conhecimento científico e a melhoria da saúde pública (CIOMS, 2016).

Segundo (Grove et al., 2017) os princípios éticos que consideramos foram:

- **O direito à autodeterminação:** é baseado no princípio ético do respeito pelas pessoas que defende que as pessoas são capazes de tomar suas próprias decisões.
- **O direito à privacidade:** o direito de um indivíduo determinar o tempo, e circunstâncias em que as informações pessoais são partilhadas ou retidas. Esta informação engloba atitudes, opiniões, comportamentos, crenças e registos.
- **O direito ao anonimato e confidencialidade:** com base no direito à privacidade, os participantes têm o direito de anonimato e o direito de assumir que todos os dados recolhidos serão mantidos confidenciais. Mesmo o pesquisador, não pode vincular a identidade às respostas individuais desses participantes.
- **O direito à justiça:** onde se garante uma abordagem equitativa e justa aos participantes, sendo que todos terão a mesma informação e atuação.
- **O direito à proteção contra desconforto e dano:** a pessoa é preservada de qualquer risco, dano ou desconforto.

A pesquisa deve ser conduzida com a mais alta integridade científica, o que inclui honestidade na recolha, análise e relato de dados, bem como a transparência no financiamento da pesquisa e possíveis conflitos de interesse.

A obtenção do consentimento livre, esclarecido e informado inclui dois elementos fundamentais para a aquisição do mesmo: o interveniente tem de ter a capacidade para

perceber e ter a competência cognitiva para consentir a sua participação; o participante tem de estar livre de coação (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2019). Neste sentido o consentimento deve conter informação específica, compreensível e suficiente para possibilitar uma decisão ponderada e esclarecida, tendo a possibilidade, de em qualquer momento desistir do estudo, sem qualquer resultado negativo para si (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2016), que poderá ser consultado no apêndice II.

O projeto de investigação, segundo a Declaração de Helsínquia, deve ser submetido a uma comissão de ética para a aprovação (World Medical Association, 2013), sendo este estudo aprovado com parecer positivo conforme processo N.º. 4147/2023 pelo conselho de ética da ESEL.

As bases de dados serão guardadas durante o estudo em suporte informático com acesso restrito, sendo que no final do período de 5 anos serão destruídas.

3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

3.1. Caracterização dos peritos

Os treze (13) peritos que colaboraram no estudo eram maioritariamente do género feminino (92,3%) e tinham idades entre os 35 e 66 anos, sendo a idade média $54,2 \pm 11,2$ anos.

O tempo de experiência profissional situou-se entre 12 e 46 anos, sendo o valor médio $32,0 \pm 11,5$ anos. Quanto ao tempo de experiência profissional em cuidados continuados integrados, verificamos valores entre 2 e 20 anos, tendo como valor médio $10,9 \pm 6,0$ anos.

As categorias profissionais mais frequentes foram Enfermeiro(a) Especialista e Enfermeiro(a) Gestor(a), ambas com 30,8% dos casos. Na formação académica predominaram a Licenciatura (46,2%) e a Pós-graduação (30,8%). Verificamos, ainda, que a maioria dos peritos estava na situação de contrato de trabalho em funções públicas (53,8%) e que os restantes 46,2% tinham contrato individual de trabalho.

Quadro 4: Características socioprofissionais dos participantes peritos

Variável	n	%	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Idade	---	---	54,2	11,2	35	66
Género						
Feminino	12	92,3	---	---	---	---
Masculino	1	7,7				
Tempo de experiência profissional (anos)	---	---	32,0	11,5	12	46
Tempo de experiência profissional em cuidados continuados integrados (anos)	---	---	10,9	6,0	2	20
Categoria profissional atual						
Enfermeiro(a)	1	7,7				
Enfermeiro(a) Especialista	4	30,8				
Enfermeiro(a) Chefe	1	7,7	---	---	---	---
Enfermeiro(a) Coordenador(a)	2	15,4				
Enfermeiro(a) Gestor(a)	4	30,8				
Enfermeiro(a) Professor(a)	1	7,7				
Formação académica						
Licenciatura	6	46,2				
Pós-graduação	4	30,8	---	---	---	---
Mestrado	2	15,4				
Doutoramento	1	7,7				
Regime contratual						
Contrato individual de trabalho	6	46,2	---	---	---	---
Contrato de trabalho em funções públicas	7	53,8				

3.2. Apresentação dos resultados IVC, Alpha de Krippendorff e Kappa de Fleiss

A apreciação da validade de conteúdo do instrumento construído, realizada pelos participantes, teve em conta os aspetos de aparência, clareza e conteúdo (Almeida, 2017; Borges et al., 2016; Mattos et al., 2021; Pasquali, 2017; D. Polit & Beck, 2018; D. F. Polit et al., 2007; Souza et al., 2017; Streiner et al., 2024).

A relevância de cada um dos itens (Almeida, 2017; Borges et al., 2013, 2016; Jasper, 1994; Marôco, 2021; Pasquali, 2020; Souza et al., 2017) para a validação do construto em causa, foi avaliada a partir de uma escala tipo Likert, pois é amplamente utilizada em instrumentos de avaliação de opiniões, atitudes e/ou crenças (Coluci et al., 2015; Marôco, 2021; D. Polit & Beck, 2018; Souza et al., 2017), de 4 pontos (1 = não relevante; 2 = necessita de grande revisão para ser relevante; 3 = necessita de pequena revisão para ser relevante; 4 = relevante); e a avaliação da clareza de cada um dos itens para a avaliação do construto em causa, a partir de uma escala tipo Likert de 4 pontos (1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro) (Coluci et al., 2015), reduzindo desta forma o viés de tendência central (Douven, 2018; Drumm et al., 2022)

Após a avaliação dos peritos, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens, com o objetivo de determinar o nível de concordância entre os especialistas. Cada definição foi analisada individualmente e depois em conjunto (Marôco, 2021; Pasquali, 2017; Souza et al., 2017) e dado feedback controlado (Drumm et al., 2022).

Considerou-se igualmente que o IVC – ou seja, a proporção de itens que recebe pontuação de 3 ou 4 pelos participantes no que concerne à relevância e clareza para avaliação do construto – deveria alcançar um valor de concordância mínima de 0,80 para cada item, de acordo com o seguinte: $IVC = \text{número de respostas "3" ou "4"} / \text{número total de respostas}$ (Coluci et al., 2015). Foi calculado o IVC da relevância e da clareza para o instrumento como um todo a partir da média dos valores dos itens calculados separadamente, ou seja, o $\sum IVC$ de cada item/número de itens da escala (Almeida, 2017; Marôco, 2021; D. Polit & Beck, 2018).

Para que o IVC das definições constitutivas e operacionais, dos itens e do instrumento, fosse considerado excelente, estes deveriam atingir $IVC \geq 0,75$

individualmente. Quando analisado de forma conjunta, a média de IVC deveria ser $\geq 0,90$ (Mattos et al., 2021; Pereira et al., 2017; Pinto, 2021).

Ponderou-se então que a percentagem de concordância entre os especialistas deveria ser igual ou superior a 80% (Almeida, 2017; Mattos et al., 2021; Pereira et al., 2017; Pinto, 2021) para a manutenção do item na escala.

Para a avaliação da validade da escala procedemos ao cálculo dos valores do IVC e dos coeficientes Alpha de Krippendorff e Kappa de Fleiss.

Tendo por base os resultados do IVC apresentados no quadro seguinte, foram retirados, aos 56 itens iniciais, 13 itens por apresentarem, na relevância e/ou na clareza, valores inferiores a 0,80.

