



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

**Tradução e validação para a população portuguesa da
*Individual Workload Perception Scale - Revised***

Catarina Ventura Cabrita

**Lisboa
2022**



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

**Tradução e validação para a população portuguesa da
*Individual Workload Perception Scale - Revised***

Catarina Ventura Cabrita



Orientador: Maria Filomena Mendes Gaspar



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

A todos os enfermeiros, aos que não conheço, aos que conheço, aos que me ajudaram e participaram neste estudo, que tanto merecem e tanto orgulho me dão em pertencer a esta classe tão virtuosa.

À Professora Doutora Filomena Gaspar por especialmente ter acreditado em mim e por me ter demonstrado que sou capaz. Pelas partilhas, orientação e apoio no desenvolvimento deste trabalho. E ao Professor Doutor Pedro Lucas, por ser uma fonte de inspiração e um apoio incondicional. Pelos seus contributos fundamentais que tanto me ajudaram.

À Doutora Karen Cox pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e pelas palavras de incentivo.

Às minhas colegas de trabalho, que tanto me aturaram nos dias em que me sentia mais cansada. À Raquel, que tanto admiro como colega e amiga, por todo o apoio nesta caminhada.

Aos meus colegas de mestrado, por todas as partilhas. Sem eles não teria sido uma experiência tão enriquecedora.

Aos meus amigos, foram essenciais nos dias de *stress*, foram os que mantiveram a minha sanidade mental no lugar e com eles esta caminhada tornou-se muito mais fácil.

Ao Simba, o meu gato, por toda a companhia nos momentos de desenvolvimento da parte escrita deste trabalho.

Aos meus pais por acreditarem sempre em mim, desde sempre. Por me terem transmitido os melhores valores e educação, por me terem permitido fazer as minhas escolhas. Por me terem demonstrado o que é a vida, por me terem sempre apoiado e acima de tudo por ser o que sou hoje por eles.

À minha irmã por ser um exemplo para mim desde sempre. Por me ensinar a lutar por aquilo que quero. Por acreditar em mim e por ser das pessoas mais importantes da minha vida.

Ao Miguel, meu porto de abrigo, meu companheiro de todas as horas, ao meu apoio incondicional. Não há palavras para descrever o quanto agradeço por estar presente na minha vida. Por me permitir ser quem sou, por acreditar em mim. Por toda a ajuda no desenvolvimento deste trabalho e por todas as palavras nos dias em que parecia que não ia conseguir.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória
AFE – Análise Fatorial Exploratória
APA – *American Psychological Association*
CFI – *Comparative-of-Fit Index*
CFNU – *Canadian Federation of Nurses' Unions*
CT – Carga de Trabalho
EPICT – Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho
EUA – Estados Unidos da América
GFI – *Goodness-of-Fit Index*
G-IWPS-R – *Greek – Individual Workload Perception Scale – Revised*
ICN – *International Council of Nurses*
IP – Intenção de Permanecer
IWPS-R – *Individual Workload Perception Scale – Revised*
KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*
MECVI – *Modified Expected Cross-Validation Index*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
RMR – *Root Mean square Residual*
RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*
RO – Recursos da Organização
SE – Suporte da Equipa
SEG – Suporte do Enfermeiro Gestor
SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*
SRMR – *Standardized Root Mean square Residual*
T-IWPS-R – *Taiwan – Individual Workload Perception Scale – Revised*
UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
VEM – Variância Extraída Média
WHO – *World Health Organization*
WMA – *World Medical Association*

RESUMO

As condições de trabalho dos enfermeiros têm vindo a ser alvo de preocupação e interesse crescentes por parte dos investigadores e gestores, por serem impulsionadoras da qualidade dos cuidados e dos níveis de satisfação dos profissionais e dos clientes. Neste sentido, o ambiente da prática de enfermagem é fortemente influenciado pelos comportamentos, produtividade, motivação e satisfação dos profissionais. Para a existência de um ambiente favorável é necessário que todos estes aspetos se desenvolvam e prosperem. A área da enfermagem é reconhecida pelos elevados níveis de *stress* associados ao ambiente de trabalho. Os enfermeiros estão constantemente sujeitos a riscos psicossociais com impacto a nível físico, psicológico e social, decorrentes de fatores de sobrecarga de trabalho, interação e conflitos com os pares ou outros profissionais, horários por turnos, carência de recursos materiais/técnicos/humanos e exigências emocionais inerentes ao contacto direto com os clientes. As tentativas de descrever esta questão complexa da carga de trabalho em enfermagem têm-se concentrado em medidas objetivas, tais como: horas por dia de cuidados de enfermagem ao cliente, e níveis de dependência do cliente determinados pela quantidade de cuidados realizados durante um certo período. Estes métodos não têm em conta a experiência e as competências dos profissionais de saúde, nem os problemas com o suporte do enfermeiro gestor/pares e as limitações dos recursos. A escala *Individual Workload Perception Scale – Revised* (IWPS-R) foi desenvolvida para ser um instrumento que avalia a satisfação dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho. Deste modo, o objetivo do presente estudo é adaptar culturalmente/ linguisticamente e validar a escala IWPS-R, dando origem à versão portuguesa da mesma. Para tal, recorreu-se a um estudo do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal, sendo o instrumento validado numa amostra de 323 enfermeiros pertencentes a um centro hospitalar. A sua aplicação decorreu desde 10 a 26 de fevereiro, sendo a maioria da amostra pertencente ao sexo feminino (87,3%) e a média de idades a situar-se no intervalo de idades dos 30 aos 39 anos. Para validação do questionário foi solicitada autorização à autora da escala IWPS-R original, bem como ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da instituição envolvida. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do *Alfa de Cronbach* onde se obteve 0,9, com exclusão de 8 itens. A validade de conteúdo foi garantida pela realização do teste de compreensão e a validade de construto através da análise fatorial, cuja análise de componentes principais deu origem a uma matriz constituída por cinco fatores: Suporte do Enfermeiro Gestor, Suporte da Equipa, Carga de Trabalho, Recursos da Organização, Intenção de Permanecer. A IWPS-R revelou ser um instrumento adequado para ser aplicado no contexto cultural português, através das suas características psicométricas.

Palavras-chave: validação, escala, carga de trabalho, gestão em enfermagem, ambiente da prática de enfermagem

ABSTRACT

Nurses' working conditions have been the subject of growing concern and interest for researchers and managers, as these conditions drive the quality of care and the levels of satisfaction of professionals and clients. In this sense, the nursing practice environment is strongly influenced by the behaviors, productivity, motivation and satisfaction of professionals. For a favorable environment, all these aspects must develop and prosper. The nursing job is recognized for the high levels of stress associated with the work environment. There are psychosocial risks inherent to the nursing practice, with a physical, psychological and social impact on the professionals, due to work overload factors, conflicts with peers or other professionals, shift schedules, lack of material/technical/human resources, and emotional demands associated to the direct contact with customers. Attempts to describe the complex issue of nursing workload have focused on objective measures, such as: hours per day of nursing client care, and client dependency levels determined by the amount of care performed over a given period. However, these methods don't consider relevant aspects, like the experience and skills of the professionals, limited support from nurse manager/peers, and resource limitations. The Individual Workload Perception Scale – Revised (IWPS-R) was developed to be an instrument that assesses nurses' satisfaction with their workload. Thus, the objective of the present study is to culturally/linguistically adapt and validate the IWPS-R scale, so it can be developed the Portuguese version of it. In order to achieve this, the instrument was validated in a sample of 323 nurses from a hospital center, through a quantitative, observational and descriptive/cross-sectional study. Its application took place from the 10th to the 26th of February, with the majority of the sample belonging to the female sex (87.3%) and the average age between 30 to 39 years. For validation of the questionnaire, it was requested authorization from the original IWPS-R scale's author, as well as from the Directors' Board and the Ethics Committee of the institution involved. Reliability was guaranteed by the determination of internal consistency, through the measure of Cronbach's Alpha, where 0.9 was obtained and 8 items were excluded. Content validity was guaranteed by carrying out the comprehension test. Construct validity, in turn, it was assured through factor analysis, whose main components analysis gave rise to a five factors matrix: Support from the Nurse Manager, Team Support, Workload, Organization Resources, and Intent to Stay. It was proved that the IWPS-R is a suitable instrument for application in the Portuguese cultural context, through its psychometric characteristics.

Key-words: validation, scale, workload, nursing management, nursing practice environment

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. A CARGA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.....	4
2. AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	10
3. GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	19
4. TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA..	25
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	31
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	32
2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	35
3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	37
4. METODOLOGIA	39
4.1 Processo de Tradução e Adaptação da IWPS-R.....	40
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da participantes.....	47
5.2 Propriedades Psicométricas	51
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS

ANEXO I – *Individual Workload Perception Scale – Revised*

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização à autora da IWPS-R e posterior aprovação

APÊNDICE II – Aprovação do pedido de Autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde

APÊNDICE III – Exemplar dos questionários submetidos aos participantes

APÊNDICE IV – Versão A e B (resultantes das traduções independentes dos dois tradutores)

APÊNDICE V – Versão Consenso de A e B

APÊNDICE VI – Retroversão para língua-origem (inglês)

APÊNDICE VII – Resposta da autora (dúvida)

APÊNDICE VIII – Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho

APÊNDICE IX – Estatística descritiva dos itens e dimensões

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação do Processo de Trabalho de Karl Marx (1987).....	4
Figura 2. Trabalho de Enfermagem.....	5
Figura 3. Diagrama explicativo de causa-efeito da sobrecarga de trabalho em enfermagem.....	9
Figura 4. Esquematização explicativa dos três atributos essenciais de Dubois et al. (2012).....	16
Figura 5. Funções do Gestor.....	20
Figura 6. Diagrama da relação entre enfermeiro gestor, enfermeiros e ambiente da prática de enfermagem.....	24
Figura 7. Diagrama explicativo da fase quantitativa do processo de validação.....	30
Figura 8. Diagrama explicativo do papel do enfermeiro gestor no ambiente da prática de enfermagem.....	33
Figura 9. Resposta dos inquiridos relativamente ao nível de compreensão da escala.....	44

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Escala de consistência interna do coeficiente Alfa de <i>Cronbach</i>	27
Quadro 2. Intensidade de correlação de <i>Pearson</i> (Vilelas, 2017).....	28
Quadro 3. Escala do teste de <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>	29
Quadro 4. Distribuição dos itens da IWPS-R (Cox et al., 2010).....	35
Quadro 5. Definição das subescalas da IWPS-R (Cox et al., 2010).....	36
Quadro 6. Perguntas da IWPS-R baseadas na Hierarquia das Necessidades de <i>Maslow</i> (Cox et al., 2010).....	36
Quadro 7. Duas traduções independentes da IWPS-R (versão A e B).....	40
Quadro 8. Comparação da versão original com a versão resultante da retroversão da IWPS-R.....	42
Quadro 9. Comparação entre os itens 13, 17 e 23 (em português).....	43
Quadro 10. Comparação entre os itens 13 e 23 (em inglês).....	43
Quadro 11. Comparação entre a versão original (em inglês) e a versão final (em português) da IWPS-R.....	44
Quadro 12. Valores de corte para uma matriz com 7 fatores.....	52
Quadro 13. Valores de corte para uma matriz com 6 fatores.....	53
Quadro 14. Valores de corte para uma matriz com 5 fatores.....	54
Quadro 15. Valores de coeficiente da Análise Fatorial organizados por fatores.....	55
Quadro 16. Comparação da estrutura fatorial entre a IWPS-R, T-IWPS-R, G-IWPS-R e a versão portuguesa.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra relativamente à faixa etária.....	47
Tabela 2. Caracterização da amostra relativamente ao género.....	48
Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente às habilitações académicas.....	48
Tabela 4. Caracterização da amostra relativamente à categoria profissional.....	49
Tabela 5. Caracterização da amostra relativamente ao local de exercício profissional.....	49
Tabela 6. Tempo de Atividade Profissional.....	50
Tabela 7. Tempo de Atividade Profissional na instituição.....	50
Tabela 8. Tempo de Atividade Profissional no Serviço.....	50
Tabela 9. Variância Extraída Média.....	59
Figura 10. Modelo penta-fatorial da IWPS-R-PT ajustado a uma amostra de 323 enfermeiros.....	60

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros apresentam expectativas profissionais de progressão na carreira, articuladas com responsabilidades, direitos e deveres, condições de trabalho e remuneração adequada. Face ao atual contexto político, económico e social, o panorama laboral tem sofrido modificações a nível da empregabilidade na carreira de enfermagem, que se refletem na satisfação dos enfermeiros. À satisfação profissional estão associados melhores resultados de desempenho, fundamentais na avaliação da qualidade dos serviços. Assim, torna-se estratégico que os enfermeiros se sintam satisfeitos no trabalho que desempenham. (Cruz, Nelas, Coutinho, Chaves & Amaral, 2018).

Considerados os principais cuidadores no setor da saúde, os enfermeiros são uma classe fundamental na organização onde desempenham funções, sendo os profissionais que se encontram na linha da frente na maioria dos sistemas de saúde e os seus contributos são essenciais para o desenvolvimento de metas e na prestação de cuidados seguros e de qualidade. Em Portugal, o número de enfermeiros, inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE), era de 78117 até 31 de dezembro de 2020 (OE, 2021), verificando-se, ao longo dos anos, um constante crescimento deste contingente. Esta área profissional é reconhecida pelos elevados níveis de *stress* associados ao ambiente de trabalho, estando os enfermeiros constantemente sujeitos a riscos psicossociais com impacto a nível físico, psicológico e social, decorrentes de fatores de sobrecarga de trabalho, interação e conflitos com os pares ou outros profissionais, horários por turnos, carência de recursos materiais/técnicos/humanos e exigências emocionais inerentes ao contacto direto com os clientes (Lima, Queirós, Borges & Abreu, 2019; Hermansyah & Riyadi, 2019; Tao, Guo, Liu & Li., 2018; Waddill-Goad, 2019).

As condições de trabalho dos enfermeiros têm vindo a ser alvo de preocupação e interesse crescentes por parte dos investigadores e gestores, por serem impulsionadoras da qualidade dos cuidados e dos níveis de satisfação dos profissionais e dos clientes (Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018). Neste sentido, o ambiente da prática de enfermagem é fortemente influenciado pelos comportamentos, produtividade, motivação e satisfação dos profissionais. Para um ambiente favorável é necessário que todos estes aspetos se desenvolvam e prosperem.

As tentativas de descrever a questão complexa da carga de trabalho em enfermagem têm-se concentrado em medidas objetivas, tais como: horas por dia de cuidados de enfermagem ao cliente, e níveis de dependência do cliente determinados pela quantidade de cuidados realizados durante um certo período. Estes métodos não têm em conta a experiência e as competências dos profissionais de saúde, nem os problemas com o suporte do enfermeiro gestor/pares e as limitações dos recursos. A escala *Individual Workload Perception Scale – Revised* (IWPS-R) foi desenvolvida para ser um instrumento que forneça informações no intuito de formular intervenções que visem melhorar a perceção dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho (Cox, Teasley, Lacey & Olney, 2010) e,

consequentemente, aumentar a satisfação dos mesmos, promovendo um ambiente de prática de enfermagem favorável.

A escolha deste instrumento tem em consideração a pertinência da escala para a avaliação da satisfação dos enfermeiros relativamente ao seu ambiente de trabalho, tem em conta que em Portugal não existe nenhuma ferramenta que permita fazer esta avaliação tão específica, considerou-se importante traduzir e validar para a população portuguesa a escala IWPS-R desenvolvida por Karen Cox em 2006. Esta tem sido amplamente utilizada nos Estados Unidos da América (EUA) ao longo dos anos, com fortes indicadores de validade e fiabilidade.

Assim, partindo da questão de investigação: “Que características psicométricas apresenta a IWPS-R para a população portuguesa?” delineou-se o objetivo geral de “adaptar culturalmente/linguisticamente e validar a IWPS-R, dando origem à versão portuguesa da mesma”, bem como os seguintes objetivos específicos:

- Traduzir para português a escala IWPS-R;
- Adaptar a IWPS-R ao contexto cultural português;
- Analisar as características psicométricas da IWPS-R.

Delineou-se para este estudo do tipo quantitativo a existência de duas partes distintas. Na primeira, denominada de enquadramento teórico, é contextualizado o assunto em questão, abordando-se a carga de trabalho em enfermagem, o ambiente da prática de enfermagem, a gestão em enfermagem e métodos de tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida em saúde. Na segunda parte, referente ao estudo empírico, é explanada a justificação da problemática em estudo, apresentado o instrumento de recolha de dados, definidos os procedimentos éticos, desenvolvida a metodologia e apresentados e discutidos os dados que proporcionaram a adaptação e validação da IWPS-R. Por fim, é apresentada a conclusão, bem como as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

O presente estudo teve por base uma revisão *scoping* sobre a carga de trabalho em enfermagem e fatores e consequências associados à mesma, que foi desenvolvida pela investigadora e a partir da qual suscitou o interesse de continuar a estudar e aprofundar esta temática.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas APA (*American Psychological Association*), de acordo com o Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA (Godinho, 2020).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A CARGA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

A carga de trabalho tem sido alvo de estudos a nível mundial em diferentes áreas do conhecimento. É um facto que os termos “trabalho de enfermagem” e “carga de trabalho em enfermagem” são utilizados para descrever o mesmo conceito, quando na verdade têm significados diferentes.

O termo “trabalho de enfermagem” refere-se, geralmente, ao conteúdo funcional do enfermeiro. Na perspetiva da Teoria do Processo de Trabalho, fazendo uma analogia com a teoria sociológica de Karl Marx sobre o trabalho e a sua definição de conceitos, como objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, necessidades dos clientes e a finalidade do trabalho (Marx, 1987), o trabalho de enfermagem ocorre quando existe uma necessidade social do mesmo, ou seja, quando os enfermeiros são solicitados para a realização de determinados cuidados de enfermagem.

Por outro lado, o objeto de trabalho de enfermagem pode ser um indivíduo ou um grupo de indivíduos, como familiares, comunidades e clientes doentes ou saudáveis, dependendo do ambiente onde ocorre o trabalho. Como o objeto de trabalho em enfermagem são seres humanos, os mesmos comunicam as suas preferências, expõem as suas necessidades e fazem críticas ao trabalho. Os instrumentos de trabalho são os meios que os enfermeiros usam para desenvolver as suas capacidades, como os materiais e equipamentos que utilizam, bem como as teorias e o conhecimento baseado nas evidências. A finalidade do trabalho representa as perspetivas do enfermeiro ao realizar o trabalho, podendo ou não ser alcançada, dependendo de vários fatores (Figura 1).

Figura 1. Representação do Processo de Trabalho de Karl Marx (1987).

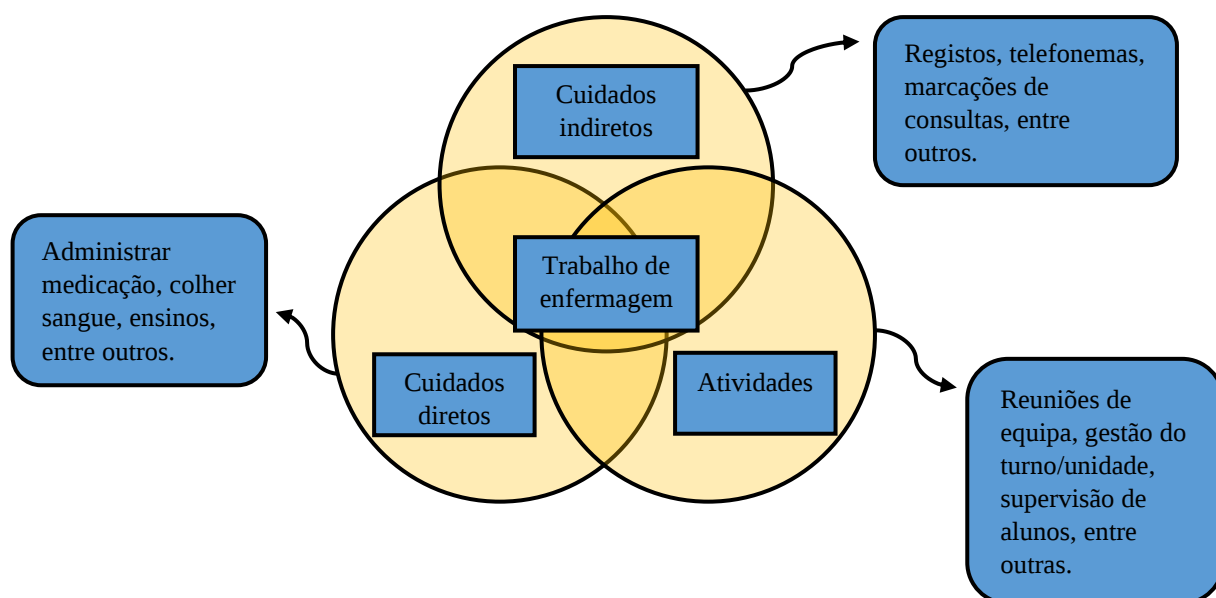


Para se conseguir uma definição de carga de trabalho em enfermagem é importante verificar uma definição ampla de trabalho de enfermagem. A *International Council of Nurses* (ICN) define enfermagem como

o cuidado autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou sãos e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado de pessoas doentes, com deficiência e moribundas. Apoio, promoção de um ambiente seguro, pesquisa, participação na formulação de políticas de saúde e na gestão de clientes e sistemas de saúde e educação, sendo estes também papéis importantes da enfermagem (ICN, 2002).

Souza, Cucolo e Perroca (2019) discutem os cuidados em enfermagem, podendo estes ser diretos ou indiretos. Os cuidados diretos dizem respeito a todos os cuidados de enfermagem e interações realizadas ao cliente/família, tais como administração de medicação, colheita de amostras de sangue, ensinamentos ao cliente/família. Os cuidados indiretos, por sua vez, remetem a todas as atividades de suporte às intervenções diretas realizadas ao cliente, como, por exemplo, os registros, telefonemas e marcações de consultas. Todos estes cuidados prestados, direta ou indiretamente, têm um tempo atribuível que difere de acordo com a envolvimento do profissional na gestão da unidade, na tutoria de estudantes de enfermagem, na participação de reuniões de equipa, no preenchimento de documentações, e noutras atividades semelhantes que não envolvem o cliente (Figura 2) (Alghamdi, 2016; Aires et al., 2016; Bautista et al., 2020).

Figura 2. Trabalho de Enfermagem.



Assim, ao analisar-se o trabalho de enfermagem, torna-se mais evidente a definição da carga de trabalho em enfermagem. No entanto, não existe uma definição comum para este conceito na literatura. Alghamdi (2016) e Schmoeller, Trindade, Neis, Gelbcke & Pires (2011) definem a carga de trabalho em enfermagem como o volume e nível de trabalho de enfermagem, ou seja, o desempenho necessário para o enfermeiro realizar os cuidados de enfermagem num período específico. Souza et al. (2019) acrescentam que a carga de trabalho é a quantidade de tempo e esforço físico e cognitivo necessários para realizar o cuidado direto e indireto ao cliente e as atividades não relacionadas com o cliente. A intensidade de trabalho, grau de dependência do cliente, complexidade dos cuidados e tempo necessário para a prestação dos cuidados ao cliente, são conceitos independentes, mas que em conjunto fazem uma

descrição mais completa da carga de trabalho em enfermagem (Aires et al., 2016; Ambani, Kutney-Lee & Lake, 2020).

A intensidade de trabalho em enfermagem está diretamente relacionada com os cuidados diretos e indiretos prestados ao cliente e nem tanto às atividades não relacionadas com o cliente (Alghamdi, 2016). Esta envolve o grau de dependência do cliente, o rácio de enfermeiro-cliente, tempo gasto para realizar os cuidados e complexidade dos cuidados (Alghamdi, 2016; Ambani, et al., 2020; Santos et al., 2020). Segundo Alghamdi (2016), o nível de intensidade de trabalho em enfermagem tem um impacto direto no nível da carga de trabalho, da mesma forma que pode ser influenciado pelo nível de atividades de enfermagem. Todos estes fatores determinam a carga de trabalho em enfermagem.

Um desequilíbrio na carga de trabalho, que pode ser motivado por fatores intrínsecos ou extrínsecos ao enfermeiro, pode provocar excesso de trabalho, caracterizado por sobrecarga de trabalho, que para além de interferir na qualidade dos cuidados, pode colocar em risco a segurança do cliente (Aires et al, 2016). Quanto maior a carga de trabalho, maior é o desgaste do profissional, existindo uma relação de causa-efeito, podendo comprometer o profissionalismo dos enfermeiros (Liu et al., 2021), pois os mesmos sentem dificuldade em garantir cuidados seguros e de excelência, o que provoca *stress* (Vicente, Shadvar, Lepage & Rennick, 2016). Bautista et al (2020) e Salem, Al- Maabadi e Baddar (2019) averigam que o maior fator de *stress* no enfermeiro é a carga de trabalho excessiva, originando exaustão física/emocional e insatisfação com o trabalho. Esta sobrecarga de trabalho é verificada pelos autores através de: aumento das responsabilidades, como a orientação/ integração de novos colegas; relacionamentos interpessoais inadequados; falta de recursos humanos; rácios elevados; e turnos noturnos (Vicente, et al., 2016; Liu et al., 2021; Souza et al., 2019; Aires et al., 2016; Ambani et al., 2020; Fonseca & Melo, 2016; Bautista et al., 2020; Ball et al, 2016; Granados-Plaza, Gea-Caballero, Martí-Ejarque & Ferré-Grau, 2021; Lai, Jin, He & Ding, 2021; Browne & Braden, 2020). Este último, no entanto, desperta alguma controvérsia. Lai et al. (2021) mencionam que o turno da noite é o que confere mais carga de trabalho, enquanto Seabra, Lopes, Calado e Capelas (2019) verificam, através dos resultados do seu estudo realizado no contexto português, que o turno da manhã é considerado pelos enfermeiros o mais exigente e o turno da noite o menos exigente.

A sobrecarga de trabalho é um dos maiores motivos de insatisfação profissional, aumentando, assim, o fenómeno de *turnover* (Aires et al., 2016; Ambani et al., 2020; Vicente et al., 2016; Bautista et al., 2020). Num estudo de Ambani et al. (2020) realizado na Arábia Saudita, verificou-se que 26% dos enfermeiros pretendia deixar o seu emprego. Num estudo realizado em 10 países da União Europeia, averiguou-se que 33% dos enfermeiros pretende abandonar o seu emprego e 9% considera mesmo abandonar a profissão (Heine et al., 2013). Este fenómeno de *turnover* acarreta uma grande sobrecarga financeira para as organizações, pelos gastos provocados pela necessidade de substituição dos enfermeiros. No entanto, os gastos não se ficam apenas pela contratação e formação de novos profissionais. Logo após a saída dos colegas, os enfermeiros que permanecem tendem a ficar cada vez mais insatisfeitos, uma vez que esta situação suscita uma sobrecarga de trabalho, uma diminuição da

qualidade/coesão dos relacionamentos entre a equipa e, consequentemente, ambientes da prática de enfermagem desfavoráveis, dando origem a um ciclo gerador de mais *turnover* (Chênevert, Jourdain & Vandenberghe, 2016).

O aumento do *turnover* leva ao racionamento dos cuidados (Harvey et al., 2020), sendo um fator preditivo para a omissão dos mesmos (Silva et al., 2020). Tal facto verifica-se no estudo de Ball et al. (2016), em que 74% dos enfermeiros relatam que deixaram cuidados por realizar no seu último turno. Os cuidados não realizados são reduzidos para metade num turno em que os enfermeiros têm um rácio de 6 clientes, em comparação com um turno com rácio de 10 clientes ou mais (Ball et al, 2016). Não obstante, para além da omissão de cuidados, podem também ocorrer situações indesejáveis com os clientes, como administração de medicamentos errados, quedas, infeções do trato urinário, entre outros, que colocam em causa a sua segurança (Aires et al., 2016; MacPhee et al., 2017).

É importante referir que, ao comprometer a qualidade dos cuidados, a sobrecarga de trabalho gera uma reação negativa nos clientes/família. De acordo com a *Canadian Federation of Nurses' Unions* (CFNU) (2017), a prevalência da violência no local de trabalho no setor da saúde tem vindo a aumentar globalmente. Os enfermeiros estão particularmente em risco de violência no seu trabalho devido à natureza deste, sendo os clientes e as suas famílias os principais causadores de violência contra os enfermeiros (CFNU, 2017). Como referido anteriormente, os enfermeiros acreditam que a sobrecarga de trabalho influencia a sua capacidade de prestar cuidados de qualidade, o que resulta em clientes ansiosos e frustrados, que se tornam por vezes violentos (Pich, Kable, & Hazelton, 2017; Casey, 2019). De facto, Havaei e MacPhee (2020) verificaram que os fatores do ambiente de trabalho, como a carga de trabalho, contribuem para a violência contra os enfermeiros. Pich et al. (2017) apuraram que os enfermeiros com maior sobrecarga de trabalho e problemas de gestão de tempo sofreram violência verbal e física no seu local de trabalho por parte dos clientes. Igualmente, num estudo com 174 enfermeiros jordanos, os mesmos relatam que a carga de trabalho foi a causa mais comum de violência, que se traduz quantitativamente em duas vezes mais do que cuidar de clientes com demência (Darawad, Al-Hussami, Saleh, Mustafa, & Odeh, 2015).

Variados estudos revelam que o aumento da carga de trabalho tem uma forte influência na ocorrência de fadiga emocional (Molero, Pérez-Fuentes & Gázquez, 2018; Nguyen, Kitaoka, Sukigara & Thai, 2018; Phillips, 2020; Putra, Sutadi, Setyowati & Hariyati, 2021). A redução do tempo disponível para o envolvimento e interação com os pares e a dificuldade em tomar decisões, inerentes à constante sobrecarga de trabalho, colocam em causa a qualidade dos cuidados, o que faz aumentar os níveis de *stress* e ansiedade, podendo originar distúrbios morais e motivacionais nos enfermeiros (Putra et al., 2021; Vicente et al., 2016). No estudo de Ambani et al. (2020), 53% dos enfermeiros tem *high burnout* e 39% estão insatisfeitos com o seu trabalho. Seaba et al. (2019) confirmou que 842 enfermeiros portugueses revelam uma perceção negativa sobre a sua saúde mental, sendo que 22,2% relatam mesmo sintomas graves de depressão. Fonseca et al. (2016) acrescentam que o aumento da carga horária semanal, como a necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, confere grande desgaste e diminui o

período de descanso entre os turnos, interferindo na vida pessoal dos profissionais. Assim, conclui-se que existe uma relação significativa entre carga de trabalho e a despersonalização.

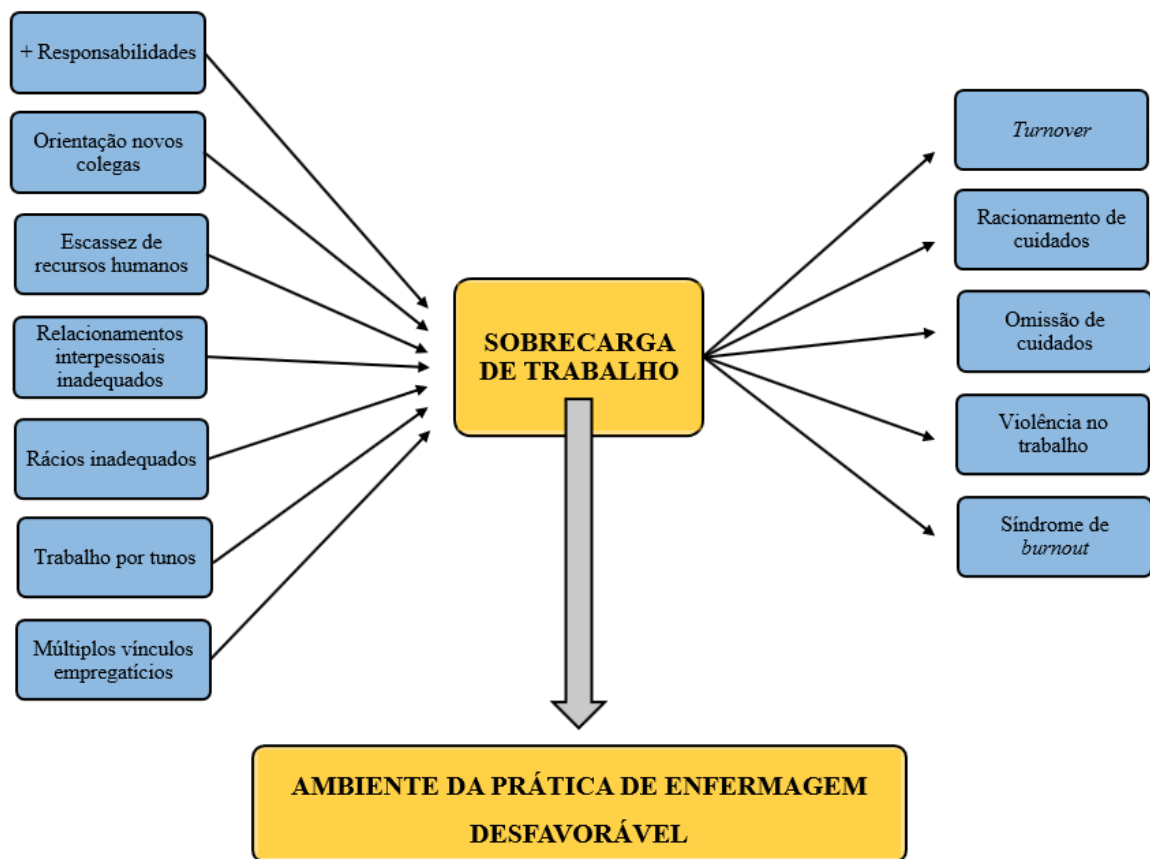
Cuidar é a base principal da prática de enfermagem. Porém, os enfermeiros antes de cuidarem dos outros devem cuidar de si mesmos, o que atualmente não acontece. Cargas de trabalho adequadas e definição de limites em relação ao equilíbrio entre vida pessoal e vida profissional podem ser a solução para um bom ambiente de trabalho (Waddill-Goad, 2019). Além disso, segundo Putra et al. (2021), o comportamento dos pares e enfermeiros gestores também é importante para a criação de ambientes de prática de enfermagem favoráveis.

É essencial para a saúde mental da pessoa a prática de atividade física, a realização de um *hobbie* ou estar com a família, sendo estas algumas das estratégias para evitar o aparecimento do síndrome de *burnout*. Neste sentido, a sobrecarga de trabalho representa um risco à saúde dos enfermeiros (Fonseca et al., 2016).

Quando se fala de qualidade de cuidados, falamos de pessoas, sejam elas utilizadoras ou prestadoras de cuidados. As cargas de trabalho elevadas levam à insatisfação, desmotivação e *burnout*, e colocam em causa a qualidade exigida por cada cidadão na prestação de cuidados, tal como foi referido anteriormente. O cumprimento de dotações seguras não está associado a um aumento de despesas, mas sim a um investimento de retorno garantido. As organizações prestadoras de cuidados de saúde têm o dever de fazer cumprir a dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário, pela defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses que precisam de cuidados de saúde e pelo respeito e pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.10). Empregadores e formuladores de políticas devem implementar estratégias específicas que aliviem os fatores de carga de trabalho. A maioria dos esforços na área da saúde considera o número de enfermeiros o único indicador de sobrecarga de trabalho, no entanto existem outros fatores, como referido anteriormente, que devem ser tidos em conta (Havaei et al., 2020).