Concretamente, foram retirados os seguintes itens: «O enfermeiro é a interface com a equipe interdisciplina.», «No meu serviço são monitorizados indicadores associados a complexidade dos clientes.», «No meu serviço são promovidas as dotações seguras.», «O enfermeiro chefe/coordenador reconhece que a transformação pode criar turbulência, desenvolvendo assim abordagens inovadoras na gestão da mudança.», ««A organização fornece um ambiente inovador, onde floresce a experiência profissional.», «A organização promove o fortalecimento da prática de enfermagem, através do desenvolvimento de parcerias entre profissionais e instituições.», «A organização aplica o plano estratégico, com a definição das estruturas, sistemas, políticas e programas necessários ao desenvolvimento dos profissionais.», «A organização reconhece os enfermeiros enquanto profissionais.», «Na organização, os programas existentes permitem o reconhecimento e recompensa de enfermeiros que demonstrem fortes aptidões para com outros enfermeiros ou grupos profissionais clientes.», «A organização promove a diferenciação dos enfermeiros.», «As políticas públicas destinam financiamento para o desenvolvimento e investigação nesta área de cuidados.», «As políticas públicas investem nestes ambientes de prática de enfermagem com financiamento adequado.» e «A OE e sindicatos promovem ambientes de trabalho saudáveis nestes contextos.»

Com base nos resultados obtidos podemos afirmar que a maioria dos itens evidenciou boa validade de conteúdo ($IVC \geq 0,80$), em termos de relevância e de clareza.

Quadro 5: Resultados do IVC (relevância e clareza)

Item	IVC (Relevância)	IVC (Clareza)
1. Tem oportunidade de participar na elaboração do seu horário de trabalho.	92,3	84,6
2. Recebe uma compensação adequada face a sua atividade, quando comparada com outros níveis de cuidados (ex. cuidados hospitalares).	92,3	92,3
3. A minha atividade é valorizada na sociedade e nos relacionamentos entre cliente, família e comunidade.	100,0	100,0
4. A minha carga de trabalho permite um cuidado centrado no cliente.	92,3	84,6
5. O enfermeiro é a interface com a equipe interdisciplinar.	100,0	76,9
6. Existe uma comunicação eficaz entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde.	100,0	100,0
7. Existem recursos físicos e materiais adequados para uma prática segura.	100,0	92,3
8. Sou estimulado(a) a desenvolver uma prática baseada na evidência.	92,3	92,3
9. Existem elementos na equipa de enfermagem diferenciados e experientes.	92,3	92,3
10. Os elementos na equipa de enfermagem diferenciados e experientes dão suporte a restante equipa.	100,0	100,0
11. A relação entre a equipa multidisciplinar é respeitosa.	100,0	100,0
12. Os cuidados multidisciplinares são integrados no plano individual definido com o cliente.	100,0	100,0
13. O ambiente de trabalho é agradável, calmo e cooperativo.	100,0	100,0
14. O método de trabalho implementado promove a continuidade de cuidados.	100,0	100,0
15. Sou estimulado (a) a desenvolver novos métodos para a melhoria contínua e monitorização dos resultados.	92,3	92,3
16. Tenho uma prática exemplar, humana e ética, baseada em evidência científica.	92,3	84,6
17. Assumo o compromisso e responsabilidade ética e profissional na geração de novos conhecimentos, inovação e melhoria, como a demonstração visível das contribuições para a ciência da enfermagem.	92,3	84,6
18. Presto cuidados de qualidade.	100,0	100,0
19. Sou estimulado a desenvolver novas evidências com recurso a pesquisas científicas, a aplicá-las na prática profissional.	100,0	100,0
20. A minha experiência é valorizada na equipa.	100,0	100,0
21. No meu serviço são monitorizados indicadores de qualidade e segurança.	100,0	100,0
22. No meu serviço são monitorizados indicadores associados a complexidade dos clientes.	100,0	76,9
23. No meu serviço são promovidas as dotações seguras.	76,9	69,2
24. No meu serviço valorizamos a parceria com a academia.	84,6	84,6
25. No meu serviço promovemos a realização de ensinamentos clínicos de enfermagem.	100,0	100,0
26. No meu serviço os indicadores de Enfermagem são comparados com resultados nacionais (ACSS) e/ou internacionais (exemplo: a base internacional de dados, National Database Nursing Quality Indicator...)	100,0	92,3
27. Existe um programa para integração de enfermeiros recém contratados.	100,0	100,0
28. O enfermeiro chefe/coordenador conhece os desafios atuais da prática de enfermagem.	92,3	92,3
29. O enfermeiro chefe/coordenador conduz a equipe de forma a dar resposta as novas exigências.	100,0	92,3
30. O enfermeiro chefe/coordenador tem visão, influência, conhecimento clínico e uma forte experiência profissional relacionada com a prática de enfermagem.	100,0	92,3
31. O enfermeiro chefe/coordenador reconhece que a transformação pode criar turbulência, desenvolvendo assim abordagens inovadoras na gestão da mudança.	76,9	76,9
32. O enfermeiro chefe/coordenador ouve, desafia e influencia a equipa para definir e alcançar os objetivos do serviço/organização.	92,3	100,0
33. O enfermeiro chefe/coordenador apresenta uma liderança influente nas políticas de gestão da organização.	100,0	92,3
34. A organização fornece um ambiente inovador, onde floresce a experiência profissional.	92,3	69,2
35. A organização promove a missão, visão e valores para alcançar os resultados definidos.	92,3	84,6
36. A organização promove o fortalecimento da prática de enfermagem, através do desenvolvimento de parcerias entre profissionais e instituições.	76,9	84,6
37. A organização aplica o plano estratégico, com a definição das estruturas, sistemas, políticas e programas necessários ao desenvolvimento dos profissionais.	84,6	76,9
38. A organização reconhece os enfermeiros enquanto profissionais.	76,9	69,2
39. A organização tem implementado um plano de progressão de carreira efetivo.	92,3	84,6
40. A organização oferece condições de trabalho que potenciam o recrutamento e retenção dos enfermeiros.	92,3	84,6

41. Na organização, o regime contratual (part-time vs tempo integral) aplicado aos enfermeiros condiciona a qualidade dos cuidados.	100,0	92,3
42. A organização implementa medidas de monitorização de risco de saúde para os profissionais e políticas para as orientar e rever regularmente.	92,3	92,3
43. A organização promove a notificação de incidentes e tem procedimentos específicos para os mesmos.	84,6	84,6
44. A organização possibilita a gestão de horário adaptado face a necessidades pessoais.	100,0	92,3
45. Na organização, os programas existentes permitem o reconhecimento e recompensa de enfermeiros que demonstrem fortes aptidões para com outros enfermeiros ou grupos profissionais clientes.	76,9	61,5
46. A organização presta cuidados de qualidade.	92,3	92,3
47. A organização avalia a satisfação dos enfermeiros.	92,3	92,3
48. A organização avalia a satisfação dos clientes em relação ao cuidado de enfermagem.	100,0	100,0
49. A organização promove a diferenciação dos enfermeiros.	84,6	76,9
50. Existe uma cultura de segurança, no desenvolvimento da organização e dos cuidados de enfermagem, através de protocolos e códigos de conduta.	100,0	100,0
51. As políticas públicas destinam financiamento para o desenvolvimento e investigação nesta área de cuidados.	76,9	69,2
52. As políticas públicas oferecem uma estrutura de regulamentação para estes cuidados que promove ambientes de prática seguros.	84,6	84,6
53. As políticas públicas investem nestes ambientes de prática de enfermagem com financiamento adequado.	84,6	69,2
54. A OE e sindicatos promovem ambientes de trabalho saudáveis nestes contextos.	84,6	69,2
55. A OE analisa regularmente estes contextos de prática clínica.	92,3	84,6
56. A OE notifica empregadores e poder normativo relativamente a questões emergentes associadas à qualidade da prática de enfermagem nestes contextos, de forma persistente.	92,3	84,6

Considerando os 43 itens restantes obtiveram-se valores de concordância médios para a relevância de 0,96 e para a clareza de 0,93, pelo que excluimos a necessidade de realizar uma segunda ronda.