É importante salientar que os estudos demonstram que cargas de trabalho adequadas estão relacionadas com bons ambientes da prática de enfermagem (Liu et al., 2021; Granados-Plaza et al., 2021), sendo o apoio do gestor um dos aspetos considerados mais favoráveis (Granados-Plaza et al., 2021; Sousa et al., 2021).

Figura 3. Diagrama explicativo de causa-efeito da sobrecarga de trabalho em enfermagem.



2. AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Desde a época de Florence Nightingale, nos primórdios da enfermagem, que se identifica preocupação com o impacto que o ambiente físico, como a necessidade de limpeza, ar puro, luz, escoamento de resíduos e água potável, tem na recuperação do cliente. Esta é uma visão incompleta do ambiente, apesar de ser correta e considerada essencial. Nightingale (2010) sensibiliza e promove pela primeira vez a necessidade de se investir no ambiente circundante. Segundo Norman (2013), o ambiente organizacional tem, igualmente, influência na prestação de cuidados de enfermagem e respetivos resultados obtidos.

O metaparadigma da disciplina de enfermagem apresenta o carácter essencial do ambiente, entendido como uma das quatro conceções que fundamentam a prática, juntamente com a pessoa, a saúde e a enfermagem. É descrito como “o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem”, sendo composto por “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 10).

O ambiente na prática de enfermagem é visto como um dos elementos mais importantes na procura da máxima qualidade dos cuidados, porém tem sido mais considerado a nível das intervenções técnicas da enfermagem, encaradas como prioritárias, tais como a redução das quedas, acidentes e infeções nosocomiais (Lopes, 2015). Assim, a prática do enfermeiro é amplamente influenciada pelo ambiente e o seu foco de intervenção é sempre direcionado para a complexa interdependência da pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O ambiente de prática de enfermagem é definido por Lake (2002) como um “conjunto de características que potenciam ou constroem a prática profissional”, sendo esta definição a mais representativa entre as diversas encontradas na evidência de diferentes autores, pela capacidade operativa de mediação do conceito e pelo reconhecimento por diferentes organismos de peso na acreditação da qualidade dos serviços de saúde, tal como a *National Quality Forum* e a *Joint Commission*. O conceito é operacionalizado em cinco fatores, que são descritos por Lake (2002) da seguinte forma:

- ✓ **Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital:** este fator descreve como os enfermeiros têm um papel participativo no contexto hospitalar, verificando-se oportunidades de progressão, a inclusão dos mesmos na administração interna, decisões políticas e comités, boa comunicação com os gestores e reconhecida acessibilidade, visibilidade e poder da administração executiva de enfermagem;
- ✓ **Fundamentos para a qualidade dos cuidados:** este fator destaca os cuidados de enfermagem com altos *standards*, onde os modelos de cuidados de enfermagem devem estar presentes e onde se verifica a presença dos diferentes indicadores da continuidade dos cuidados, tais como os

planos de cuidados de enfermagem. A qualidade deve de ser assegurada por um programa formal, como a formação contínua dos colaboradores e a atratividade de novos profissionais;

- ✓ **Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros:** este fator enfatiza o papel crítico dos enfermeiros na gestão em enfermagem, pela dualidade do papel do gestor e do líder, bem como na mediação de conflitos com outras classes e no reconhecimento pelo bom trabalho;
- ✓ **Adequação de recursos humanos e materiais:** este fator descreve os princípios de adequação dos recursos para a prestação de cuidados com qualidade, onde assumem um cariz significativo os serviços de apoio, o equilíbrio nos recursos humanos para a prestação dos cuidados, e o tempo para promover discussão de casos clínicos entre colegas;
- ✓ **Relação entre enfermeiros e médicos:** este fator engloba a existência de relações positivas entre estas duas classes.

Em 2010, a *World Health Organization* (WHO) criou um documento indicando o estudo dos ambientes organizacionais como uma das áreas prioritárias de investigação, no sentido de identificar as falhas ou lacunas que possam resultar no comprometimento da segurança do cliente nos diversos países. Neste documento, também é demonstrada a preocupação em manter a saúde dos enfermeiros no seu local de trabalho, enquanto indivíduos e profissionais. Nesta linha, a WHO (2010) definiu o conceito de ambiente de trabalho saudável como

aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho tendo em conta (...) questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho; questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização; recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e, envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade (p.6).

A ICN enfatizou o papel essencial da existência de segurança no trabalho e o impacto de uma forte liderança organizacional para a promoção de um ambiente da prática de enfermagem favorável (Aiken & Fagin, 2018; ICN, 2018).

Em Portugal, desde 2009 que foi legislado o “Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho”, para todos os trabalhadores, incluindo profissionais de saúde. Esta lei tem sido atualizada todos os anos, sendo a última versão de 2019 (Lei nº 79/2019 de 2 de setembro, 2019) e visa a aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria das condições de trabalho, para o trabalhador exercer a sua função em segurança.

O ambiente da prática de enfermagem é essencial para garantir um sistema de saúde eficaz, que responda às necessidades dos trabalhadores, otimizando a segurança do cliente e o número adequado de profissionais, de acordo com as competências individuais, para assegurar, assim, cuidados de qualidade (Aiken et al., 2018). São vários os estudos nacionais e, essencialmente, internacionais, que descrevem o ambiente da prática como uma variável que influencia os resultados na prática profissional de

enfermagem, em que melhores ambientes estão associados a níveis mais elevados de satisfação dos enfermeiros, melhores percepções de carga de trabalho e menos *turnover* (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002; Andrade, 2016).

Desta forma, um ambiente da prática de enfermagem favorável tem um impacto significativo na qualidade e segurança dos cuidados ao cliente, na produtividade, no bem-estar dos profissionais de saúde, e na eficácia dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo et al., 2020). Perfila-se, assim, como um importante fator para o aumento da satisfação dos enfermeiros, promovendo, conseqüentemente, a existência de equipas com dotações seguras e a retenção de enfermeiros (Lake, 2002; Sul & Lucas, 2020). Este tipo de ambiente caracteriza-se pelo apoio da gestão, boas relações entre os profissionais, equilíbrio dos horários de trabalho, recursos adequados, oportunidades de progressão profissional, autonomia, adequação da carga de trabalho de acordo com as competências do enfermeiro, e tempo (Alves & Guirardello, 2016; Andrade, 2016; Copanitsanou, Fotos & Brokalaki, 2017; Lucas & Nunes, 2020; Pereira et al., 2020; Paguio, Yu & Su, 2020). A OE (2012) acrescenta a importância da existência de políticas organizacionais de formação contínua dos enfermeiros para que existam cuidados de qualidade. Já Aiken et al. (2018) enfatiza a importância de uma liderança de enfermagem comprometida, que forneça suporte, incentivos e recursos para o desenvolvimento de projetos e estratégias que visem a melhoria do ambiente da prática de enfermagem.

Ambientes da prática de enfermagem pobres, juntamente com fraca liderança, falta de apoio da gestão e relação entre médico-enfermeiro inadequada, estão associados à diminuição da qualidade dos cuidados, ao aumento da mortalidade, a eventos adversos como erros, reinternamentos por complicações e prestação ineficaz de cuidados, ao aumento dos custos na saúde, a conflitos e *stress* entre os profissionais de saúde, e ao aumento do *turnover* e insatisfação profissional (Poghosyan et al., 2015; Tomaszewka, Kłos & Majchrowicz, 2017; Granados-Plaza et al., 2021; Lucas et al., 2020). Este tipo de ambientes com elevados níveis de *stress*, onde o colaborador tem percepção que está colocada em causa a sua capacidade de dar resposta às exigências do seu trabalho, resultam em reações desfavoráveis, como, por exemplo, *burnout*, *turnover* e absentismo, deteriorando a capacidade *coping* dos profissionais (Khamisa, Oldenburg, Peltzer & Ilic, 2015).

A carga de trabalho tem um significado considerável para o bem-estar biopsicossocial do enfermeiro. Conhecer a percepção que os enfermeiros têm sobre a mesma, num ambiente de trabalho específico é essencial, uma vez que é passível de controle e redução dos seus efeitos indesejáveis (Oliveira, Garcia e Nogueira, 2016). O aumento da carga de trabalho não leva apenas ao aumento da ausência ao trabalho, mas é, também, um dos principais fatores que determinam a decisão de abandono da área de exercício (Simões, 2020).

A OE (2012), relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, visa a necessidade de se garantir um número adequado de enfermeiros face às necessidades de cuidados de enfermagem. Devido ao fenómeno de *turnover*, a carga de trabalho dos enfermeiros aumenta

significativamente, sendo esta uma problemática muito presente na atualidade, o que põe em causa dotações seguras e a própria segurança do cliente (Jangland, Nyberg & Yngman-Uhlin, 2017). Estes comprometimentos tornam-se num círculo vicioso, onde o ambiente de trabalho negativo predomina, no sentido em que *turnover* gera aumento da carga de trabalho que, conseqüentemente, gera mais *turnover* (Silva, Nora & Oliveira, 2017).

A percepção dos enfermeiros sobre a carga de trabalho em enfermagem é um indicador essencial para uma avaliação do ambiente da prática de enfermagem e a satisfação que os mesmos têm sobre o seu trabalho (Cox et al., 2010). Entender a influência do ambiente torna-se primordial para a compreensão e realização deste estudo. Portanto, com esse objetivo, formulou-se um referencial teórico que visa compreender a análise e interligação entre os seguintes autores e os seus conceitos:

- ✓ Modelo de Adaptação, de Roy (2008).
- ✓ A taxonomy of nursing care organization models, de Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012);
- ✓ Quality Health Outcomes Model, de Mitchell, Ferketich & Jennings (1998);

Todos estes modelos acabam por se interligar e servir, em conjunto, como forma de consciencialização da influência do ambiente da prática de enfermagem na percepção positiva ou negativa dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho.

Analisando o Modelo de Adaptação de Roy (2008), verifica-se que o ambiente no qual a pessoa se encontra inserido apresenta potencial para o afetar. O ambiente, neste modelo, é visto como aquele que "inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa" (Roy & Andrews, 2008) e lhe proporciona os mais diversos estímulos.

No contexto de enfermagem, o ambiente representado e estudado por Roy (2009) é bastante mais generalizado do que aquele que se apresenta neste estudo e que é analisado – o ambiente da prática de enfermagem. Porém, é deveras importante e interessante refletir sobre a influência que o ambiente circundante ao indivíduo tem sobre ele mesmo, originando as mais diversas percepções e respostas adaptativas. Esta ideia será desenvolvida em seguida, através do modelo de Roy (2009), pois os diferentes estímulos externos do ambiente e a percepção do profissional aos mesmos, neste caso no contexto de enfermagem, desencadeiam uma reação no indivíduo.

Segundo Roy et al. (2008), as pessoas são um sistema aberto, interagindo continuamente com o ambiente circundante. São constantemente sujeitas a estímulos que exigem respostas, que poderão ser ineficazes, ameaçando a integridade da pessoa, ou adaptativas, promovendo a integridade da pessoa em termos dos seus objetivos de adaptação, como a sobrevivência, o crescimento, a reprodução e a integração no meio ambiente.

Estímulo é entendido como tudo o que desencadeia uma resposta, podendo dividir-se em três diferentes categorias: focal, contextual e residual. Um estímulo focal é aquele que confronta

imediatamente a pessoa, o que, muitas vezes, não se verifica, tendo em conta que o ambiente está em constante mudança. Os estímulos contextuais são todos os outros estímulos presentes numa determinada situação, que apesar de influenciarem a adaptação da pessoa, não são o seu centro de atenção. Têm, ainda assim, o potencial de atenuar ou acentuar os estímulos focais. Por último, os estímulos residuais são fatores ambientais internos ou externos que a pessoa não possui consciência, sendo influenciadores de determinadas situações, apesar de não serem centrais (Roy et al., 2008).

Segundo este modelo, Roy et al. (2008) definem que os processos centrais de adaptação são o subsistema regulador e cognitivo. O subsistema regulador inclui os canais neuroquímicos e endócrinos acionados durante uma resposta praticamente inconsciente e automática. O sistema cognitivo processa a informação perceptual, a aprendizagem, os juízos e as emoções, sendo, desta forma, que a pessoa realiza a sua resposta.

Quando se considera o ambiente da prática de enfermagem, e tendo por base o modelo de adaptação de Roy (2008), o enfermeiro durante o exercício das suas funções é submetido a um indeterminável número de estímulos, que requerem, consequentemente, uma resposta, quer seja adaptável ou ineficaz. Um estímulo focal poderá ser, por exemplo, uma relação disfuncional, seja com o enfermeiro gestor, com um colega ou com alguém de outra categoria profissional. Em conjunto com outros estímulos contextuais e residuais, como sobrecarga de trabalho, falta de recursos e falta de reconhecimento profissional, é desencadeada uma resposta, de acordo com a perceção da pessoa, que a pode levar a questionar a permanência no seu local de trabalho. É importante reter, através da análise deste modelo, o facto de a pessoa e o ambiente estarem constantemente em interação, sendo, por esse motivo, essencial intervir sobre o mesmo, para que se lide com a mudança e se desenvolvam respostas adaptáveis.

Por sua vez, considerando o estudo de Dubois et al. (2012), para compreender e organizar sistemas de organização de serviços é necessário reconhecer como instrumentos-chave a existência de modelos conceituais. Estes ajudam a identificar os principais fatores de um determinado sistema de prestação de cuidados e definem as relações e os processos que estes estabelecem com os recursos existentes, com o objetivo de atingir *outcomes* específicos num determinado contexto, como a segurança e qualidade.

Existem muitas preocupações relativamente à escassez de enfermeiros e à ausência de dotações seguras, o que tem levado ao aumento da investigação de novos modelos sobre gestão de recursos humanos e os *outcomes* para os clientes. Contudo, esta procura tem-se focado, essencialmente, em ações de enfermagem muito limitadas e específicas, ignorando as interdependências dos seus constituintes, como, por exemplo, a organização dos cuidados e as práticas de gestão. Dubois et al. (2012) referem que é necessário compreender a realidade em que os cuidados de enfermagem são prestados, bem como a natureza dos mesmos, os processos que produzem *outcomes* para os clientes e os fatores que influenciam esses mesmos processos, tendo em conta que existe uma crescente complexidade neste

âmbito. Os autores acrescentam que modelos de organização de cuidados de enfermagem refletem a sua influência em três atributos essenciais: a equipa de enfermagem, o âmbito da prática e o ambiente de trabalho.

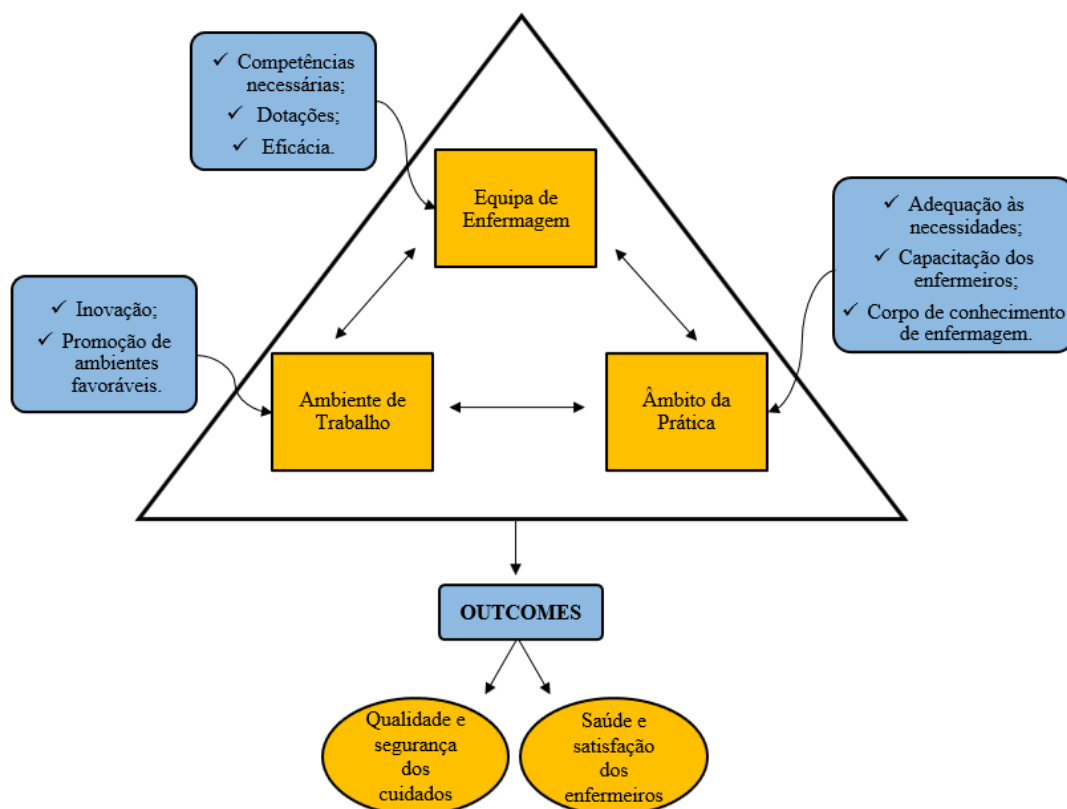
Relativamente à equipa de enfermagem, trata-se de um parâmetro fundamental para uma prática eficaz, sendo necessário avaliar e determinar o número apropriado e os tipos de competências necessárias nos recursos humanos para dar uma resposta a um determinado contexto de prestação de cuidados (Dubois et al., 2012).

No que toca ao âmbito da prática, também é considerado importante no modelo de organização de cuidados de enfermagem. Visa a identificação dos cuidados que efetivamente correspondem às necessidades dos clientes, bem como a compreensão do que isso representa em termos de competência dos enfermeiros no dia a dia (Dubois et al., 2012).