A premissa básica da realização da Análise de Acordo de Atributos (Vanacore & Pellegrino, 2022; Zapf et al., 2016) é avaliar se existe consistência entre os avaliadores em termos de avaliação de um atributo que não é mensurável por natureza (ou seja, nominal, ordinal, binário etc.) em termos de três aspetos:

- Acordo de avaliadores dentro de si mesmos, ou seja, **Repetibilidade**
- Acordo de avaliadores entre si, ou seja, **Reprodutibilidade**
- Acordo dos avaliadores com o padrão, ou seja, **Precisão**

Analizou-se a homogeneidade da concordância da avaliação dos itens na avaliação dos peritos, utilizando o Alpha de Krippendorff e do Kappa de Fleiss (Chow et al., 2020; Gwet, 2021; Sampaio & Lycarião, 2021; Vanacore & Pellegrino, 2022), após dicotomização das respostas. Estas duas medidas de consistência/confiabilidade do avaliador, são medidas igualmente consistentes, mas quando se trata de avaliar a confiabilidade do seu sistema de medição, há pequenas diferenças nessas duas medidas.

Fleiss Kappa é baseado no conceito da relação calculada entre a concordância observada (P_o) e a concordância esperada pelo acaso (P_e) (Gwet, 2021; Zapf et al., 2016), enquanto o Alpha de Krippendorff é baseado no conceito de relação calculada entre a discordância observada (P_o) e a concordância esperada pelo acaso (P_e) (Chow et al., 2016; Sampaio & Lycarião, 2021; Zapf et al., 2016).

O Fleiss Kappa é mais adequado no caso de dados nominais, enquanto o Alpha de Krippendorff tem alta flexibilidade, pois pode funcionar com dados nominais, ordinais e métricos, sendo que optaremos por aplicar os dois, pois fortalecem-se mutuamente.

Os intervalos para ambas as medidas são de -1 a 1 com 1 indicando concordância perfeita, 0 indicando sem concordância e -1 denotando concordância inversa. No caso de Fleiss Kappa com um valor limite aceitável de 0,75 semelhante a um acordo significativo. No entanto, no caso do Alpha de Krippendorff, o valor limite aceitável para acordo significativo é de 0,80 (Chow et al., 2020; Gwet, 2021; Sampaio & Lycarião, 2021; Vanacore & Pellegrino, 2022).

Os resultados obtidos para os coeficientes Alpha de Krippendorff e Kappa de Fleiss apresentados no quadro seguinte (coeficientes iguais ou superiores a 0,80), permite-nos afirmar que existe elevada concordância inter-peritos, ou seja, os peritos tenderam a valorar de forma semelhante os 43 itens que foram mantidos após retirar os 13 itens como consequência da análise dos valores do IVC atrás referida.

Com estes resultados avaliamos a equivalência dos itens e podemos concluir que a confiabilidade inter-peritos é elevada, para a relevância e para a clareza.

Quadro 6: Resultados do Alpha de Krippendorff e do Kappa de Fleiss (relevância e clareza)

Coeficiente	Relevância	Clareza
Alpha de Krippendorff	0,83	0,81
Kappa de Fleiss	0,82	0,80

3.3. Caracterização dos respondentes ao pré-teste

Analisando os dados e resultados que constituem o quadro seguinte podemos verificar que os 39 profissionais que colaboraram no pré-teste representavam distritos de norte a sul do país e do litoral ao interior. O distrito com maior representação foi o de Lisboa com 35,9% dos profissionais.

Constata-se que a maioria dos profissionais era do género feminino (76,9%) e as suas idades variavam entre os 22 e os 64 anos, tendo como idade média $37,2 \pm 10,2$ anos. O tempo de experiência profissional situou-se entre 1 e 40 anos, sendo o valor médio $13,8 \pm 10,5$ anos. Relativamente ao tempo de experiência profissional em cuidados continuados integrados, observamos valores entre 0,3 e 18 anos, tendo como valor médio $6,4 \pm 5,0$ anos.

As categorias profissionais mais frequentes foram Enfermeiro(a) e Enfermeiro(a) Especialista, com percentagens de 64,1% e 17,9%, respetivamente.

Em termos de formação académica, a maioria dos elementos possuía apenas a Licenciatura em Enfermagem (76,9%). Verificamos, ainda, que também a maioria dos profissionais tinha contrato individual de trabalho (56,4%), seguindo-se 30,8% que tinham como vínculo contratual o contrato de trabalho em funções públicas.

Quadro 7: Características dos profissionais que colaboram no pré-teste

Variável	n	%	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Distrito de origem						
Viana do Castelo	1	2,6				
Braga	2	5,1				
Viseu	4	10,3				
Coimbra	3	7,7				
Leiria	3	7,7				
Santarém	1	2,6	---	---	---	---
Portalegre	2	5,1				
Lisboa	14	35,9				
Setúbal	3	7,7				
Évora	2	5,1				
Beja	3	7,7				
Faro	1	2,6				
Idade	---	---	37,2	10,2	22	64
Género						
Feminino	30	76,9	---	---	---	---
Masculino	9	23,1				
Tempo de experiência profissional (anos)	---	---	13,8	10,5	1	40
Tempo de experiência profissional em cuidados continuados integrados (anos)	---	---	6,4	5,0	0,3	18
Categoria profissional atual						
Enfermeiro(a)	25	64,1	---	---	---	---

Enfermeiro(a) Principal	1	2,6				
Enfermeiro(a) Especialista	7	17,9				
Enfermeiro(a) Chefe	2	5,1				
Enfermeiro(a) Coordenador(a)	3	7,7				
Enfermeiro(a) Gestor(a)	1	2,6				
Formação académica						
Licenciatura	30	76,9	---	---	---	---
Pós-graduação	5	12,8				
Mestrado	4	10,3				
Regime contratual						
Contrato individual de trabalho	22	56,4				
Contrato de trabalho em funções públicas	12	30,8	---	---	---	---
Exercício Liberal	5	12,8				

3.4. Apresentação dos resultados do pré teste

Com o objetivo de avaliar a consistência interna da escala procedemos, por domínio e no global, e para isso calculámos a correlação item-total corrigida e os coeficientes Alpha de Cronbach e o Ómega de McDonald (DeVellis & Thorpe, 2021; Pestana & Gageiro, 2014; Sampaio & Lycarião, 2021). A avaliação da consistência interna que analisamos aos resultados obtidos do pré-teste foi fundamental para garantir que este é confiável e produza resultados consistentes ao medir um determinado constructo, nomeadamente o APE-CCI .