Por último, o ambiente de trabalho é outra dimensão essencial para caraterizar a organização dos cuidados de enfermagem. O ambiente onde o enfermeiro trabalha, juntamente com a equipa de enfermagem onde se insere e o âmbito da prática, influenciam-se mutuamente, numa interação dinâmica e contínua que afeta a natureza do trabalho e os seus *outcomes*. Neste sentido, é extremamente importante promover ambientes de prática de enfermagem positivos, de forma a criar nas instituições modelos de organização de cuidados de enfermagem inovadores e eficazes (Dubois et al., 2012). Suporte da gestão e da equipa, bem como um ambiente de trabalho motivador e autonomia do enfermeiro na prestação de cuidados, são indicadores de ambientes de trabalho favoráveis (Dubois, D'Amour, Pomey, Girard & Brault, 2013).

Segundo Dubois et al. (2012), estes três atributos supracitados encontram-se altamente relacionados e influenciam-se mutuamente. Compreender esta base teórica, apresentada pelos autores, confere uma maior clareza relativamente aos componentes-chave que compõem o modelo de organização dos cuidados de enfermagem, que visam o desenvolvimento e melhoria das intervenções. Esta ideia encontra-se esquematizada na figura 4.

Figura 4. Esquemática explicativa dos três atributos essenciais de Dubois et al. (2012).



Mais uma vez, o ambiente da prática de enfermagem, no estudo destes autores (2012), aparece como sendo fundamental para a prática de cuidados. De facto, este modelo de organização de cuidados está diretamente relacionado com o estudo do presente trabalho, sendo que ambientes desfavoráveis à prática de enfermagem estão associados a sobrecarga de trabalho, insatisfação com o trabalho, *turnover*, entre outros preditores, que obviamente colocarão em causa a organização dos cuidados.

Dubois, D'Amour & Tchouaket (2013) apresentam quatro modelos distintos de organização de cuidados, dois deles profissionais e os outros dois funcionais. Os profissionais são subdivididos em básico e inovador e os funcionais em básico e adaptativo. Relativamente aos modelos profissionais foram apresentados com recurso a profissionais mais habilitados para a prestação de cuidados e outras áreas que ajudavam a inovar e melhorar a qualidade dos cuidados, como o investimento em ambientes da prática de enfermagem positivos. Por sua vez, os modelos funcionais caracterizavam-se por uma intervenção menos especializada e muito mais focada na prática, não dando muita importância ao ambiente da prática.

Posteriormente, foi estudada, nos quatro diferentes modelos supracitados, a ocorrência de alguns *outcomes* negativos para os clientes, tais como: pneumonias, infeções do trato urinário, úlceras de pressão adquiridas no internamento, erros de administração de terapêutica, quedas e uso injustificado de contenção física. Os resultados demonstram que o risco de os clientes experienciarem algum evento adverso durante o internamento era significativamente menor nos modelos profissionais, relativamente

aos funcionais. De destacar que o modelo profissional inovador foi o que apresentou melhores resultados para os clientes, contribuindo fortemente para a ideia de que quanto mais habilitado está o enfermeiro e quanto mais favorável for o ambiente da prática de enfermagem, melhores são os *outcomes* para os clientes (Dubois et al., 2013).

Por fim, o *Quality Health Outcomes Model* é um modelo desenvolvido por Mitchell et al. (1998), a partir do enquadramento teórico proporcionado por Donabedian (1966), em que este sugeriu a avaliação da qualidade dos cuidados através do modelo linear constituído pela estrutura, processo e *outcomes*. O modelo desenvolvido por Mitchell et al. (1998), baseado em Donabedian (1966), vai mais longe e refere que a avaliação da qualidade dos cuidados não se estabelece assim tão linearmente. Segundo os autores (1998), a produção de resultados não acontece apenas através das relações e intervenções estabelecidas diretamente com o cliente. Neste modelo afirma-se que as relações que se estabelecem entre a estrutura, o processo e os resultados são dinâmicas e influenciam-se mutuamente. Os resultados que se obtêm são mediados pelos clientes e as suas características, bem como pelas intervenções e pelos processos estruturais.

Neste modelo consideram-se as características estruturais como os fatores que contribuem para desenvolvimento de todo o processo dinâmico, podendo afetá-lo direta ou indiretamente, e de forma positiva ou negativa. Algumas destas características estruturais do sistema envolvem os rácios enfermeiro-cliente, a qualidade do ambiente da prática de enfermagem, a utilização de tecnologia e inovação, a qualificação dos profissionais, entre outros. Entende-se por intervenções todos os processos clínicos e atividades realizadas, direta ou indiretamente, e que afetam o cliente. De salientar que as características e preferências de cada pessoa assumem uma grande importância no modelo, uma vez que existe a crescente sensibilização para a individualização dos cuidados de enfermagem. Por fim, os outcomes dizem respeito aos resultados consequentes deste processo dinâmico, desde dados estatísticos sobre a prevalência de morbilidade e mortalidade, à perceção dos clientes relativamente à sua saúde e satisfação com os cuidados, bem como aos custos a nível organizacional (Mitchell et al., 1998).

Assim, a carga de trabalho em enfermagem, como característica estrutural no presente modelo, é entendida como influenciadora dos *outcomes*, tanto para os enfermeiros, como para os clientes. Um dos resultados da sobrecarga de trabalho é a promoção de um ambiente de prática de enfermagem desfavorável. Uma vez que este processo é dinâmico, em vez de linear, o *outcome* ambiente da prática negativo irá ter impacto os clientes, as intervenções, os processos estruturais, bem como em todos os outros *outcomes* resultantes deste processo dinâmico.

Em jeito de conclusão, é pertinente referir que o ambiente da prática de enfermagem e os enfermeiros estabelecem uma relação profunda entre si, influenciada pelo enfermeiro gestor que é o responsável pela implementação de intervenções que visam os mais variados *outcomes* positivos ou negativos, tal como um ambiente de prática favorável ou desfavorável. De acordo com os modelos

teóricos apresentados, o enfermeiro gestor ao promover um ambiente favorável aumenta a satisfação dos enfermeiros e, conseqüentemente, a produtividade e qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

3. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Durante a revolução industrial traçaram-se novas abordagens e métodos sobre a forma como era conduzido e realizado o trabalho, dando origem a “uma sociedade onde impera o interesse próprio e prevalece o contrato de trabalho entre o empregado e o empregador e onde a gestão se torna um instrumento imprescindível” (Ferreira, 2012, p.57).

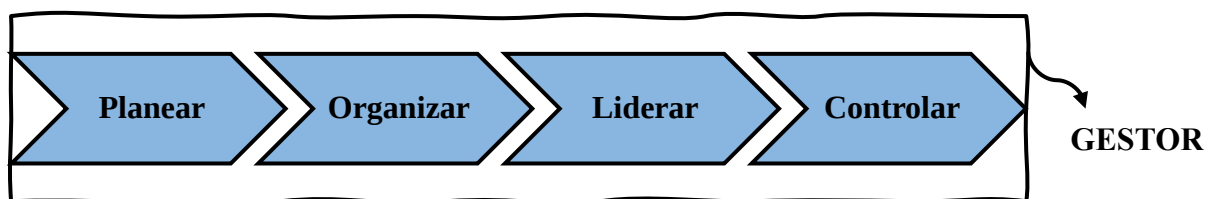
No despontar do século XX, dois engenheiros desenvolveram os primeiros trabalhos a respeito da administração. O americano Frederick Winslow Taylor iniciou a escola da Administração Científica com o intuito de aumentar a eficiência da indústria através da racionalização do trabalho operário, ou seja, enfatizando as tarefas. Já o francês Henri Fayol desenvolveu a Teoria Clássica, focada em aumentar a eficiência da empresa por intermédio da sua organização e da aplicação de princípios gerais de administração, dando ênfase, assim, à estrutura. Estas duas correntes dão origem à Abordagem Clássica da Administração e dos princípios científicos para a gestão, tendo como pressupostos a “necessidade de os trabalhadores serem instruídos sobre a melhor maneira de realizar uma tarefa e por uma função supervisora enfaticamente fiscalizadora e até punitiva” (Ferreira, 2012, p.57).

De um modo geral, gestão consiste na realização de um leque de atividades de forma sistematizada, onde se utilizam diferentes recursos e são tomadas decisões com o pressuposto de conferir a essas atividades o máximo de eficiência e eficácia (Carvalho, 2016). Esta função, como salientado por Schultz (2016), é da responsabilidade do gestor. Este tem, assim, o dever de cumprir planos, estabelecer metas, pesquisar informações sobre o ambiente onde está inserido, motivar as pessoas e monitorizar recursos. A qualidade da gestão é, provavelmente, o fator mais significativo no desempenho e no sucesso da organização.

De acordo com Lisboa, Coelho, Coelho e Almeida (2011) gerir é o processo de planejar, organizar, liderar e controlar todas as atividades realizadas pelos intervenientes da organização. Planejar é o processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito e como fazê-lo, definir objetivos e a melhor forma para os atingir de forma sistematizada. Organizar consiste em distribuir a autoridade, as tarefas e os recursos pelos elementos da organização para que, de forma eficiente, sejam atingidos os objetivos propostos. Liderar diz respeito à forma como os intervenientes são motivados e orientados para o desenvolvimento do trabalho. Esta etapa exige mais ação do que as acima mencionadas, pois o líder é responsável por proporcionar o ambiente propício à execução do trabalho com qualidade e no qual os trabalhadores se sintam satisfeitos. Controlar, por fim, consiste na função que permite aos gestores manter coerentes os objetivos definidos e cumpri-los, evitando eventuais desvios (Schultz, 2016; Huber, 2017).

Neste sentido, o papel do gestor é caracterizado pela responsabilidade de desempenhar as quatro tarefas supracitadas, tal como representado na figura 5 (Lisboa et al., 2011).

Figura 5. Funções do Gestor.



A função de planejar, organizar, dirigir e controlar depende da adesão de todos os envolvidos para colaborar numa rede de mútua influência. Nesta ótica, Costa (2018) reforça que apesar de a liderança ser importante para uma boa gestão, estes dois conceitos não devem ser confundidos. Todos os bons gestores deveriam ser bons líderes, na medida em que liderar constitui uma das funções do processo de gestão, sendo um líder aquele que pode influenciar os outros e detém autoridade para o fazer. No entanto, um indivíduo pode ser um ótimo gestor, organizado, eficiente, eficaz, justo, mas não ter capacidade para motivar os outros.

A “reforma” de enfermagem, iniciada por Florence Nightingale em Inglaterra, surge devido a problemas sociais e constituiu parte integrante de um movimento geral com o propósito de melhorar as condições de vida através do estabelecimento de programas educacionais de enfermagem. Nightingale foi, assim, um elemento decisivo para a reorganização e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem, fundando em 1860 a primeira escola de enfermagem em Inglaterra, o St. Thomas Hospital em Londres (Cherry & Jacob, 2019). Para a organização dos cuidados de enfermagem propôs um modelo que previa que as *nurses* prestassem cuidados diretos aos clientes, sob a supervisão e liderança das *ladies nurses* (Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles & Erdmann, 2013). Neste sentido, pode-se afirmar que a gestão em enfermagem se contextualiza desde essa altura.

A gestão em enfermagem visa controlar os fatores económicos, de sustentabilidade, de qualidade e de satisfação, quer dos profissionais e parceiros envolvidos, quer dos clientes que recorrem aos serviços oferecidos, quer da própria organização em si (Freitas, 2018). Huber (2017) acrescenta que a gestão em enfermagem é o processo que permite atingir uma prestação de cuidados de excelência, sendo essencial para a organização e sustentabilidade dos serviços de saúde, o que se revela um desafio para os seus gestores.

Sendo os enfermeiros o grupo profissional mais representativo do setor da saúde, exercem um papel essencial não apenas no processo de cuidados, mas também na gestão. Assim, de forma a reconhecer os enfermeiros no exercício de funções de gestão, a OE aprovou o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, publicado em Diário da República (Regulamento nº 76/2018), para reconhecer a extrema importância do exercício de funções de gestão em enfermagem. Portanto, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (2015) descrito no diploma referido anteriormente, o enfermeiro gestor

detêm um conhecimento efetivo, no domínio específico da gestão em enfermagem (...) sendo o motor de desenvolvimento (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

Ou seja, os enfermeiros gestores são fundamentais para a sustentabilidade da organização, independentemente do contexto assistencial, não só por gerirem o maior grupo profissional da saúde, mas também pelo papel decisivo que têm na avaliação das necessidades de todos os envolvidos (Freitas, 2018).

A 27 de maio de 2019, a Presidência do Conselho de Ministros reconheceu a importância dos enfermeiros na coordenação operacional das equipas de enfermagem, relativamente à gestão de cuidados e competências dos enfermeiros, que são aspetos essenciais na organização da atividade de enfermagem e bom funcionamento dos serviços, contemplando a categoria de enfermeiro gestor na nova carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº 71/2019).

O papel do enfermeiro gestor tem-se expandido para atender às necessidades das equipas de profissionais e dos clientes/famílias, e é considerado por muitos como o mais exigente nas organizações de saúde. Além da responsabilidade pelos resultados financeiros, os mesmos são responsáveis pela experiência que o cliente vivencia na organização, que inclui os resultados clínicos, bem como a satisfação. Tem, para além disso, a responsabilidade de promover um ambiente de trabalho seguro, envolvente e positivo para os seus profissionais. Os enfermeiros gestores devem, igualmente, promover o relacionamento com os líderes das várias equipas multidisciplinares, bem como o envolvimento médico em parceria com a enfermagem (Nelson, 2017; Yoder-Wise, 2019).

Como referido anteriormente, para gerir é necessário ter características de liderança (Silva, Ruiz, González & Freitas, 2019) que permitam unificar os objetivos do grupo, exercendo influência com ações intencionais sobre as pessoas da equipa para promover alterações no ambiente de trabalho (Bordin et al., 2018). Isto pressupõe um conjunto de valores que se concentram na autodisciplina, honestidade, compromisso e crescimento mútuo, que não deve ser confundido com postura de poder e autoridade (Borelli, 2018). A prática de liderança auxilia o enfermeiro na tomada de decisão e no reconhecimento profissional. É importante salientar que uma das unidades de competência do enfermeiro gestor em Portugal, de acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018), é a “direção, como um processo de influência sobre o comportamento dos elementos da equipa de trabalho”. Neste sentido, o mesmo deve adotar estratégias de liderança que garantam o desenvolvimento profissional e organizacional, sendo agente ativo de mudanças que adicionem valor à organização e à profissão. A prática de liderança adotada deve ser sustentada em valores (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018).

Os enfermeiros gestores têm, portanto, um papel fundamental e predominante no desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática de enfermagem (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015), onde os enfermeiros consigam exercer cuidados de qualidade e seguros aos clientes, ao mesmo tempo que alcançam os objetivos e resultados da organização (Labrague, McEnroe-Petitte, Leocadio, Van Bogaert & Cummings, 2018).

Fang e McDonald (2017) realizaram um estudo que demonstra que, de acordo com a percepção de 95,2% dos enfermeiros, a responsabilidade de garantir que não ocorra sobrecarga de trabalho recai sobre os enfermeiros gestores. Igualmente, num estudo realizado por Putra et al. (2021) verificou-se que quanto melhores forem as percepções dos enfermeiros sobre a carga de trabalho, a liderança e a valorização por parte dos enfermeiros gestores, menor é o desgaste emocional e despersonalização dos enfermeiros. Assim, uma liderança eficaz por parte dos enfermeiros gestores influencia positivamente a carga de trabalho, a justiça no trabalho e a valorização dos enfermeiros. A liderança influencia, consequentemente, o ambiente de trabalho, sendo os líderes os principais responsáveis pela promoção de ambientes de prática de enfermagem favoráveis reduzindo o *burnout* (Mudallal, Othman & Al Hassan, 2017). Corroborando os resultados dos estudos supracitados, Lin, Lin, Yeh, Lin & Hwang (2011) verificaram que o apoio dos gestores tem o maior impacto nas percepções individuais dos enfermeiros sobre a carga de trabalho, tanto na cultura ocidental como na oriental, constituindo, assim, um fenómeno mundial.

Desta forma, o enfermeiro gestor deve adotar estratégias que levem à retenção e satisfação profissional dos enfermeiros que lidera, promovendo ambientes favoráveis à prática profissional com o objetivo supremo de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados (Lin, et al., 2011). Neste sentido, é necessário ter uma força de trabalho robusta e comprometida à sua organização, onde encontre sentido no seu trabalho (Dempsey & Assi, 2018).

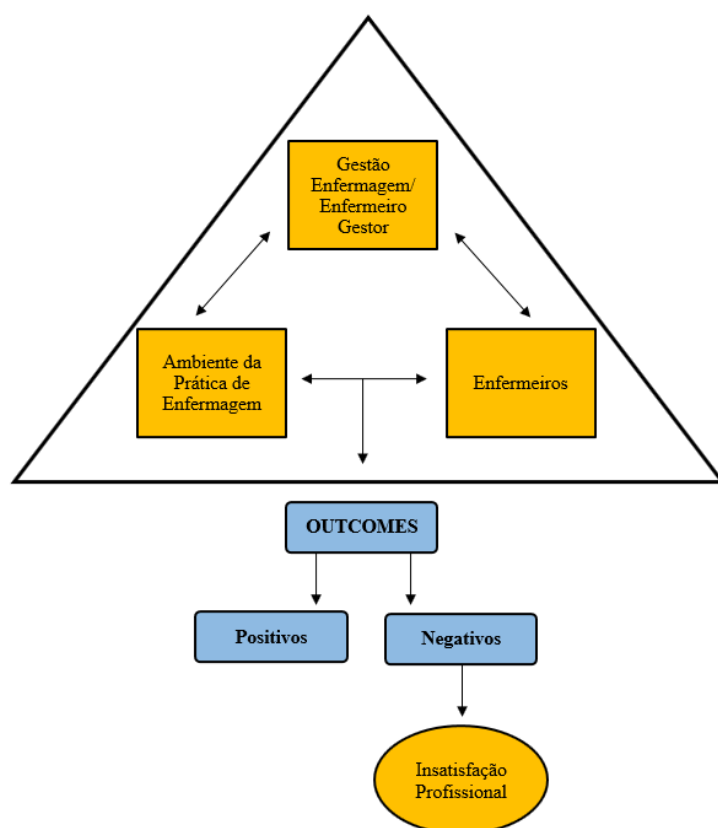
Blok, Anderson, Swamy e Mohr (2021) apresentam algumas estratégias a implementar pelos enfermeiros gestores para promover um ambiente favorável à prática de enfermagem, de acordo com o grau de comprometimento dos colaboradores: em serviços com equipas altamente comprometidas, o enfermeiro gestor deve dar reconhecimento aos profissionais, capacitá-los para a melhoria da qualidade dos cuidados envolvendo toda a equipa, através de atividades e reuniões conjuntas, e atribuir responsabilidades aos enfermeiros que comuniquem soluções para os problemas; nos serviços com equipas menos comprometidas é necessário que o enfermeiro gestor aja como um modelo, ou seja, “lidere pelo exemplo” para envolver a equipa. Em ambos os casos, independentemente do compromisso das equipas, os autores referem que o enfermeiro gestor deve adotar estratégias para proteger e apoiar os elementos, como indivíduos (apoio emocional e proteção do equilíbrio trabalho/vida pessoal), como profissionais (mediação de conflitos interdisciplinares, defesa das necessidades da equipa e carga de trabalho), e como membros de uma equipa (formação em conjunto para estimulação do espírito de equipa).

Um dos grandes desafios dos enfermeiros gestores é cumprir as metas do serviço e zelar pela segurança dos enfermeiros e clientes. Os enfermeiros gestores têm vindo a demonstrar que a sua consciência se bifurca entre cumprir os requisitos organizacionais e atender às necessidades das suas equipas (Fast & Rankin, 2018; Hegney et al., 2018). Atualmente, os orçamentos são, muitas vezes, o foco principal das organizações, sendo o trabalho orientado para a eficiência e não para os cuidados verdadeiramente necessários. Portanto, os enfermeiros gestores não podem descartar o impacto negativo que as restrições de custos têm na saúde física e emocional dos enfermeiros, dada a dissonância cognitiva que, inevitavelmente, resulta do desafio diário de prestar cuidados de qualidade aos seus clientes enquanto tentam cumprir as metas organizacionais (Harvey, Thompson, Otis & Willis, 2020).

Neste sentido, Putra et al. (2021) averigua que é importante que os enfermeiros gestores tenham um papel ativo na gestão hospitalar e que a mesma invista na prevenção e redução da incidência de *burnout* nos enfermeiros. Isto através de formação aos enfermeiros gestores baseada em gestão de carga de trabalho dos enfermeiros, e da criação de um sistema de recompensas que reconheça a qualidade dos cuidados prestados. É também essencial que os enfermeiros gestores atendam às necessidades individuais dos enfermeiros na elaboração do horário de trabalho, realizem uma distribuição equitativa dos clientes pelos enfermeiros de acordo com as suas competências, e proporcionem *workshops* de gestão de *stress* (Putra et al., 2021).

Em suma, o enfermeiro gestor influencia nitidamente a relação dos enfermeiros com o seu ambiente da prática e a perceção que os mesmos têm sobre a sua carga de trabalho, sendo o principal responsável pelos *outcomes* destes dois fatores, sejam eles positivos ou negativos (insatisfação profissional, por exemplo). Salienta-se igualmente o papel do enfermeiro gestor entre as diferentes equipas multiprofissionais. Os capítulos da presente investigação foram elaborados, deste modo, com o intuito de aprofundar e compreender esta influência.

Figura 6. Diagrama da relação entre enfermeiro gestor, enfermeiros e ambiente da prática de enfermagem.



4. TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Sabe-se que a maioria dos instrumentos de medida em saúde encontram-se publicados em inglês e são culturalmente direcionados para a população do país de origem do instrumento, sendo a construção dos mesmos bastante dispendiosa, quer financeiramente, quer a nível de tempo e permitindo ainda, a comparação de resultados de investigação internacionalmente. Por essa razão, recorre-se muitas vezes à adaptação cultural do instrumento, pois configura-se como a opção mais económica. Porém, o processo de tradução, adaptação e validação de uma escala para outra cultura não deixa de ser extremamente criterioso e complexo, tanto pelas diferenças culturais que complicam uma simples tradução, como pela qualidade metodológica. É, desta forma, necessário planeamento e rigor científico para que possa ser utilizado eficazmente no meio onde se pretende que seja aplicado (Nora, Zoboli & Vieira, 2018; Oliveira, Kuznier, Souza & Chianca, 2018).

Segundo Vilelas (2017), um instrumento de medida, quando é utilizado numa cultura diferente daquela em que foi construído, necessita de ser submetido a uma série de validações e processos rigorosos de forma a realizar-se a sua tradução e adaptação cultural, bem como a avaliação das propriedades de medida. Neste sentido, a tradução de uma escala deve permitir a comparação de conceitos entre os inquiridos que pertençam a culturas diferentes, ou seja, este processo tem de ir muito além da tradução direta, pois requer uma adaptação e conservação do significado dos conceitos da escala original na língua-alvo (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Nora et al., 2018).

Existem diferentes propostas relativamente ao processo de adaptação transcultural de instrumentos. Segundo os resultados de Machado et al. (2018), 49,0% das adaptações culturais e linguísticas de instrumentos de medida na área da saúde utilizaram a metodologia proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2007). Também Oliveira et al. (2018), na sua amostra, verificaram que 78,6% das adaptações utiliza este método, sendo o mesmo essencial para obtenção de uma apropriada e válida adaptação cultural.

O processo de tradução inicial começa após uma autorização formal do autor da escala. Numa primeira fase da adaptação deve começar por se realizar a equivalência linguística, idiomática e concetual (Beaton et al., 2007). Para este efeito, devem realizar-se, pelo menos, duas traduções, de forma a se identificar, através da comparação entre ambas, as discrepâncias adjacentes à ambiguidade do idioma original, sendo o objetivo nesta fase preservar ao máximo o significado de cada item da língua original. Estes tradutores têm de ser altamente qualificados e dominar ambas as línguas, informando-se um deles sobre a temática e objetivo do estudo (Beaton et al., 2007; Nora, et al., 2018; Vilelas, 2017). Seguidamente, é realizada a síntese das traduções, ou seja, é necessária uma reunião entre os peritos para analisar ambas as traduções e elaborar uma versão consensual entre as mesmas (Beaton et al., 2007; Nora, et al., 2018; Vilelas, 2017). A validação por peritos é a apreciação realizada por um grupo de

peças experientes na temática do instrumento, aos quais cabe analisar a correção, coerência e adequação do conteúdo, tornando-o mais confiável, preciso, válido e decisivo para o que se propõe medir (Nora et al., 2018).

Seguidamente, processa-se a retroversão, ou seja, volta-se a traduzir para a língua original a versão consenso resultante da tradução da fase anterior. Para isso, recorre-se a um terceiro tradutor com domínio em ambas as línguas que não tenha conhecimento na área e que nunca tenha visto a escala original (Beaton et al., 2007; Oliveira et al., 2018). Após a tradução realizada por este, compara-se com a versão original e analisa-se as ambiguidades e interpretações incorretas (Beaton et al., 2007; Vilelas, 2017; Oliveira et al., 2018).

Posteriormente, realiza-se a revisão por especialistas, ou seja, há novamente uma reunião entre os peritos para comparação entre a versão original e a última versão gerada pela retroversão, avaliando-se item por item, tendo especial atenção às expressões e vocábulos duvidosos ou imprecisos, até se chegar a um consenso. O objetivo desta reunião é chegar à versão final da escala traduzida para a língua alvo, pronta para ser testada (Beaton et al., 2007; Vilelas, 2017; Oliveira et al., 2018). É importante referir que, nesta fase, avalia-se também o processo de equivalência conceitual e cultural, para além da linguística, ou seja, é preciso ter em conta a relevância e o significado de um conceito noutra cultura na tradução e retroversão da escala, não recorrendo apenas a uma tradução direta (Beaton et al., 2007).

A etapa final do processo de adaptação é o pré-teste, que envolve a aplicação da versão final da escala traduzida num grupo de indivíduos com características comuns e posterior avaliação da opinião dos mesmos relativamente à compreensão da escala, para esclarecer e refinar os itens, assim como medir o tempo de preenchimento da mesma (Beaton et al., 2007; Vilelas, 2017). No que concerne ao número de indivíduos que deve integrar o pré-teste, Beaton et al. (2007) refere que, 30 a 40 pessoas é o ideal, no entanto, Sousa e Rojjanasritat (2011) aponta para 10 a 40 indivíduos. Um estudo de Perneger, Hudelson, Courvoisier e Gayet-Ageron (2015) debruçou-se, matematicamente, sobre esta questão, de forma que o pré-teste fosse realizado com segurança e considerando o surgimento de problemas na escala, e chegou ao valor mínimo de 22 indivíduos para se conseguir detetar 90% desses problemas. Se mais de 20% da amostra tiver dúvidas sobre a escala, então esta deverá ser analisada e novamente traduzida (Beaton et al., 2007; Vilelas, 2017). Outros estudos omitem tais valores ou referem que é necessário a maior amostra possível, não havendo um consenso entre a literatura neste âmbito.

Segundo Vilelas (2017), todos os passos supracitados referem-se à fase qualitativa do processo de tradução e validação de uma escala. Seguidamente, inicia-se a fase quantitativa, que implica a aplicação da versão traduzida numa amostra e a análise da equivalência psicométrica. De acordo com Vilelas (2017)

não há consenso na literatura acerca do melhor método utilizado para o processo de adaptação cultural, porém é notório que traduzir um instrumento, mesmo que os termos sejam adaptados e contextualizados,

não significa validá-lo. As propriedades psicométricas de um instrumento devem ser avaliadas para se verificar a precisão da medida após a sua adaptação.

Assim, a avaliação da qualidade das propriedades psicométricas de um instrumento de medida verifica-se através da prova de validade, ou seja, garantir que a escala mede o que é pretendido medir, e da prova de fiabilidade, isto é, assegurar que se a medição for repetida, com as mesmas condições e os mesmos indivíduos, o resultado é idêntico (Gray et al., 2020; Vilelas, 2017). Acontece que, ao se traduzir uma escala de um idioma para outro, a fiabilidade e a validade são alteradas. Neste sentido, para que uma escala traduzida tenha qualidade, a mesma deve ser sujeita a uma série de testes estatísticos (Nora et al., 2018). Todo o procedimento supracitado para a tradução e validação do instrumento de medida encontra-se esquematizado na figura 7.

O grau de fiabilidade, segundo Gray et al. (2020), apresenta-se sob a forma de um coeficiente de correlação (r) e pode variar entre 0 (ausência de correlação) e 1 (correlação perfeita). De acordo com os resultados dos estudos, nunca é possível obter-se uma correlação perfeita, pois existe sempre algum erro de medida nos instrumentos. O teste mais utilizado quando existem várias possibilidades de escolha para obtenção da pontuação, como na escala de *Likert*, é o coeficiente alfa de *Cronbach*. Este é obtido através da variância dos itens e da variância da soma dos itens de cada participante, de forma a investigar as possíveis relações entre os itens. Para se calcular o coeficiente alfa de *Cronbach* é necessário utilizar várias variáveis, tais como: o número de questões da escala, a variância de cada questão e a variância total do instrumento (Vilelas, 2017). Para uma boa consistência interna, o alfa deverá exceder os 0,8, porém para escalas com um número reduzido de itens e recém-criadas são aceitáveis valores acima dos 0,6 (Gray et al., 2020).

Quadro 1. Escala de consistência interna do coeficiente Alfa de *Cronbach*.

Valores de α	Interpretação
Superior a 0,9	Consistência muito boa
Entre 0,8 e 0,9	Boa
Entre 0,7 e 0,8	Razoável
Entre 0,6 e 0,7	Fraca
Inferior a 0,6	Inadmissível

Fonte: Almeida (2017)

Avaliar a estabilidade temporal do instrumento também poderá ser vantajoso, o que significa aferir a sua reprodutibilidade ao longo do tempo, sem que as condições do sujeito se tenham alterado. Para tal, é necessário realizar teste-reteste. O investigador, conforme aquilo que o instrumento pretende avaliar, escolhe o tempo ótimo para a aplicação deste teste e deverá justificar devidamente essa escolha, ainda que seja algo altamente variável (Gray et al., 2020). Deverá recorrer ao teste de amostras emparelhadas, que nos remete para uma correlação de *Pearson*, para amostras com distribuição normal,

esperando-se que os valores resultantes oscilem entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximos de 1 maior é a estabilidade temporal. Para as amostras cuja distribuição não respeite a normalidade, utiliza-se, por sua vez, o método não paramétrico do coeficiente de correlação de *Spearman* para este efeito (Vilelas, 2017; Gray et al., 2020).

Quadro 2. Intensidade de correlação de *Pearson* (Vilelas, 2017).

Valores de intensidade	Interpretação
0,9 a 1	Relação muito forte
0,7 a 0,9	Relação forte
0,4 a 0,7	Relação moderada
0,2 a 0,4	Relação fraca
0 a 0,2	Relação muito fraca

Fonte: Vilelas (2017)

Relativamente à validade, a mesma refere-se ao grau de precisão do instrumento em conseguir avaliar e refletir o construto a que se propôs e pode-se dividir em 3 tipos: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Vilelas, 2017; Polit & Beck, 2019; Gray et al., 2020).

A validade de conteúdo, através da evidência, garante que os itens de um instrumento representam e abrangem adequadamente o que se pretende medir (Vilelas, 2017; Polit et al., 2019; Gray et al., 2020). Tendo em conta que não existe nenhum teste estatístico para este efeito, é utilizada uma abordagem qualitativa (Souza et al., 2017), através do parecer de tradutores e peritos durante o processo de criação do instrumento (Vilelas, 2017; Polit et al., 2019; Gray et al., 2020).

A validade de critério avalia a eficácia de um teste predizer um comportamento em determinada situação, através da comparação entre uma medida conhecida, que sirva de critério, e o instrumento proposto (Vilelas, 2017; Polit et al., 2019; Gray et al., 2020).

A validade de construto, por sua vez, procura avaliar se o instrumento consegue medir uma amostra representativa de um domínio específico e finito de comportamentos, sem existência física como a medição da felicidade, motivação, bem-estar, etc. A análise fatorial é o procedimento mais utilizado para determinar a validade deste construto, sendo que também existe a análise estrutural e teste de hipóteses para esta finalidade (Vilelas, 2017; Polit et al., 2019; Gray et al., 2020).

Segundo Gray et al. (2020), a análise fatorial é uma técnica empregue “para determinar as relações estabelecidas entre um largo número de variáveis, com o objetivo de as reduzir em pequenos subcomponentes ou dimensões, identificados como *clusters*, que são mais intimamente relacionados (fatores)”. Após a realização deste agrupamento, o investigador deverá atribuir um nome a cada fator, tendo em conta o elemento comum que define esse *cluster*. A análise fatorial pode ainda ser dividida em: análise fatorial exploratória (AFE), que analisa o padrão de correlações existentes entre os vários

itens do instrumento, para os agrupar em *clusters* conforme a proximidade da sua relação; e análise fatorial confirmatória (AFC), quando o investigador quer validar e confirmar o número de fatores ou subcomponentes do instrumento, podendo os itens que não se relacionam com nenhum fator ser eliminados (Gray et al., 2020).

Para que a aplicação desta técnica de análise de dados tenha utilidade, antes da sua realização é necessário definir se as correlações entre as variáveis originais são elevadas o suficiente. Neste sentido, recorre-se inicialmente ao teste de Esfericidade de *Bartlett*, cujos resultados deverão ser $p\text{-value} < 0.001$ para que as variáveis se correlacionem de forma significativa. Utiliza-se, também, a medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), que se define por "uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis" (Marôco, 2021). Esta deverá ter valores acima de 0,50 para serem aceitáveis, considerando-se que existe uma boa recomendação para a utilização da análise fatorial a partir de 0.80.

Quadro 3. Escala do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*.

Valores de KMO	Interpretação
0.90 – 1.0	Excelente
0.80 – 0.90	Boa
0.70 – 0.80	Média
0.60 – 0.70	Medíocre
0.50 – 0.60	Mau, mas aceitável
< 0.50	Inaceitável

Fonte: Almeida (2017)

Aquando da extração de fatores, apenas se deve reter “o número mínimo de fatores que nos permitam explicar convenientemente o fenómeno em estudo” (Marôco, 2021). Deste modo, para ajudar o investigador a decidir o número adequado, deve-se usar o critério de Kaiser (ou regra de *eigenvalue* superior a 1), que representa o facto de que apenas se deve reter fatores que expliquem mais informações do que a informação estandardizada de uma variável original (classifica como 1). Esta regra deverá ser considerada em conjunto com outros critérios, como o critério *Scree plot*, que representa a necessidade de retenção de fatores até ao ponto de inflexão em que o ganho da variância total explicada já não é considerável. Por norma, este critério é explicado em gráfico e traduz-se numa curva gerada por uma abrupta descida no *eigenvalue*. De uma forma geral, pode-se considerar que se terá de extrair um número de fatores mínimo que explique, pelo menos, 50% da variância total (Marôco, 2021).