O coeficiente Ómega de McDonald é uma medida de confiabilidade utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento e foi proposto como uma alternativa ao tradicional Alpha de Cronbach uma vez que aborda algumas das limitações associadas a este coeficiente. O Alpha de Cronbach é influenciado pelo número de itens, portanto à medida que o número de itens aumenta, o Alpha tende a aumentar, mesmo que a correlação entre os itens seja baixa. Por sua vez, o Ómega de McDonald não sofre tanto com essa sensibilidade ao número de itens, logo pode ser uma alternativa mais robusta quando o instrumento possui muitos itens (Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2014).

O Alpha de Cronbach e o Ómega do McDonald avaliam a consistência interna de maneiras diferentes. Enquanto o Alpha de Cronbach assume a igualdade de carga fatorial e apenas um fator geral, o Ómega de McDonald permite uma estrutura fatorial

hierárquica mais flexível considerando vários fatores latentes (Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2014).

Em resumo, associar o Ómega de McDonald e o Alpha de Cronbach pode fornecer uma avaliação mais abrangente da consistência interna de um teste considerando diferentes aspetos de estrutura subjacente e superando algumas limitações do Alpha de Cronbach.

Calculou-se a consistência interna do grupo de respondentes ao pré teste, com valor alvo igual ou superior a 0,70 em ambos os coeficientes, Alpha de Cronbach e Ómega de McDonald (Chow et al., 2016, 2020; Marôco, 2018; Souza et al., 2017. Para proceder à avaliação da consistência interna dos itens dos domínios teóricos subjacentes, os coeficientes foram calculados em cada um dos quatro domínios do modelo de Tello (2019), nomeadamente, facilitadores do sistema, prestação de serviços, desempenho e de saúde e necessidades sociais, em que nos baseámos.

Apuramos também a correlação item-total corrigida pois é uma medida utilizada na psicometria para avaliar a relação entre o item específico e a pontuação total e uma escala composta pelos restantes itens. Portanto a correlação item-total corrigida mede o quanto um item individualmente se relaciona com o total da escala considerando todos os outros itens. Ajuda a avaliar a consistência interna e a identificar itens que podem não estar a contribuir ou a ter uma carga contrária para a medida do construto. Portanto uma correlação item-total corrigida positiva e significativa (valores acima de 0,30) indicam que o item está relacionado ao construto medido pela escala, pelo contrário se a correlação for baixa ou negativa pode ser necessário remover ou reestruturar o item (Mattos et al., 2021; Pereira et al., 2017; Pestana & Gageiro, 2014; Sampaio & Lycarião, 2021).

Em resumo, a correlação item-total corrigida é uma ferramenta importante para avaliar a qualidade do contributo individual dos itens de uma escala e garantir a sua confiabilidade.

Como podemos constatar pelos resultados que apresentamos nos quadros seguintes, na quase totalidade dos itens, as correlações são superiores a 0,30 e os valores

de Alpha e Ómega são superiores a 0,70. Esta situação verifica-se quer no estudo de cada domínio individualmente quer no estudo envolvendo a globalidade dos 43 itens.

É de referir que, em ambos os estudos, os itens 33 e 43, respetivamente, «Na organização, o regime contratual (part-time vs tempo integral) aplicado aos enfermeiros condiciona a qualidade dos cuidados.» e «A OE notifica empregadores e poder normativo relativamente a questões emergentes associadas à qualidade da prática de enfermagem nestes contextos, de forma persistente.» constituem exceções por apresentarem correlação item-total corrigida inferior a muito baixa. Considerando a pertinência e relevância do item 33, «Na organização, o regime contratual (part-time vs tempo integral) aplicado aos enfermeiros condiciona a qualidade dos cuidados.» no APE-CCI, conforme mencionado anteriormente, este será reformulado para «Na organização, o regime contratual (part-time vs tempo integral) aplicado aos enfermeiros não condiciona a qualidade dos cuidados.» e manter-se-á para análise do seu comportamento futuro. Já o item 43, «A OE notifica empregadores e poder normativo relativamente a questões emergentes associadas à qualidade da prática de enfermagem nestes contextos, de forma persistente.», será excluído do instrumento.

Atendendo aos resultados obtidos podemos afirmar que os restantes itens dos diferentes domínios e no global apresentam boa consistência interna.

Quadro 8: Resultados da correlação item-total corrigida, do Alpha de Cronbach e Ómega de McDonald, considerando cada domínio individualmente.

FACILITADORES DO SISTEMA	Correlação item-total corrigida	α se item eliminado	Ω se item eliminado
1. Tenho oportunidade de participar na elaboração do seu horário de trabalho	0,47	0,81	0,93
2. Recebo uma compensação adequada face a sua atividade, quando comparada com outros níveis de cuidados (ex. cuidados hospitalares).	0,33	0,82	0,99
12. O ambiente de trabalho é agradável, calmo e cooperativo.	0,54	0,81	0,94
26. O enfermeiro chefe/coordenador conduz a equipe de forma a dar resposta as novas exigências.	0,77	0,79	0,93
28. O enfermeiro chefe/coordenador ouve, desafia e influencia a equipa para definir e alcançar os objetivos do serviço/organização.	0,69	0,79	0,93
29. O enfermeiro chefe/coordenador apresenta uma liderança influente nas políticas de gestão da organização.	0,76	0,79	0,92
30. A organização promove a missão, visão e valores para alcançar os resultados definidos.	0,67	0,80	0,93
31. A organização tem implementado um plano de progressão de carreira efetivo.	0,49	0,81	0,94
32. A organização oferece condições de trabalho que potenciam o recrutamento e retenção dos enfermeiros.	0,61	0,80	0,94
33. Na organização, o regime contratual (part-time vs tempo integral) aplicado aos enfermeiros condiciona a qualidade dos cuidados.	-0,18	0,87	0,87
41. As políticas públicas oferecem uma estrutura de regulamentação para estes cuidados que promove ambientes de prática seguros.	0,53	0,81	0,96
$\alpha = 0,83 \quad \Omega = 0,95$			