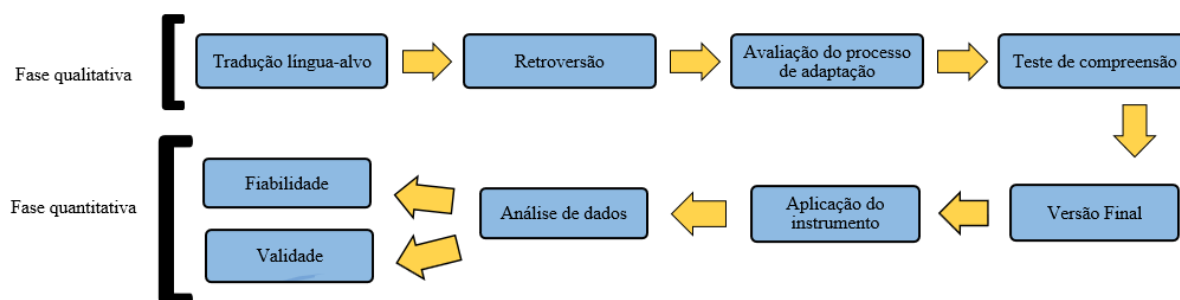
Por fim, para tornar a solução fatorial mais fácil de interpretar, poderá recorrer-se à rotação de fatores. Através do método *varimax* realiza-se a rotação dos eixos, sem qualquer tipo de alteração na variância específica ou comunalidades, sendo o objetivo somente “obter uma estrutura fatorial na qual

uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único fator, e pouco associada com os restantes” (Marôco, 2021).

Para se realizar os testes estatísticos das propriedades de um instrumento recorre-se a um programa informático de estatística para ciências sociais, como por exemplo o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) (Marôco, 2021).

Por último, para a validação cultural de uma escala é necessário ter em conta a dimensão da amostra, que consiste na fração de uma determinada população sobre a qual se realiza um estudo, devendo ser representativa através da presença de determinadas características em todos os sujeitos integrantes. Para a tradução e adaptação cultural de um instrumento de medida especificamente, o número mínimo de indivíduos a responder (N) é calculado através da fórmula $N = 5 \times K$, sendo K o número de itens da escala, ou seja, por cada item terá de se ter uma amostra mínima de 5 indivíduos (Vilelas, 2017). Porém, segundo Gray et al. (2020), para que exista alguma expressão a nível científico, deverá ser 10 indivíduos por item.

Figura 7. Diagrama explicativo da fase quantitativa do processo de validação.



PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

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

Um dos indicadores mais importantes para o compromisso dos enfermeiros com a sua organização é a satisfação com o ambiente da prática (Ogata et al., 2017). Enfermeiros insatisfeitos tendem a concentrar-se apenas no cumprimento das suas funções, em vez de se focarem no cliente, sem terem em consideração a qualidade dos cuidados prestados. Enfermeiros insatisfeitos tendem, também, a deixar o seu emprego, o que afeta, consequentemente, a qualidade dos cuidados pela escassez de enfermeiros. Além disso, a segurança do cliente diminuirá, pois aumenta a tendência para ocorrência de erros. Por outro lado, aumentará a carga financeira sobre o hospital, devido aos acertos de contas com os profissionais que saem e ao pagamento a novos enfermeiros (Backhaus et al., 2017; Suliman et al., 2017).

A necessidade de compreender a natureza do trabalho de enfermagem tem vindo a aumentar, como resultado da evolução contínua do setor da saúde (Alghamdi, 2016). Questões relacionadas com a carga de trabalho em enfermagem, as equipas e os resultados nos clientes estão, cada vez mais, a tornar-se interessantes para os governos, empregadores e profissionais de saúde (Toffoli, 2011). A OE (2016) afirma que é necessário rever os orçamentos em saúde, pois os cuidados são cada vez mais complexos, prestados com recurso a meios tecnológicos. Para além disso, existe a necessidade de se realizar mudanças organizacionais que visem a obtenção de um número adequado de profissionais de saúde, em particular de enfermeiros, que garanta a prestação de cuidados de excelência, seguros e eficazes.

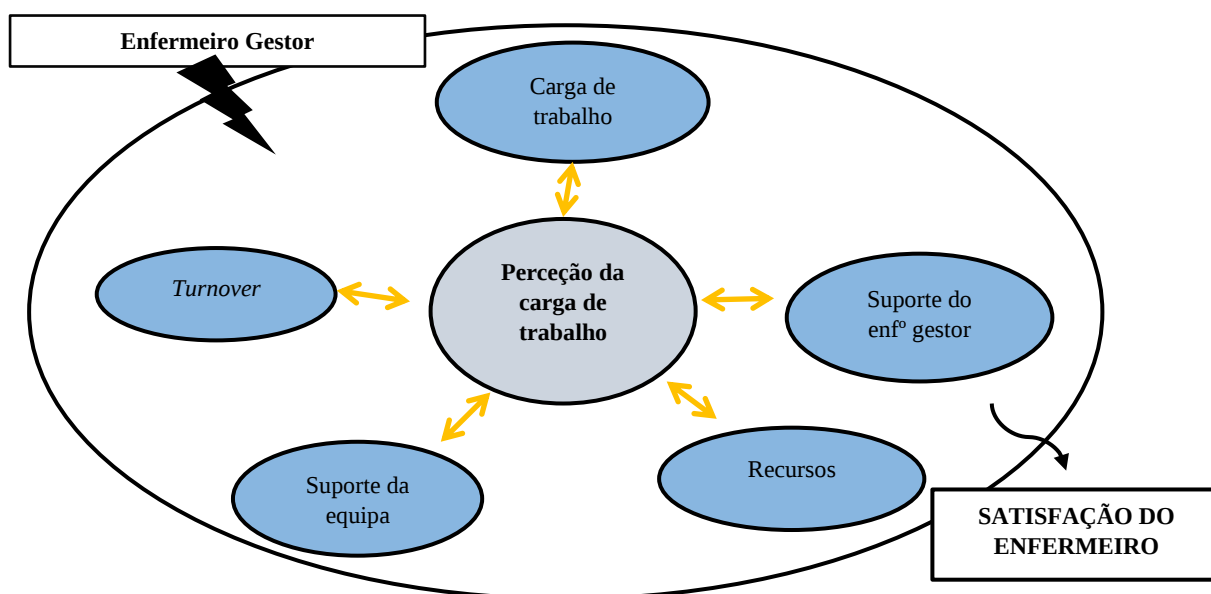
A carga de trabalho tem uma relação negativa com a satisfação dos enfermeiros e qualidade dos cuidados, tendo, por outro lado, juntamente com os conflitos entre os enfermeiros, uma relação positiva com o *turnover* (Bautista et al., 2020). A carga de trabalho excessiva é o principal motivo de insatisfação dos enfermeiros (Ball, et al., 2016), sendo, neste sentido, necessário e relevante avaliar a mesma.

Os instrumentos de medida da carga de trabalho existentes são inadequados, pois concentram-se em medidas objetivas, tais como: horas gastas com um cliente por dia ou níveis de dependência do cliente determinados pela quantidade de cuidados necessários a realizar num certo período. Muitos estudos descobriram que a falta de suporte e satisfação com o ambiente de trabalho estão, não só,

diretamente relacionados com a saída dos enfermeiros, mas também com o recrutamento dos mesmos. Especificamente, os enfermeiros referiram que as cargas de trabalho desadequadas e a falta de suporte organizacional são fatores críticos para a sua insatisfação e intenção de sair (Holland, Tham, Sheehan & Cooper, 2019). Em Portugal, não existe um instrumento disponível que consiga avaliar com rapidez e precisão onde é que as melhorias organizacionais são necessárias, de forma a reverter as perceções negativas dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho (Cox et al., 2010; Alghamdi, 2016; Holland et al., 2019).

O enfermeiro gestor tem um papel fundamental a desempenhar na resolução da problemática supracitada, tendo em conta que faz parte das suas funções gerir recursos humanos e garantir as melhores práticas profissionais (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015). Segundo Blok et al. (2021), o enfermeiro gestor é o principal responsável pela promoção de ambientes favoráveis à prática de enfermagem, devendo implementar estratégias que visem os interesses das suas equipas e clientes, de forma a melhorar as perceções das cargas de trabalho dos enfermeiros (Figura 8).

Figura 8. Diagrama explicativo do papel do enfermeiro gestor no ambiente da prática de enfermagem.



Assim, é importante prover aos enfermeiros gestores escalas que permitam realizar uma avaliação sobre as perceções dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho (Cox et al., 2010). A realização desta investigação poderá ter, por conseguinte, um impacto significativo para os enfermeiros gestores, mas também nos restantes enfermeiros, pois pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de melhoria dos ambientes da prática de enfermagem e, consequentemente, aumentar a satisfação.

Existem três escalas de avaliação da carga de trabalho validadas para a cultura portuguesa (TISS, TISS-28 e NAS). No entanto, como foi referido anteriormente, são escalas objetivas que se focam na quantificação de intervenções e tempo despendido na realização das mesmas (Simões, 2020).

Por esta razão, surgiu o interesse de validar para o contexto cultural português uma escala que avaliasse os domínios que envolvem a carga de trabalho de enfermagem e que forneçam importantes informações ao enfermeiro gestor para o desenvolvimento de estratégias que promovam ambientes favoráveis à prática de enfermagem e qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Assim, partindo da **questão de investigação** “Que características psicométricas apresenta a IWPS-R para a população portuguesa?” procurou-se delinear um **objetivo geral**, sendo este “Adaptar culturalmente/linguisticamente e validar a IWPS-R, dando origem à versão portuguesa da mesma”. Com os **objetivos específicos**:

- Traduzir para português a escala IWPS-R;
- Adaptar a IWPS-R ao contexto cultural português;
- Analisar as características psicométricas da IWPS-R.

2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados deste estudo é a *Individual Workload Perception Scale – Revised* (Anexo I). Esta escala foi desenvolvida por Karen Cox em 2010 e deriva da IWPS original que foi criada em 2002, inicialmente com 46 itens. A IWPS-R é composta por 5 subescalas (*Manager Support*, *Peer Support*, *Unit Support*, *Workload* e *Intent to Stay*), num total de 29 itens de resposta fechada tipo *likert*, entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). As definições operacionais das subescalas encontram-se no quadro 5. A variação total dos resultados poderá ir de 29 a 145 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação, mais satisfeito está o enfermeiro com a sua carga de trabalho (Ross, 2017; Lin et al., 2011; Cox et al., 2010).

Esta escala tem sido amplamente utilizada em diversos estudos (Alghamdi, 2016; Ross, 2017; Suliman, et al., 2017; Gu & Zhang, 2014) e já foi traduzida e validada para 3 idiomas diferentes: mandarim e grego (Lin, et al., 2011; Alikari, & Fradelos, 2021). Prevê-se que para a completar se demore cerca de 10 a 15 minutos. Pontuar e interpretar os resultados também é considerado simples (Cox et al., 2010).

Relativamente à sua validade, no estudo original de Cox et al. (2010), a consistência interna teve um α Cronbach de 0,9 e as subescalas variam entre 0,7 e 0,9.

Quadro 4. Distribuição dos itens da IWPS-R (Cox et al., 2010).

Subescala	Número de itens	Itens	α
<i>Manager Support</i>	8	1, 5, 9, 14, 20, 21, 24, 27	0,9
<i>Peer Support</i>	6	7, 8, 15, 16, 26, 29	0,9
<i>Unit Support</i>	6	6, 10, 12, 18, 19, 25	0,7
<i>Workload</i>	6	2, 3, 4, 11, 22, 28	0,8
<i>Intent to Stay</i>	5	11, 13, 17, 23, 28	0,9
Total	29 (11 e 28 com dualidade de carga)		0,9

Quadro 5. Definição das subescalas da IWPS-R (Cox et al., 2010).

Dimensão	Definição operacional
<i>Manager Support</i>	A forma como os enfermeiros percebem que os seus gestores são prestativos e preocupados com as suas necessidades.
<i>Peer Support</i>	A relação que os enfermeiros têm uns com os outros.
<i>Unit Support</i>	Até que ponto os enfermeiros sentem que têm acesso aos materiais, recursos, suprimentos e serviços para realizarem o seu trabalho.
<i>Workload</i>	Até que ponto a pressão e a sobrecarga dominam o ambiente de trabalho.
<i>Intent to say</i>	Tentar medir a probabilidade de os enfermeiros permanecerem no seu trabalho.

O desenvolvimento deste instrumento foi baseado na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que exemplifica como um indivíduo se move através da hierarquia das necessidades: fisiológicas, segurança, sociais, estima e autorrealização. Neste sentido, quando a primeira necessidade é cumprida (fisiológica), a pessoa sobe para a próxima etapa e assim sucessivamente (Cox et al., 2010). Assim, os enfermeiros devem ter as suas necessidades básicas, do nível inferior, satisfeitas antes que os gestores possam implementar algo nas suas necessidades superiores. O instrumento IWPS-R mede as necessidades do nível inferior (fisiológicas, segurança e sociais) (Quadro 6).

Quadro 6. Perguntas da IWPS-R baseadas na Hierarquia das Necessidades de Maslow (Cox et al., 2010).

Fisiológico	<i>“I am able to take at least a 30-minute meal break during my shift”.</i>
Segurança	<i>“If the nurse manager is off duty the unit is encouraged to contact her/him when there are staffing difficulties.”</i> <i>“Equipment for patient care is available when needed”.</i>
Sociais	<i>“The nurses on my unit are a team”.</i>

A IWPS-R foi desenvolvida para ser uma ferramenta importante no fornecimento de informações necessárias para formular intervenções que visam melhorar a percepção dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho e, conseqüentemente, o ambiente da prática de enfermagem (Cox et al., 2010), promovendo, assim, a segurança e a qualidade dos cuidados.

3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Quando ocorre uma investigação em seres humanos são colocados em causa, muitas vezes, os direitos e a liberdade dos mesmos, tendo o investigador, neste sentido, a obrigação de fazer o levantamento das questões éticas e morais quando se realiza qualquer estudo (Vilelas, 2017). A Declaração de Helsínquia, inicialmente adotada pela *World Medical Association* (WMA) na 18ª Assembleia Geral, em junho de 1964, na Finlândia, presume que antes de se iniciar um projeto de investigação deve-se ter em conta os riscos e incómodos intrínsecos para os participantes, e que a investigação só poderá ser realizada se for comprovado que os benefícios expectáveis sejam superiores aos possíveis malefícios para os participantes (WMA, 2013). Neste sentido, segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, os participantes têm de ter a garantia que os seus direitos irão ser respeitados durante todo o processo do estudo, independentemente do seu âmbito. Acrescenta ainda que os interesses da sociedade e da ciência não devem prevalecer sobre o bem-estar e interesses dos participantes (UNESCO, 2006).

Neste estudo, segundo Gray et al. (2020) e Scott (2017), foram tidos em conta os seguintes princípios:

- **Princípio ético da beneficência**, ou seja, a obrigação de fazer o bem, maximizando os benefícios para os participantes e procurando, também, benefícios para a sociedade em geral, sendo o bem-estar dos indivíduos sempre o valor supremo, acima de qualquer interesse da investigação;
- **Princípio da não maleficência**, onde é garantido não se causar dano, protegendo o participante contra o prejuízo e desconforto. Assim, o investigador deverá fazer uma avaliação criteriosa de todos os riscos previsíveis e significativos a que o participante ficará exposto, de modo a evitá-los;
- **Princípio da fidelidade**, que salienta o dever do investigador em estabelecer uma relação de confiança com o participante, garantindo o anonimato, confidencialidade e o respeito pela sua intimidade, para assegurar que as suas respostas não serão divulgadas, nem identificadoras do mesmo;
- **Princípio da justiça**, que significa que todos os participantes receberão um tratamento justo e equitativo, pois todos terão acesso à mesma informação e o mesmo tratamento.

É essencial, também, a obtenção do consentimento informado, esclarecido e livre. Para obtê-lo é necessário que o participante tenha capacidade para compreender as informações que lhe são fornecidas relativamente à investigação e as suas implicações, e que tenha a capacidade cognitiva para permitir a sua participação. É necessário, igualmente, garantir ao participante que a sua colaboração no estudo estará sempre livre de repercussões (Scott, 2017). Segundo a Declaração Universal sobre Bioética

e Direitos Humanos, artigo 6.º, o consentimento informado deve conter toda a informação necessária e ser compreensível, para que o participante tome uma decisão informada, podendo o mesmo retirar o seu consentimento a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo ou desvantagem para si (UNESCO, 2006).

O investigador tem de deixar bem claro o que irá fazer com as respostas dos participantes após o término do estudo. Todas as informações pessoais deverão ser eliminadas de forma a proteger a intimidade dos participantes, ou caso seja necessário utilizar os dados recolhidos noutros estudos futuros, os mesmos deverão dar o seu consentimento já sabendo desta particularidade (Scott, 2017).

Para se recolher dados numa organização, os procedimentos éticos abrangem a necessidade de obtenção de uma autorização, ou mesmo várias, como, por exemplo, em relação ao respeito pelos direitos de autor (Scott, 2017). De acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a Declaração de Helsínquia, o protocolo de investigação deverá ser submetido a uma aprovação por uma comissão de ética antes de se iniciar a investigação. A mesma deverá verificar se o projeto representa uma cuidadosa avaliação dos riscos e se propõe medidas que os minimizem (UNESCO, 2006; WMA, 2013).

Para se realizar a validação e adaptação cultural e linguística da IWPS-R procedeu-se à obtenção de todas as autorizações ético-legais que são necessárias para a realização do presente estudo. Inicialmente, foi pedido formalmente, por via e-mail, à autora da escala, a permissão para utilizar o instrumento (Apêndice I), de forma a assegurar os direitos de autor. Após o pedido ter sido aceite (Apêndice II), foi entregue ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar pretendido, um pedido formal para poder aplicar os questionários. No pedido forneci toda a informação relativamente ao estudo e garanti o cumprimento dos direitos de confidencialidade e anonimato dos participantes, tal como a proteção dos dados de acordo com a Lei nº 58/2019, de 8 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais Portuguesa) e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia. Este pedido foi aceite (Apêndice II).

Os documentos e dados pessoais e não-pessoais serão, no fim do estudo, destruídos pelo investigador, ou em caso de sua impossibilidade, por terceiros.