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS			
3. A minha atividade é valorizada na sociedade e nos relacionamentos entre cliente, família e comunidade.	0,41	0,91	0,91
4. A minha carga de trabalho permite um cuidado centrado no cliente.	0,64	0,89	0,89
5. Existe uma comunicação eficaz entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde	0,71	0,89	0,89
6. Existem recursos físicos e materiais adequados para uma prática segura	0,63	0,89	0,89
8. Existem elementos na equipa de enfermagem diferenciados e experientes.	0,72	0,89	0,88
9. Os elementos na equipa de enfermagem, diferenciados e experientes, dão suporte a restante equipa.	0,76	0,88	0,88
10. A relação entre a equipa multidisciplinar é respeitosa.	0,59	0,89	0,89
14. Sou estimulado (a) a desenvolver novos métodos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	0,80	0,88	0,88
18. Sou estimulado a desenvolver novas evidências com recurso a pesquisas científicas, a aplicá-las na prática profissional.	0,72	0,89	0,89
24. Existe um programa para integração de enfermeiros recém contratados.	0,54	0,90	0,90
40. Existe uma cultura de segurança, no desenvolvimento da organização e dos cuidados de enfermagem, através de protocolos e códigos de conduta.	0,59	0,89	0,89
$\alpha = 0,90 \quad \Omega = 0,90$			
DESEMPENHO			
11. Os cuidados multidisciplinares são integrados no plano individual de intervenção (PII) definido com o cliente.	0,55	0,78	0,75
13. O método de trabalho implementado promove a continuidade e a integração de cuidados.	0,61	0,78	0,75
15. Tenho uma prática exemplar, humana e ética, baseada em evidência científica.	0,65	0,79	0,76
16. Assumo a responsabilidade profissional de gerar inovação, melhoria da qualidade dos cuidados e de novos conhecimentos que contribuem para a ciência de enfermagem.	0,37	0,80	0,78
17. Presto cuidados de qualidade.	0,48	0,79	0,78
20. No meu serviço são monitorizados indicadores de qualidade e segurança.	0,70	0,76	0,73
23. No meu serviço os indicadores de Enfermagem são comparados com resultados nacionais (ACSS) e/ou internacionais (exemplo: a base internacional de dados, National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI))	0,36	0,82	0,81
34. A organização implementa medidas de monitorização de risco de saúde para os profissionais e políticas para as orientar e rever regularmente.	0,51	0,79	0,76
35. A organização promove a notificação de incidentes e tem procedimentos específicos para os mesmos.	0,39	0,80	0,77
37. A organização presta cuidados de qualidade.	0,40	0,80	0,78
38. A organização avalia a satisfação dos enfermeiros.	0,30	0,81	0,79
39. A organização avalia a satisfação dos clientes em relação ao cuidado de enfermagem.	0,52	0,79	0,76
$\alpha = 0,81 \quad \Omega = 0,78$			
NECESSIDADES SOCIAIS E DE SAÚDE			
7. Sou estimulado(a) a desenvolver uma prática baseada na evidência.	0,72	0,80	0,72
19. A minha experiência é valorizada na equipa.	0,70	0,80	0,72
21. No meu serviço valorizamos a parceria com a academia.	0,66	0,81	0,75
22. No meu serviço promovemos a realização de ensinos clínicos de enfermagem.	0,35	0,84	0,79
25. O enfermeiro chefe/coordenador conhece os desafios atuais da prática de enfermagem.	0,63	0,81	0,76
27. O enfermeiro chefe/coordenador tem visão, influência, conhecimento clínico e uma forte experiência profissional relacionada com a prática de enfermagem.	0,71	0,80	0,75
36. A organização possibilita a gestão de horário adaptado face a necessidades pessoais.	0,66	0,81	0,75
42. A OE analisa regularmente estes contextos de prática clínica.	0,31	0,84	0,85
43. A OE notifica empregadores e poder normativo relativamente a questões emergentes associadas à qualidade da prática de enfermagem nestes contextos, de forma persistente.	0,22	0,86	0,86
$\alpha = 0,84 \quad \Omega = 0,80$			

Após a análise da correlação e consistência interna por cada domínio individualmente, concluímos com a análise considerando o global dos itens.

Quadro 9: Resultados da correlação item-total corrigida, do Alpha de Cronbach e Ômega de McDonald, considerando o global dos 43 itens.

Item	Correlação item-total corrigida	α se item eliminado	Ω se item eliminado
1. Tenho oportunidade de participar na elaboração do seu horário de trabalho	0,41	0,96	0,96
2. Recebo uma compensação adequada face a sua atividade, quando comparada com outros níveis de cuidados (ex. cuidados hospitalares).	0,34	0,96	0,97
3. A minha atividade é valorizada na sociedade e nos relacionamentos entre cliente, família e comunidade.	0,44	0,96	0,97
4. A minha carga de trabalho permite um cuidado centrado no cliente.	0,62	0,95	0,96
5. Existe uma comunicação eficaz entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde	0,65	0,95	0,96
6. Existem recursos físicos e materiais adequados para uma prática segura	0,64	0,95	0,97
7. Sou estimulado(a) a desenvolver uma prática baseada na evidência.	0,70	0,95	0,97
8. Existem elementos na equipa de enfermagem diferenciados e experientes.	0,73	0,95	0,96
9. Os elementos na equipa de enfermagem, diferenciados e experientes, dão suporte a restante equipa.	0,75	0,95	0,96
10. A relação entre a equipa multidisciplinar é respeitosa.	0,61	0,95	0,96
11. Os cuidados multidisciplinares são integrados no plano individual de intervenção (PII) definido com o cliente.	0,60	0,95	0,97
12. O ambiente de trabalho é agradável, calmo e cooperativo.	0,64	0,95	0,96
13. O método de trabalho implementado promove a continuidade e a integração de cuidados.	0,80	0,95	0,96
14. Sou estimulado (a) a desenvolver novos métodos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	0,86	0,95	0,96
15. Tenho uma prática exemplar, humana e ética, baseada em evidência científica.	0,53	0,96	0,97
16. Assumo a responsabilidade profissional de gerar inovação, melhoria da qualidade dos cuidados e de novos conhecimentos que contribuem para a ciência de enfermagem.	0,33	0,96	0,97
17. Presto cuidados de qualidade.	0,46	0,96	0,96
18. Sou estimulado a desenvolver novas evidências com recurso a pesquisas científicas, a aplicá-las na prática profissional.	0,76	0,95	0,96
19. A minha experiência é valorizada na equipa.	0,71	0,95	0,97
20. No meu serviço são monitorizados indicadores de qualidade e segurança.	0,68	0,95	0,97
21. No meu serviço valorizamos a parceria com a academia.	0,76	0,95	0,97
22. No meu serviço promovemos a realização de ensinos clínicos de enfermagem.	0,36	0,96	0,97
23. No meu serviço os indicadores de Enfermagem são comparados com resultados nacionais (ACSS) e/ou internacionais (exemplo: a base internacional de dados, National Database Nursing Quality Indicators (NDNQI))	0,37	0,96	0,97
24. Existe um programa para integração de enfermeiros recém contratados.	0,64	0,95	0,97
25. O enfermeiro chefe/coordenador conhece os desafios atuais da prática de enfermagem.	0,78	0,95	0,96
26. O enfermeiro chefe/coordenador conduz a equipe de forma a dar resposta as novas exigências.	0,82	0,95	0,96
27. O enfermeiro chefe/coordenador tem visão, influência, conhecimento clínico e uma forte experiência profissional relacionada com a prática de enfermagem.	0,80	0,95	0,96
28. O enfermeiro chefe/coordenador ouve, desafia e influencia a equipa para definir e alcançar os objetivos do serviço/organização.	0,74	0,95	0,96
29. O enfermeiro chefe/coordenador apresenta uma liderança influente nas políticas de gestão da organização.	0,80	0,95	0,96
30. A organização promove a missão, visão e valores para alcançar os resultados definidos.	0,65	0,95	0,96

31. A organização tem implementado um plano de progressão de carreira efetivo.	0,50	0,96	0,96
32. A organização oferece condições de trabalho que potenciam o recrutamento e retenção dos enfermeiros.	0,64	0,95	0,96
33. Na organização, o regime contratual (part-time vs tempo integral) aplicado aos enfermeiros condiciona a qualidade dos cuidados.	-0,07	0,96	0,96
34. A organização implementa medidas de monitorização de risco de saúde para os profissionais e políticas para as orientar e rever regularmente.	0,39	0,96	0,97
35. A organização promove a notificação de incidentes e tem procedimentos específicos para os mesmos.	0,33	0,96	0,96
36. A organização possibilita a gestão de horário adaptado face a necessidades pessoais.	0,79	0,95	0,96
37. A organização presta cuidados de qualidade.	0,43	0,96	0,96
38. A organização avalia a satisfação dos enfermeiros.	0,36	0,96	0,97
39. A organização avalia a satisfação dos clientes em relação ao cuidado de enfermagem.	0,50	0,96	0,97
40. Existe uma cultura de segurança, no desenvolvimento da organização e dos cuidados de enfermagem, através de protocolos e códigos de conduta.	0,70	0,95	0,97
41. As políticas públicas oferecem uma estrutura de regulamentação para estes cuidados que promove ambientes de prática seguros.	0,62	0,95	0,97
42. A OE analisa regularmente estes contextos de prática clínica.	0,39	0,96	0,97
43. A OE notifica empregadores e poder normativo relativamente a questões emergentes associadas à qualidade da prática de enfermagem nestes contextos, de forma persistente.	0,19	0,96	0,97
$\alpha = 0,96 \quad \Omega = 0,97$			

Terminamos com 42 itens a integrarem o instrumento (Apêndice III), organizados teoricamente em quatro domínios: facilitadores do sistema, prestação de serviços, desempenho e necessidade sociais e de saúde, de acordo com o modelo de Tello (2019) que nos suportou ao longo do desenvolvimento deste estudo.

Conclusão

A enfermagem tem a responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde, e para a coordenação e gestão dos serviços de saúde. Melhorar, quer a estrutura, quer os processos ou os resultados compete aos gestores da saúde de todos os níveis, com ênfase no enfermeiro gestor. Verificar o que existe, analisar o que é feito, como é feito, e, quais os resultados obtidos para garantir eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade dos serviços de saúde.

O olhar específico destes ambientes de prática, dado o crescimento desta tipologia de cuidados como resposta aos maiores desafios dos sistemas de saúde: o envelhecimento, o aumento das doenças crónicas e o aumento dos custos em saúde torna-se imprescindível.

Com este estudo demonstrou-se evidência significativa e fatores determinantes inerentes às organizações de CCI que possam estar na base da qualidade dos cuidados de enfermagem. Desses fatores destacamos o ambiente favorável à prática de enfermagem que poderá determinar a melhor qualidade dos cuidados prestados ao cliente e família, menos eventos adversos, menores níveis de burnout, uma maior satisfação profissional, conforme se documenta noutros ambientes de prática de enfermagem, assim como impacto favorável na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Desenvolver este instrumento que permita estudar o APE-CCI em Portugal e no mundo torna-se de acordo com o apresentado, imperativo para que decisores políticos, administradores e enfermeiros gestores possam potenciar estes ambientes de prática com melhor desempenho em saúde, pelo que consideramos que os objetivos a que nos propusemos foram alcançados.

Este instrumento inicialmente continha 56 itens, que após a avaliação da concordância dos peritos e inter-peritos, passou a 43 itens, organizados em quatro dimensões teóricas de acordo com o modelo utilizado. Com a análise da consistência interna do pré-teste, o instrumento passou a 42 itens, organizados nos quatro domínios teóricos definidos, necessidades sociais e de saúde, desempenho, prestação de serviços e facilitadores do sistema.

O instrumento evidencia boa validade de conteúdo, boa equivalência e boa consistência interna, ou seja, boa validade e boa confiabilidade. No entanto, será

fundamental continuar a desenvolver este estudo, nomeadamente com uma validação do construto através de técnicas como a análise dos componentes principais, análise fatorial, ou outros que se revelem apropriados, sendo esta uma limitação, mas também o desafio futuro desta investigação.

O desenvolvimento deste instrumento de avaliação do APE-CCI pode fornecer à gestão em Enfermagem, evidências importantes no desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática, o que terá influência positiva na prestação de cuidados e refletir-se-á numa melhoria da qualidade dos mesmos e maior efetividade nos custos em saúde.

Referências Bibliográficas

- ACSS - DRS. (2022). Relatório de monitorização da RNCCI-anual 2021. In ACSS.
- Alain D. Biron, Marie-Claire Richer, & Hé' Le` Ne Ezer. (2007). *Uma estrutura conceitual que contribui para a administração e pesquisa em enfermagem*.
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde - Um guia com o SPSS* (Lusodidacta, Ed.).
- 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. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>
- Amaral, A. F., Ferreira, P. L., & 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.
- ANCC. (2023, July 17). *2023 Magnet® Application Manual Sources of Evidence – 2020 Pathway to Excellence® Manual Elements of Performance Crosswalk*. https://www.nursingworld.org/~4ac939/globalassets/docs/ancc/magnet/magnet_-2020-pathway-crosswalk-for-website.pdf
- Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2021). Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11–12), 5709–5729. <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>
- Anunciada, S., Benito, P., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). Validation of Psychometric Properties of the Nursing Work Index—Revised Scale in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4933. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094933>
- Anunciada, S., & Lucas, P. (2021). *Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa* (pp. 145–154). <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- APAH. (2023). *Barómetro de Internamentos Sociais* (7th ed.). Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., Rodrigues, M. T. P., & Oliveira, C. J. de. (2016). Validação de conteúdo das definições operacionais da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial Content validation of the operational definitions of non-acceptance to hypertension treatment. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4651–4658. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4651-4658>
- Borges, J. W. P., Moreira, T. M. M., Rodrigues, M. T. P., Souza, A. C. C. de, & Silva, D. B. da. (2013). Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 47(5), 1076–1082. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500010>
- Boukdedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Callado, A. (2019a). O ambiente da prática e a sua importância para a enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 8(3). <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696x.v8i3-8>
- Callado, A. (2019b). O Ambiente Da Prática E A Sua Importância Para A Enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 8(3). <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v8i3-8>
- Carey, W., Philippon, D. J., & Cummings, G. G. (2011). Coaching models for leadership development: an integrative review. *Journal of Leadership Studies*, 5(1), 51–69. <https://doi.org/10.1002/jls.20204>
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., António, J., Fialho, S., & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*.
- Cho, E., Min, D., Heo, S., Lee, K., & Kim, H. (2023). Effects of registered nurses' staffing levels, work environment and education levels on nursing home residents' quality of life and nurse outcomes. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16689>
- Chow, R., Bruera, E., Temel, J. S., Krishnan, M., Im, J., & Lock, M. (2020). Inter-rater reliability in performance status assessment among healthcare professionals: an updated systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 28(5), 2071–2078. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05261-7>
- Chow, R., Chiu, N., Bruera, E., Krishnan, M., Chiu, L., Lam, H., DeAngelis, C., Pulenzas, N., Vuong, S., & Chow, E. (2016). Inter-rater reliability in performance status assessment among health care professionals: a systematic review. *Annals of Palliative Medicine*, 5(2), 83–92. <https://doi.org/10.21037/apm.2016.03.02>

- CIOMS. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4th ed.). CIOMS.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925–936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
- Comissão Europeia, & Comité de Política Económica. (2021). *Relatório sobre o Envelhecimento de 2021 – Projeções económicas e orçamentais para os 27 Estados-Membros da UE (2019-2070)*.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. (2019). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (CONEP, Ed.). Universidade Fernando Pessoa.
- Conselho de Enfermagem. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivo. *Ordem Dos Enfermeiros*.
- COWDEN, T., CUMMINGS, G., & PROFETTO-MCGRATH, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461–477. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x>
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363–385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An Experimental Application of the DELPHI Method to the Use of Experts. *Management Science*, 9(3), 458–467. <https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>
- De Bienassis, K., Llena Nozal, A., & Klazinga, N. (2020). *The economics of patient safety part III: long-term care*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>
- de Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., Schoonhoven, L., & van Achterberg, T. (2017). Essential elements of the nursing practice environment in nursing homes: Psychometric evaluation. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2), e12137. <https://doi.org/10.1111/opn.12137>
- DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale Development: Theory and Applications* (5th ed.). SAGE Publications.