4. METODOLOGIA

De acordo com a temática, a questão de investigação e os objetivos traçados, a abordagem da dissertação de natureza científica será do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. Será quantitativo, pois tem como objetivo expor, em evidência, relações entre as variáveis através da verificação de hipóteses, generalizando a população-alvo pelos resultados obtidos com as amostras. São, assim, metodicamente recolhidos dados averiguáveis junto dos participantes, que são analisados com o apoio de práticas estatísticas (Gray et al., 2020). É observacional, no sentido em que o investigador não tem intenção de intervir, mas sim descrever os acontecimentos que vão decorrendo de forma natural, bem como as relações que se vão estabelecendo com as diferentes variáveis e os efeitos das mesmas nos participantes do estudo (Almeida, 2017). Por fim, é descritivo-transversal porque fornece informação sobre a população-alvo de estudo, através da formação de um grupo representativo onde os dados são recolhidos num único momento (Almeida 2017; Gray et al., 2020).

Os enfermeiros portugueses seriam desejavelmente a população-alvo deste estudo, mas como a recolha de informação não foi possível em todo o universo populacional da classe, foi utilizada uma amostra representativa da mesma, pertencente a um Centro Hospitalar Universitário, na região de Lisboa. Uma vez que nem todos os elementos da amostra têm a mesma probabilidade de serem selecionados, o método de amostragem deste estudo é não-probabilístico. Por uma questão de congruência, serão selecionados elementos da amostra para se realizar o estudo, o que o torna conveniente (Marôco, 2018).

Para se proceder à recolha de dados, recorreu-se à plataforma *Google Forms*, que é uma aplicação *web* de gestão de pesquisas, gerida pela empresa *Google*, onde os utilizadores podem recolher informações através de questionários ou formulários via *online* (Andres, Andres, Moreschi, Rodrigues & Ferst, 2020). Os questionários foram enviados para o *e-mail* institucional dos participantes e estiveram disponíveis cerca de duas semanas, desde o dia 10 de fevereiro de 2022 até 26 de fevereiro de 2022.

Os questionários disponibilizados aos enfermeiros foram a *Individual Workload Perception Scale – Revised*, já traduzida para a língua portuguesa e um questionário de caracterização demográfica, académica, profissional e laboral (Apêndice III).

De modo a potenciar a taxa de resposta, foram utilizadas algumas estratégias definidas por Vilelas (2017), tais como: aplicação de instruções de preenchimento acessíveis e claras, sistema de perguntas simples e resposta rápida, e utilização do reforço. Estas são muito importantes, pois o reforço e o esclarecimento tendem a aumentar a taxa de resposta, uma vez que torna evidente a finalidade e utilidade do questionário ao inquirido.

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao programa IBM SPSS *Statistics*, V.27, para Windows, um programa de computador que realiza análises estatísticas para ciências sociais (Marôco, 2018; Vilelas, 2017).

4.1 Processo de Tradução e Adaptação da IWPS-R

Após a autorização formal por parte da autora Karen Cox para utilização do instrumento, o processo de tradução e adaptação iniciou-se com a **tradução** de inglês para português da escala por dois tradutores independentes, sendo um deles bilingue, fluente em inglês, com conhecimento dos objetivos do estudo e enfermeiro, e o outro igualmente fluente na língua inglesa, mas sem conhecimento do estudo e não sendo da área da saúde. A tradução e adaptação consistiu numa análise exaustiva, não sendo apenas baseada na dimensão lexical, mas também na adaptação cultural à realidade portuguesa, de modo a garantir que os itens mantinham o significado conceptual da língua original. Estas duas traduções independentes deram origem à versão A e à versão B (Apêndice IV).

Seguidamente, foi realizada a **síntese**, ou seja, uma análise das discrepâncias das duas versões, através de uma reunião constituída pela investigadora e pela orientadora, procedendo-se à análise individual de cada item com o objetivo de originar uma versão consenso (Apêndice V). É importante salientar que se teve especial atenção aos termos e expressões potencialmente ambíguos. Nesta fase, constatou-se que ambas as traduções estavam bastante semelhantes, com a presença de muitas palavras sinónimas e distribuições diferentes das palavras dentro da frase, mas que possuíam a mesma ideia, como demonstrado no quadro 7.

Quadro 7. Duas traduções independentes da IWPS-R (versão A e B).

Item	Versão A	Versão B
2	Posso fazer (...)	Eu consigo fazer (...)
3	(...) são distribuídas de forma justa entre a equipa (...)	(...) são justamente distribuídas dentro da unidade (...)
5	Se me queixar (...) ele será compreensivo	Se eu reclamar (...) ele irá ser empático
16	(...) na prestação de cuidados aos pacientes característicos da nossa população	(...) a cuidar da nossa população típica de utentes
19	(...) providenciam ajuda necessária...	(...) providenciam suporte adequado...
20	(...) para colmatar o mais rápido possível cargos disponíveis	(...) para preencher as vagas disponíveis na unidade em tempo oportuno

22	Tenho preocupações sobre a minha carga de trabalho excessiva comunicadas ao (...)	Eu expressei preocupações (...) sobre a minha carga de trabalho começar a ser demasiado pesada
25	Sou capaz de prestar apoio (...) aos pacientes a mim designados	Eu estou apto para fornecer suporte (...) aos utentes atribuídos a mim
26	(...) confortável em possuir um familiar a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço	(...) confortável ter um membro da minha família a ser cuidado pela equipa da minha unidade

Estas foram pequenas questões que se resolveram através do consenso. Foram decididas quais as organizações de frase, expressões e palavras sinónimas que mais simplificavam e promoviam a compreensão das afirmações.

Nesta fase, a maior dificuldade verificou-se na tradução da expressão “*my current position*” que foi traduzida na versão A para “meu cargo atual” e na versão B para “minha posição atual”. Inicialmente, optou-se por utilizar a versão B, verificando-se depois, porém, que tanto a versão A, como a B, poderiam estar mais associadas à atual categoria profissional do enfermeiro, e não à intenção do enfermeiro permanecer no seu serviço que seria o intuito original da autora, tendo em conta a definição apresentada no estudo pela mesma e a inserção destes itens na dimensão “*intent to stay*”. Assim, após conferenciar com um dos tradutores e, também, com a orientadora, optou-se por colocar a expressão “meu atual local de trabalho”, ao invés das versões A ou B.

Numa terceira etapa, a partir da versão consenso, realizou-se a **retroversão** por um terceiro tradutor, profissional, desconhecedor da versão original, dando origem à versão retrovertida (Apêndice VI). Nesta etapa, verificou-se que todos os itens traduzidos novamente para o inglês mantiveram os significados originais, sendo as diferenças apenas relativas à utilização de alguns sinónimos, como se pode constatar no quadro 8. Até a expressão “meu atual local de trabalho”, que despertava algum receio relativamente ao significado que iria adquirir com a retroversão, apresentou um resultado bastante positivo, sendo traduzida para o inglês novamente como “*my current workplace*” ou “*work at my current unit*”. Estas duas expressões, segundo o *Cambridge Advanced Learner’s Dictionary* e, também, o profissional que realizou a retroversão, referem-se, respetivamente, ao lugar onde as pessoas exercem o seu trabalho, e ao trabalho no atual serviço.

Quadro 8. Comparação da versão original com a versão resultante da retroversão da IWPS-R.

Item	Versão A	Versão B
1	(...) is off duty the unit is (...)	(...) is off work the team is (...)
5	If I complain about my workload (...)	If raise my concern regarding my workload (...)
8	When I feel overwhelmed (...)	When I feel overloaded (...)
10	(...) are available as needed by the patients I care for	(...) are available according with the social needs of the patients I look after
12	(...) experiences a major crisis (code blue, new life-threatening diagnosis) (...)	(...) experiences a serious happening (i.e. cardiac arrest, life-threatening event) (...)
14	(...) assists in working with patients and families who are unhappy with their care	(...) helps to deal with nursing care complaints from patients and their families
15	(...) my unit (...)	(...) my ward (...)
16	(...) are competent in caring for our typical patient population	(...) are skilled on specific nursing care referent to our type of ward
18	Supplies (...)	Resources (...)
27	(...) provides support in patient care when it is needed	(...) helps with nursing care when necessary
29	The nurses I work with (...)	My colleagues (...)

Numa quarta etapa, realizou-se a **revisão por especialistas**, em que se procedeu a uma comparação dos itens da escala original com os da retrovertida, procurando desvendar qualquer ambiguidade ou discrepância resultantes do processo de adaptação. Verificou-se, então, que há consenso e equivalência semântica do idioma e a nível conceptual. Assim, deu-se origem à versão portuguesa da IWPS-R e procedeu-se ao teste de compreensão, ou pré-teste.

O pré-teste foi aplicado numa amostra de 25 enfermeiros. A aplicação do mesmo foi realizada através da plataforma *Google Forms*. O preenchimento do questionário demorou entre 10 a 15 minutos, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Cox et al. (2010).

Os 25 inquiridos foram convidados a comentar o que entendiam, relativamente ao significado dos itens e se os mesmos suscitavam quaisquer dúvidas. Desta caixa de comentários, dois dos inquiridos escreveram:

- “As perguntas 13, 17 e 23 são muito semelhantes”

- “Pelo menos 3 das questões acima colocadas visam saber se nos próximos 12 meses há intenção de continuar na mesma instituição”

Quadro 9. Comparação entre os itens 13, 17 e 23 (em português).

13. Não planeio ficar no meu atual local de trabalho nos próximos 12 meses.
17. Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses.
23. Tenciono procurar um novo posto de trabalho num serviço ou instituição diferente nos próximos 12 meses.

De facto, existe uma evidente semelhança entre as afirmações, principalmente entre os itens 13 e 23. O item 17 é o oposto do item 13 (“não planeio ficar” e “planeio ficar”). Relativamente às afirmações 13 e 23, na escala original em inglês apresentam-se da seguinte forma:

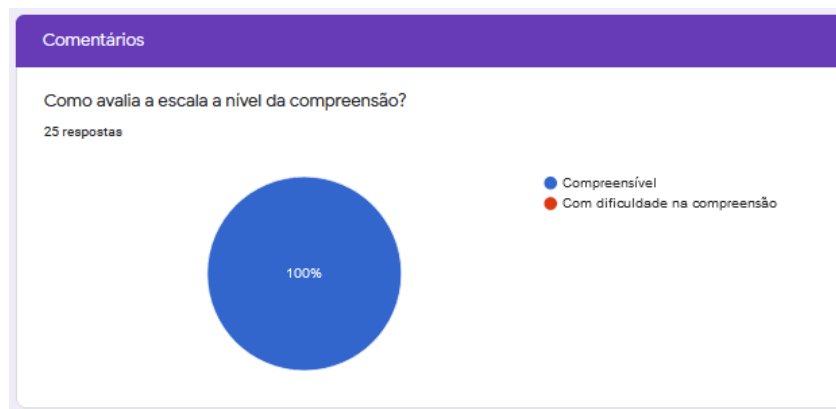
Quadro 10. Comparação entre os itens 13 e 23 (em inglês).

13. <i>I do not plan to stay in my current position for the next 12 months</i>
23. <i>I intend to look for a new position in a different unit or in a different organization within the next 12 months</i>

De forma a esclarecer a diferença entre ambas, sem correr o risco de alterar o significado original das afirmações, foi validada com a autora da escala a diferença entre as mesmas. Da resposta oferecida pela autora Karen Cox (Apêndice VII), compreendeu-se que o item 13 está relacionado com o facto de o enfermeiro pensar/planear não permanecer no seu atual local de trabalho, ou seja, não há uma decisão definitiva relativamente à sua intenção de não ficar. No item 23, no entanto, há uma intenção de procurar um novo local de trabalho, existindo, assim, um “plano ativo” de não permanecer no atual local de trabalho nos próximos 12 meses. Neste sentido, verifica-se que as traduções iniciais são fiéis aos esclarecimentos da autora e, por isso, decidiu-se, juntamente com a orientadora, mantê-las.

Os restantes inquiridos (n = 23), 92% da amostra, não manifestaram qualquer problema com o preenchimento da escala. A nível da compreensão, 100% dos inquiridos (Figura 9) responderam que a escala se encontra compreensível.

Figura 9. Resposta dos inquiridos relativamente ao nível de compreensão da escala



Quadro 11. Comparação entre a versão original (em inglês) e a versão final (em português) da IWPS-R.

Versão Original	Versão Final
1. <i>If the nurse manager is off duty the unit is encouraged to contact her/him when there are staffing difficulties.</i>	1. Se o enfermeiro gestor estiver de folga, a equipa é incentivada a contactá-lo em caso de dificuldades de pessoal.
2. <i>I am able to take at least a 30 minute meal break during my Shift.</i>	2. Consigo fazer uma pausa para refeição de, pelo menos, 30 minutos durante o turno.
3. <i>Individual assignments are fairly distributed within the unit given the available resources.</i>	3. As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis.
4. <i>Most days I feel my workload is reasonable.</i>	4. Na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável.
5. <i>If I complain about my workload to the nurse manager she/he will be empathetic.</i>	5. Se eu reclamar junto do enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático.
6. <i>Equipment (blood pressure machines, sat monitors, scales, lifts, wheelchairs, thermometers) for patient care is available when I need it for patient care.</i>	6. Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário.
7. <i>I work with nurses who I respect professionally.</i>	7. Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente.
8. <i>When I feel overwhelmed I can count on other nurses to help me.</i>	8. Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar.

9. <i>I stay in my current position because of the support of my nurse manager.</i>	9. Mantenho-me no meu atual local de trabalho devido ao apoio do enfermeiro gestor.
10. <i>Social workers are available as needed by the patients I care for.</i>	10. Os assistentes sociais estão disponíveis para os clientes que eu cuido, conforme as necessidades.
11. <i>My current workload will cause me to look for a new position.</i>	11. A minha atual carga de trabalho far-me-á procurar um novo local de trabalho.
12. <i>When a patient experiences a major crisis (code blue, new life-threatening diagnosis) or dies a chaplain is available to support the patient and/or their family.</i>	12. Quando um cliente experiencia um acontecimento grave (paragem cardiorrespiratória, diagnóstico de risco de vida) ou morre, está disponível um capelão para apoiar o cliente e/ou a sua família.
13. <i>I do not plan to stay in my current position for the next 12 months.</i>	13. Não planeio ficar no meu atual local de trabalho nos próximos 12 meses.
14. <i>The nurse manager assists in working with patients and families who are unhappy with their care.</i>	14. O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os clientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados.
15. <i>The nurses on my unit are a team.</i>	15. Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa.
16. <i>The nurses I work with are competent in caring for our typical patient population.</i>	16. Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados à tipologia de clientes do serviço.
17. <i>I plan to stay in my current position for at least the next 12 months.</i>	17. Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses.
18. <i>Supplies (IV supplies, catheters, dressings, syringes, linens) for patient care are available when I need them.</i>	18. Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são necessários.
19. <i>Pharmacy services provide adequate support in the medication process.</i>	19. Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado na gestão do processo da medicação.
20. <i>The nurse manager actively works to fill open positions on the unit in a timely manner.</i>	20. O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis no serviço em tempo oportuno.

21. <i>The nurse manager is actively involved in securing enough staff each shift that is needed.</i>	21. O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno.
22. <i>I have voiced concerns about my workload being too heavy to the nurse manager or charge nurse.</i>	22. Expressei preocupações sobre a minha carga de trabalho ser excessiva ao enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável.
23. <i>I intend to look for a new position in a different unit or in a different organization within the next 12 months.</i>	23. Tenciono procurar um novo posto de trabalho num serviço ou instituição diferente nos próximos 12 meses.
24. <i>My manager is competent to provide basic patient care on the unit.</i>	24. O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados ao cliente no serviço.
25. <i>I am able to provide adequate psychological/emotional support to the patients assigned to me.</i>	25. Estou apto para providenciar suporte psicológico/emocional adequado aos clientes a mim atribuídos.
26. <i>I would feel comfortable having one of my family members cared for by staff on my unit.</i>	26. Sentir-me-ia confortável em ter um familiar meu a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço.
27. <i>The nurse manager on my unit provides support in patient care when it is needed.</i>	27. O enfermeiro gestor do meu serviço dá apoio na prestação de cuidados aos clientes quando é necessário.
28. <i>My current work environment makes me want to stay and work here.</i>	28. O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui.
29. <i>The nurses I work with are an important reason I stay in my current job.</i>	29. Os enfermeiros com quem eu trabalho são o importante motivo para eu estar no meu atual trabalho.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todo o processo estatístico permite que o investigador organize, sintetize, interprete e transmita a investigação numérica (Polit, Beck & Hungler, 2004). Portanto, após se proceder à recolha dos dados, iniciou-se o tratamento dos mesmos, recorrendo a técnicas de análise estatística com a ajuda do programa SPSS versão 27. No presente capítulo apresentam-se os resultados obtidos, efetuando-se uma análise estatística e discussão tendo em conta a literatura existente e consultada previamente.

5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da participantes

A amostra do estudo é constituída por 323 enfermeiros, nos quais foi realizada caracterização sociodemográfica e profissional, de acordo com as variáveis selecionadas. Todos os enfermeiros que responderam ao questionário preencheram todos os itens, pelo que não houve necessidade de excluir nenhum questionário e o que corresponde a uma taxa de resposta de 100%. O acesso ao questionário foi possível desde o dia 10 de fevereiro de 2022 até ao dia 26 de fevereiro de 2022, dia em que foram extraídos todos os resultados da plataforma *Google Forms*.

O presente estudo foi assim aplicado numa amostra de 323 enfermeiros de um centro hospitalar. No questionário sociodemográfico a pergunta sobre a idade foi dividida em faixas etárias: 20 - 29 anos; 30 - 39 anos; 40 - 49 anos; 50 - 60 anos e idade superior a 60 anos, sendo que os enfermeiros tiveram que responder em que intervalo de idades se inseriam. A faixa etária média é de $\bar{x} = 2,3$; $\sigma = 1,1$. A mais prevalente, representando 31,3% do total, correspondeu à faixa etária dos 30 aos 39 anos (Tabela 1). Segundo a OE (2021), em 2020, 34,02% dos enfermeiros inscritos na OE tinham entre os 31 e os 40 anos, sendo a amostra populacional deste estudo, deste modo, representativa da realidade nacional.