- Dewing, J., & McCormack, B. (2015). Engagement: a critique of the concept and its application to person-centred care. *International Practice Development Journal*, 5(Suppl), 1–10. <https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.008>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Health Administration Press*.
- Douven, I. (2018). A Bayesian perspective on Likert scales and central tendency. *Psychonomic Bulletin & Review*, 25(3), 1203–1211. <https://doi.org/10.3758/s13423-017-1344-2>
- Drumm, S., Bradley, C., & Moriarty, F. (2022). ‘More of an art than a science’? The development, design and mechanics of the Delphi Technique. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 18(1), 2230–2236. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.027>
- Dubois, C.-A., D’amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110–117. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt019>
- Edge, R. S., & Groves, J. R. (2017). *The Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice* (Cengage Learning, Ed.; 4th ed.).
- Eurofound. (2020). *Long-term Care Workforce: Emprego e condições de trabalho*. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/long-term-care-workload-employment-and-working-conditions>
- European Commission. Directorate-General for Employment, S. A. and Inclusion. (2021). *Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I.* (Vol. 1). Publications Office of the European Union.
- Fallon, C. K., & Karlawish, J. (2019). Is the WHO definition of health aging well? Frameworks for “health” after three score and ten. In *American Journal of Public Health* (Vol. 109, Issue 8). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305177>

- Feng, Z., & Glinskaya, E. (2019). Aiming Higher: Advancing Public Social Insurance for Longterm Care to Meet the Global Aging Challenge Comment on "Financing Long-term Care: Lessons From Japan." *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.121>
- Fletcher, A. J., & Marchildon, G. P. (2014). Using the Delphi Method for Qualitative, Participatory Action Research in Health Leadership. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 1–18. <https://doi.org/10.1177/160940691401300101>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F. (2016). Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E101–E111. <https://doi.org/10.1111/jonm.12312>
- Godinho, N. (2023). *Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referênciação*.
- Grove, S., Sutherland, S., & Gray, J. (2017). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (8th ed.). Elsevier.
- Gwet, K. L. (2021). Large-Sample Variance of Fleiss Generalized Kappa. *Educational and Psychological Measurement*, 81(4), 781–790. <https://doi.org/10.1177/0013164420973080>
- Ha, S. M., & Ko, Y. J. (2020). Effect of Job Embeddedness on Turnover Intention of Nurses in Long Term Care Hospitals: The Mediating Effect of Nursing Work Environment. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 26(5), 439. <https://doi.org/10.11111/jkana.2020.26.5.439>
- Heijkants, C. H., van Hooff, M. L. M., Geurts, S. A. E., & Boot, C. R. L. (2022). A team level participatory approach aimed at improving sustainable employability of long-term care workers: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 22(1), 984. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13312-8>
- Hodgin, R. F., Chandra, A., & Weaver, C. (2010). Correlates to Long-Term-Care Nurse Turnover: Survey Results from the State of West Virginia. *Hospital Topics*, 88(4), 91–97. <https://doi.org/10.1080/00185868.2010.528258>
- Hofmann, P. B., & Nelson, W. A. (2009). *Managing Healthcare Ethically: An Executive's Guide* (2nd ed.). Health Administration Press.
- Jasper, M. A. (1994). Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 769–776. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x>

- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, 311(7001), 376–380. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376>
- Joo, H. S., & Jun, W. H. (2018). Influence of Nurses' Work Environment, Organizational Commitment, and Nursing Professionalism on Turnover Intention of Nurses in Long Term Care Hospitals. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 24(4), 265. <https://doi.org/10.11111/jkana.2018.24.4.265>
- Jung, H.-Y., & Jung, K.-I. (2015). Influential Factors on Turnover Intention of Nurses in Long-term Care Hospitals. *The Korean Journal of Health Service Management*, 9(3), 95–106. <https://doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.3.095>
- Jung, S. R., & Min, H. Y. (2022). The Influence of Moral Distress, Empowerment and Nursing Practice Environment on Nurses' Person-centered Care in Long-term Care Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 24(3), 291–300. <https://doi.org/10.17079/jkgn.2022.24.3.291>
- Kim, J., Kim, S., Yu, M., Kim, M. J., & Lee, K. (2015). Korean Work Environment Scales for Clinical Nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(1), 54–68. <https://doi.org/10.1111/jjns.12048>
- Kim, Y., & Han, K. (2018). Longitudinal associations of nursing staff turnover with patient outcomes in long-term care hospitals in Korea. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 518–524. <https://doi.org/10.1111/jonm.12576>
- Lachman, V. D. (2009). *Ethical Challenges in Health Care: Developing Your Moral Compass* (1st ed.). Springer Publishing Company.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment. *Medical Care Research and Review*, 64(2_suppl), 104S–122S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A Meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical Care*, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>

- Loo, R. (2002). The Delphi method: a powerful tool for strategic management. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 25(4), 762–769. <https://doi.org/10.1108/13639510210450677>
- Lucas, P., Jesus, É., Almeida, S., & Araújo, B. (2023). Relationship of the nursing practice environment with the quality of care and patients' safety in primary health care. *BMC Nursing*, 22(1), 413. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01571-8>
- Lucas, P. R. M. B., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- Makhmutov, R. (2021). The Delphi method at a glance. *Pflege*, 34(4), 221–221. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000812>
- Marcon, C., Simeon, V., Deias, P., Facchin, G., Corso, A., Derudas, D., Montefusco, V., Offidani, M., Petrucci, M. T., Zambello, R., Stocchi, R., Fanin, R., & Patriarca, F. (2023). Experts' consensus on the definition and management of high risk multiple myeloma. *Frontiers in Oncology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1096852>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com SPSS Statistics* (L. ReportNumber, Ed.; 8a).
- Martins, I., Santos, D., Bernardino, A., & Pais, A. (2019). Nursing practice environment and care quality. *Gestão e Desenvolvimento*, 27, 181–195.
- Mattos, S., Moreira, T., Florêncio, R., & Cestari, V. (2021a). Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de Saúde em adultos. *Saúde Em Debate*, 45(129), 366–377. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112909>
- Mattos, S., Moreira, T., Florêncio, R., & Cestari, V. (2021b). Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de Saúde em adultos. *Saúde Em Debate*, 45(129), 366–377. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112909>
- McCance, T., McCormack, B., Slater, P., & McConnell, D. (2021). Examining the theoretical relationship between constructs in the person-centred practice framework: a structural equation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13138. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413138>
- McGilton, K. S., Boscart, V. M., Brown, M., & Bowers, B. (2014). Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 917–926. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.015>

- McMillan, S. S., King, M., & Tully, M. P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0257-x>
- McPherson, S., Reese, C., & Wendler, M. C. (2018). Methodology Update. *Nursing Research*, 67(5), 404–410. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000297>
- Midje, H. H., Øvergård, K. I., & Torp, S. (2021). Exploring work engagement in the context of person-centred practices: a qualitative study in municipal long-term care facilities for older people. *International Practice Development Journal*, 11(2), 1–17. <https://doi.org/10.19043/ipdj.112.006>
- Midje, H. H., Torp, S., & Øvergård, K. I. (2022). The role of working environment and employee engagement in person-centred processes for older adults in long-term care services. *International Practice Development Journal*, 12(2), 1–19. <https://doi.org/10.19043/ipdj.122.007>
- Min, D., Cho, E., Kim, G. S., Lee, K. H., Yoon, J. Y., Kim, H. J., & Choi, M. H. (2022). Factors associated with retention intention of Registered Nurses in Korean nursing homes. *International Nursing Review*, 69(4), 459–469. <https://doi.org/10.1111/inr.12754>
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.o 101/2006, de 6 de junho. *Diário Da República*, Série I-A, 3856–3865.
- Ministério do Planeamento. (2021). *Programa Nacional de Reformas*.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>
- Monteiro, G., & Hora, H. (2013). *Pesquisa em Saúde Pública: Como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados* (Appris Editora Lda, Ed.; 1a).
- Mori, Y., Sasaki, M., Ogata, Y., & Togari, T. (2022). The development and validation of the Japanese version of job satisfaction scale: a cross-sectional study on home healthcare nurses. *BMC Research Notes*, 15(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06092-2>
- Morrison, E. E., & Furlong, B. (2018). *Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century* (Jones & Bartlett Learning, Ed.; 4th ed.).
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of

- scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIE Evidence Synthesis*, 20(4), 950–952.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- Nishio, E. A., Cardoso, M. L. A. P., Salvador, M. E., & D'Innocenzo, M. (2021). Evaluation of Nursing Service Management Model applied in hospitals managed by social health organization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 5).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0876>
- OCDE. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Elderly Care Workers* (OCDE, Ed.). OECD.
<https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- OE. (2019). *Caracterização da RNCCI na secção regional do centro*.
- OECD. (2021). *OECD Economic Surveys Portugal Overview*.
<http://www.oecd.org/economy/portugal-economic-snapshot/>
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2014). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>
- OMS. (2007). *Assunto de todos: fortalecer os sistemas de saúde para melhorar os resultados de saúde – o quadro de ação da OMS*.
- Parisi, T. C. de H. (2015). *Magnet Recognition Program: revisão integrativa de literatura*. [Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.7.2015.tde-26062015-140838>
- Parlamento Europeu, & Conselho da União Europeia. (2016). *Proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho).
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis
- Pasquali, L. (2017). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação* (E. Vozes, Ed.; Edição Digital).
- Pasquali, L. (2020). *TRI - Teoria de resposta ao item: Teoria, procedimentos e aplicações* (E. Appris, Ed.). Edição digital.
- Pereira, C. I. da C., Vasconcelos, E. L., Albuquerque, M. C. dos S., Trindade, R. F. C., & Farias, I. P. (2017). Development of a Nursing Consultation Support Tool to Amputated People:

- Methological study. *Rev Enferm UFPE on Line.*, 11(10), 3685–3689. <https://doi.org/DOI:10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201724>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementariedade para o SPSS* (M. Robalo, Ed.; 6th ed.). Edições Silabo, Lda.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JB I Evidence Synthesis*, 20(4), 953–968. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>
- Pinto, J. C. (2021). Escala (Re)Career - Estilos de Coping: validade de conteúdo. *Psicologia USP*, 32. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200048>
- Polit, D., & Beck, C. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (Artmed Editora, Ed.; 9a).
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459–467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Regulamento n.o 76/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República, II Série*(N.o21 30-01-2018), 3479. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.o 101/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário Da República, II Série*(N.o48 de 10-03-2015), 5949–5952. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Rosenberg, M., Tomioka, S., & Barber, S. L. (2022a). Research to inform health systems' responses to rapid population ageing: a collection of studies funded by the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan. *Health Research Policy and Systems*, 20(S1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00917-z>
- Rosenberg, M., Tomioka, S., & Barber, S. L. (2022b). Research to inform health systems' responses to rapid population ageing: a collection of studies funded by the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan. *Health Research Policy and Systems*, 20(S1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00917-z>

- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020a). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. In *Maturitas* (Vol. 139). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020b). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Russell, G. E., & Fawcett, J. (2005). The conceptual model for nursing and health policy revisited. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(4), 319–326. <https://doi.org/10.1177/1527154405283304>
- Sagan, A., Normand, C., Figueras, J., North, J., & White, C. (2019). *Financiamento sustentável da saúde com o envelhecimento da população: o envelhecimento da população conduzirá a um crescimento descontrolado das despesas de saúde?*
- Sampaio, R. C., & Lycarião, D. (2021). *Análise de Conteúdo Categorial: Manual de aplicação* (Escola Nacional de Administração Pública, Ed.). Escola Nacional de Administração Pública. https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6542/1/Analise_de_conteudo_categorial_final.pdf
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing & Health*, 19(1), 63–73. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199602\)19:1<63::AID-NUR7>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199602)19:1<63::AID-NUR7>3.0.CO;2-J)
- Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., & de Geest, S. (2014). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 915–926. <https://doi.org/10.1111/jan.12253>
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2015). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10), 1310–1319. <https://doi.org/10.1111/jocn.12734>
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nursing*, 16(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4>

- Skinner, M. S., Veenstra, M., & Sogstad, M. (2021). Nurses' assessments of horizontal collaboration in municipal health and care services for older adults: A cross-sectional study. *Research in Nursing & Health*, 44(4), 704–714. <https://doi.org/10.1002/nur.22144>
- Sousa, E., Lin, C.-F., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). Translation and Validation of the Indicators of Quality Nursing Work Environments in the Portuguese Cultural Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12313. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912313>
- Sousa, E., & Lucas, P. (2021). Practice environment scale of the nursing work index: a reliability generalization. *Journal of Aging and Innovation*, 146–158.
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. de B., Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Stannard, D. (2012). Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. *AORN Journal*, 95(2), 307–308. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.10.009>
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2024). *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use* (6a).
- Sul, S. (2018). Os Hospitais Magnet e suas implicações para a Enfermagem: Recensão crítica. *Journal of Aging & Innovation*, 7(3), 4–12. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1JAIV7E3.pdf>
- Tello, J., Huber, M., & Yordi, I. (2019). *Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care, series editors Working document WHO european framework for action on integrated health services delivery*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Thinley, S. (2021a). Health and care of an ageing population: alignment of health and social systems to address the need. *Journal of Health Management*, 23(1), 109–118. <https://doi.org/10.1177/0972063421994992>
- Thinley, S. (2021b). Health and Care of an Ageing Population: Alignment of Health and Social Systems to Address the Need. *Journal of Health Management*, 23(1), 109–118. <https://doi.org/10.1177/0972063421994992>

- Trevelyan, E. G., & Robinson, P. N. (2015). Delphi methodology in health research: how to do it? *European Journal of Integrative Medicine*, 7(4), 423–428. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2015.07.002>
- Tummers, L. G., Groeneveld, S. M., & Lankhaar, M. (2013). Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2826–2838. <https://doi.org/10.1111/jan.12249>
- Turnpenny, A. (2021). Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. *International Journal of Care and Caring*, 5(1), 175–176. <https://doi.org/10.1332/239788220X16080539643824>
- Vanacore, A., & Pellegrino, M. S. (2022). Robustness of κ -type coefficients for clinical agreement. *Statistics in Medicine*, 41(11), 1986–2004. <https://doi.org/10.1002/sim.9341>
- von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525–1536. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Who cares? Attracting and retaining elderly care workers. (2020). OECD. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- World Health Organization. (2021). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*.
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects* . <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>,
- Wynendaele, H., Gemmel, P., Peeters, E., Myny, D., & Trybou, J. (2021). The effect of self-scheduling on organizational justice and work attitudes through leader-member exchange: A cross-sectional study using propensity scores. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 104032. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104032>

Zapf, A., Castell, S., Morawietz, L., & Karch, A. (2016). Measuring inter-rater reliability for nominal data – which coefficients and confidence intervals are appropriate? *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0200-9>