Tabela 1. Caracterização da amostra relativamente à faixa etária.

Faixa Etária (em anos)	N	%
20 – 29	89	27,6
30 – 39	101	31,3
40 – 49	71	22,0
50 – 60	59	18,3
> 60	3	0,9
TOTAL	323	100

A amostra é maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 87,3% de todos os inquiridos (Tabela 2). Os resultados relativamente ao género vão assim, mais uma vez, de encontro à realidade portuguesa, já que, segundo a OE (2021), em 2020, 82,3% da classe de enfermagem era do sexo feminino.

Tabela 2. Caracterização da amostra relativamente ao género.

Género	N	%
Feminino	282	87,3
Masculino	41	12,7
TOTAL	323	100

Quanto às habilitações académicas (Tabela 3), verifica-se que a maioria dos enfermeiros, 63,2%, apresenta o grau de licenciado, excetuando 0,9% dos enfermeiros que ainda tem o grau de bacharelato. Já 35,9% possui formação académica posterior à licenciatura, correspondendo 15,5% ao curso de especialização e 20,4% ao mestrado. Por fim, é de referir que ninguém possuía o grau de doutoramento.

Tabela 3. Caracterização da amostra relativamente às habilitações académicas.

Habilitações Académicas	N	%
Bacharelato	3	9,0
Licenciatura	204	63,2
Curso de Especialização	50	15,5
Mestrado	66	20,4
Doutoramento	0	0,0
TOTAL	323	100

Apesar desta percentagem de 15,5% de enfermeiros com especialidade, o estudo revela que 26,3% da amostra exerce funções como enfermeiro especialista (Tabela 4), enquanto a maioria dos inquiridos tem a categoria profissional de enfermeiro (73,7%). Segundo a OE (2021), em 2020, 27% dos enfermeiros eram especialistas e 73,5% eram enfermeiros de cuidados gerais, o que se coaduna com o estudo.

Tabela 4. Caracterização da amostra relativamente à categoria profissional.

Categoria Profissional	N	%
Enfermeiro	238	73,7
Enfermeiro Especialista	85	26,3
TOTAL	323	100

Relativamente ao local de exercício profissional, em ordem decrescente, 41,2% da amostra exerce funções em serviços de internamento, seguida de unidades de cuidados intensivos (20,1%), serviços de urgência (12,7%), outros serviços (10,8%), bloco operatório (8,7%) e, por fim, consulta externa (6,5%).

Tabela 5. Caracterização da amostra relativamente ao local de exercício profissional.

Serviço	N	%
Internamento	133	41,2
Urgência	41	12,7
Unidade de Cuidados Intensivos	65	20,1
Bloco Operatório	28	8,7
Consulta Externa	21	6,5
Outro	35	10,8
TOTAL	323	100

Quanto ao tempo de atividade profissional (Tabela 6), destaca-se na amostra que a maioria exerce a profissão há mais de 15 anos (50,5%). De igual forma, no que diz respeito ao tempo de exercício profissional na instituição (Tabela 7), a maior parte referiu longevidade superior a 15 anos (46,1%). Por outro lado, no que concerne ao tempo de exercício profissional especificamente no serviço onde exerce funções (Tabela 8), 27,9% dos enfermeiros respondeu que exerce entre 1 e 4 anos no atual serviço, e 27,2% que o faz há mais de 15 anos. Estes dados indicam-nos que ocorreu nos últimos anos uma permuta de enfermeiros, uma vez que o tempo de instituição é maior que o tempo de serviço atual na maioria dos inquiridos. Segundo Marques (2018), uma equipa mista, com elementos mais experientes e menos experientes, torna-se mais dinâmica, com experiências diversas e com espírito de entreajuda, de forma que os mais inexperientes sintam maior apoio.

Tabela 6. Tempo de Atividade Profissional.

Tempo de Atividade Profissional (anos)	N	%
< 1	17	5,3
1 – 4	49	15,2
5 – 9	44	13,6
10 – 14	50	15,5
> 15	163	50,5
TOTAL	323	100

Tabela 7. Tempo de Atividade Profissional na instituição.

Tempo de Atividade Profissional na Instituição (anos)	N	%
< 1	21	6,5
1 – 4	68	21,1
5 – 9	53	16,4
10 – 14	32	9,9
> 15	149	46,1
TOTAL	323	100

Tabela 8. Tempo de Atividade Profissional no Serviço.

Tempo de Atividade Profissional no serviço (anos)	N	%
< 1	33	10,2
1 – 4	90	27,9
5 – 9	67	20,7
10 – 14	45	13,9
> 15	88	27,2
TOTAL	323	100

5.2 Propriedades Psicométricas

De modo a avaliar as propriedades psicométricas de fiabilidade e validade de conteúdo, de construto e de critério (Vilelas, 2017; Marôco, 2021), aplicou-se o questionário a uma amostra de 323 enfermeiros.

Partindo dos vinte e nove (29) itens da escala traduzida para português, procedeu-se à análise do estudo de **fiabilidade**, determinando a consistência interna através do *Alfa de Cronbach*, obtendo-se um valor de 0,8, que, de acordo com Almeida (2017), representa uma confiabilidade razoável.

No que diz respeito à validade, como já foi descrito anteriormente, existe três tipos, a de conteúdo, de critério e de construto (Vilelas, 2017; Polit et al., 2019; Gray et al., 2020).

A validade de conteúdo foi realizada ao longo do desenvolvimento da tradução e adaptação cultural da escala para a população portuguesa na parte quantitativa, recorrendo-se a profissionais e ao teste de validação (Gray et al., 2020).

A validade de critério não foi aferida, visto que se desconhece um instrumento, na população portuguesa, que avalie os mesmos domínios, não existindo forma de comparar.

A validade de construto foi avaliada com recurso a análise fatorial, através do programa estatístico SPSS versão 27 (Vilelas, 2017; Marôco, 2021). Como passo prévio, foi utilizada a medida da adequação da amostragem de KMO (Vilelas, 2017; Marôco, 2021), no sentido de averiguar se os dados recolhidos eram viáveis em termos de utilização fatorial. Determinando o KMO e o teste de esfericidade de Bartlett, a fim de aferir a qualidade das correlações (Almeida, 2017), verificámos que o KMO apresentou um valor de **0,881** e o teste de esfericidade de *Bartlett* de 0,000 (Almeida, 2017), o que demonstra uma **boa correlação** entre as variáveis da escala, podendo a análise de componentes principais ser realizada por rotação *varimax*.

Iniciou-se pela AFE, tendo por base os 29 itens tal como o instrumento original. Para determinar o número de dimensões interpretáveis examinou-se o *scree plot*, considerando-se fatores quando os *eigenvalues* fossem superiores ou iguais a 1. Na escolha dos itens para cada fator seguiram-se os seguintes critérios:

- Ponto de corte superior a 0,40 num fator;
- Fator com maior peso fatorial.

Na AFE com *eigenvalue* de 1,101, verificou-se que explica 63,1% da variância, com uma matriz de 7 fatores. Após serem extraídos os fatores, foi calculado até que ponto as variáveis saturam nesses fatores através da rotação ortogonal *varimax*.

Nesta **1ª fase**, analisa-se que, de acordo com os critérios mencionados anteriormente, nesta matriz de componente rotativa caíram 3 itens (11, 13 e 23), pois possuem um ponto de corte inferior a

0,4. O item 8 tem maior peso fatorial no fator 3 e o item 28 tem maior peso fatorial no fator 2, pelo que se exclui os restantes (Quadro 12). Foi, de seguida, realizado o cálculo do *Alpha de Cronbach* para o fator 7 e o resultado foi de 0,2, o que representa um valor inaceitável (Almeida, 2017). Pelo que se forçou a 6 itens numa próxima fase.

Quadro 12. Valores de corte para uma matriz com 7 fatores.

	1	2	3	4	5	6	7
B1 duty						,613	
B2 meal					,675		
B3 assignments					,734		
B4 most					,529		
B5 complain	,596						
B6 equipment				,765			
B7 work			,680				
B8 overwhelmed			,607		,429		
B9 stay	,690						
B10 social							,458
B11 new		-,698					
B12 patient							,681
B13 plan		-,928					
B14 families	,782						
B15 unit			,789				
B16 typical			,692				
B17 position		,903					
B18 supplies				,780			
B19 pharmacy				,594			
B20 manner	,738						
B21 shift	,699						
B22 workload						,716	
B23 months		-,909					
B24 basic	,858						
B25 support							,482
B26 feel			,592				
B27 needed	,805						
B28 environment		,567	,513				
B29 job			,702				

Na 2ª fase forçou-se a 6 fatores, mantendo na mesma todos os itens (29), obtendo-se um KMO de 0,881 e Teste de Bartlett de 0,000, com um *eigenvalue* de 1,235 que explica 59,3% da variância. Nesta matriz de componente rotativa verifica-se que os itens que caíram foram o 10, 11, 12, 13 e 23. Os

itens 11, 13 e 23 por peso fatorial inferior a 0,4 e o 10 e 12 por não apresentarem qualquer tipo de peso fatorial (Quadro 13). Curiosamente, os itens que caíram na 1ª fase, também caíram na 2ª fase. Nesta fase, o item 4 apresenta maior peso fatorial no fator 4, pelo que se exclui do fator 6 que nem cumpre o ponto de corte (0,4). De seguida, realizou-se o cálculo do *Alpha de Cronbach* para o fator 6 e o resultado foi de 0,2, o que representa um valor inaceitável (Almeida, 2017).

Quadro 13. Valores de corte para uma matriz com 6 fatores.

	1	2	3	4	5	6
B1 duty						,514
B2 meal				,695		
B3 assignments				,720		
B4 most				,487		-,449
B5 complain	,601					
B6 equipment					,719	
B7 work			,658			
B8 overwhelmed			,573	,412		
B9 stay	,701					
B10 social						
B11 new		<u>-,702</u>				
B12 patient						
B13 plan		<u>-,928</u>				
B14 families	,780					
B15 unit			,772			
B16 typical			,700			
B17 position		,903				
B18 supplies					,764	
B19 pharmacy					,634	
B20 manner	,728					
B21 shift	,700					
B22 workload						,755
B23 months		<u>-,911</u>				
B24 basic	,853					
B25 support				,447		
B26 feel			,649			
B27 needed	,797					
B28 environment		,565	,526			
B29 job			,702			



Numa **3ª fase**, realizou-se uma nova análise fatorial retirando os itens que caíram nas fases anteriores (10, 11, 12, 13 e 23) e forçou-se a 5 fatores (número de dimensões do questionário original). Resultou num KMO de 0,873 com Teste de *Bartlett* de 0,000, com um *eigenvalue* de 1,221 que explica 56,9% da variância. Constata-se, mais uma vez, a contribuição de cada item para os fatores e observa-se que caem mais 3 itens (1, 22 e 25), os itens 1 e 22 por peso fatorial inferior a 0,4 e o item 25 por não apresentar peso fatorial (Quadro 14).

Quadro 14. Valores de corte para uma matriz com 5 fatores.

	1	2	3	4	5
B1 duty					-,491
B2 meal				,680	
B3 assignments				,761	
B4 most				,545	,493
B5 complain	,624			,423	
B6 equipment			,746		
B7 work		,679			
B8 overwhelmed		,587			
B9 stay	,720				
B14 families	,778				
B15 unit		,785			
B16 typical		,692			
B17 position					,409
B18 supplies			,761		
B19 pharmacy			,627		
B20 manner	,730				
B21 shift	,710				
B22 workload					-,776
B24 basic	,851				
B25 support					
B26 feel		,643			
B27 needed	,784				
B28 environment	,488	,566			
B29 job		,703			

De seguida, refez-se novamente a análise fatorial, retirando-se os itens que caíram na fase anterior (1, 22 e 25), e obteve-se resultados com uma matriz de 5 fatores que resultou num KMO de 0,879 com Teste de *Bartlett* de 0,000, com um *eigenvalue* de 1,025 que explica 62,3% da variância. Os resultados demonstram uma matriz fatorial com cinco fatores em que todos os itens apresentam um

ponto de corte de 0,4, ou seja, as variáveis assumem valores de correlação igual ou superior a 0,4 e, neste sentido, podem fazer parte do fator (Almeida, 2017).

Após os resultados obtidos e analisada a matriz fatorial com cinco fatores, foram formuladas cinco dimensões que mostram os coeficientes que se correlacionam com o fator (Quadro 15). O questionário final ficou, assim, com 21 itens, menos 8 que o original.

Quadro 15. Valores de coeficiente da Análise Fatorial organizados por fatores.

Itens	Fatores				
	1	2	3	4	5
5. Se eu reclamar junto do enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático.	0,628				
9. Mantenho-me no meu atual local de trabalho devido ao apoio do enfermeiro gestor.	0,716				
14. O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os clientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados.	0,801				
20. O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis no serviço em tempo oportuno.	0,722				
21. O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno.	0,687				
24. O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados ao cliente no serviço.	0,854				
27. O enfermeiro gestor do meu serviço dá apoio na prestação de cuidados aos clientes quando é necessário.	0,795				
7. Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente.		0,684			
8. Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar.		0,616			
15. Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa.		0,783			
16. Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados à tipologia de clientes do serviço.		0,705			
26. Sentir-me-ia confortável em ter um familiar meu a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço.		0,642			
29. Os enfermeiros com quem eu trabalho são o importante motivo para eu estar no meu atual trabalho.		0,670			
6. Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário.			0,727		
18. Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são necessários.			0,776		
19. Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado na gestão do processo da medicação.			0,659		
2. Consigo fazer uma pausa para refeição de, pelo menos, 30 minutos durante o turno.				0,735	

3. As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis.				0,751	
4. Na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável.				0,582	
17. Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses.					0,880
28. O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui.					0,615

Decorrente desta análise, e considerando as cinco dimensões do instrumento original, os itens que as constituem, bem como os seus construtos teóricos, definem-se **as cinco dimensões** resultantes dos 5 fatores:

- **Fator 1:** inclui 7 variáveis (5, 9, 14, 20, 21, 24, e 27) e explica 30,594 da variância total. Estes itens inserem-se na dimensão “*Manager Support*”, denominada pela autora do instrumento original. Esta dimensão remete-nos para a forma como os enfermeiros percecionam o apoio e preocupação dos enfermeiros gestores, face às necessidades dos enfermeiros, pelo que lhe vamos chamar de **Suporte do Enfermeiro Gestor**. Este estudo demonstra que o suporte do Enfermeiro Gestor explica um terço da variância, perfilando-se como um fator muito importante para avaliar a satisfação dos enfermeiros, não apenas nos EUA, Taiwan e Grécia (Lin et al., 2011; Alikari et al., 2021), como também em Portugal.
- **Fator 2:** inclui 6 variáveis (7, 8, 15, 16, 26 e 29) e explica 11,962 da variância total. Estes itens inserem-se na dimensão “*Peer Support*” na escala original. Esta aborda a relação e o suporte que os enfermeiros têm como equipa, num determinado ambiente de trabalho, pelo que vamos chamar-lhe **Apoio da Equipa**.
- **Fator 3:** inclui 3 variáveis (6, 18 e 19) e explica 8,807 da variância total. Estes itens inserem-se, de acordo com a escala original, na dimensão “*Unit Support*”. Esta dimensão envolve a disponibilidade e acesso que os enfermeiros têm aos recursos materiais, equipamentos e serviços necessários para a realização do trabalho de enfermagem, pelo que vamos chamar-lhe **Recursos da Organização**.
- **Fator 4:** inclui 3 variáveis (2, 3 e 4) e explica 6,060 da variância total. Estes itens inserem-se na dimensão “*Workload*” na escala original. Esta dimensão tenta apreender as perceções/sentimentos dos enfermeiros relativamente à pressão que domina o seu ambiente de trabalho, pelo que vamos chamar-lhe **Carga de Trabalho**.
- **Fator 5:** inclui 2 variáveis (17 e 28) e explica 4,879 da variância total. Estes itens inserem-se na dimensão “*Intent to Stay*” na escala original. Esta dimensão pretende avaliar a intenção dos

enfermeiros quererem permanecer no seu atual local de trabalho, pelo que vamos chamar-lhe **Intenção de Permanecer**.

Realizou-se novamente a avaliação de fiabilidade da escala através da análise de consistência interna, obtendo-se um *Alpha de Cronbach* de 0,9, o que corresponde a uma consistência interna boa (Almeida, 2017), sendo o *Alpha de Cronbach* da escala original também de 0,9 (Cox et al., 2010).

No quadro 16 observa-se a comparação da estrutura fatorial entre a escala original, a escala validada para a população do Taiwan, da Grécia e a versão portuguesa.

Quadro 16. Comparação da estrutura fatorial entre a IWPS-R, T-IWPS-R, G-IWPS-R e a versão portuguesa.

Escala	Dimensão	Nº Itens	Itens	<i>A</i>
IWPS-R	<i>Manager Support</i>	8	1, 5, 9, 14, 20, 21, 24, 27	0,9
T-IWPS-R	<i>Manager Support</i>	8	1, 5, 9, 14, 20, 21, 24, 27	0,9
G-IWPS-R	<i>Manager Support</i>	8	1, 5, 9, 14, 20, 21, 24, 27	0,9
EPICT	Suporte do Enfermeiro Gestor	7	5, 9, 14, 20, 21, 24, 27	0,9
IWPS-R	<i>Peer Support</i>	6	7, 8, 15, 16, 26, 29	0,9
T-IWPS-R	<i>Peer Support</i>	6	7, 8, 15, 16, 26, 29	0,8
G-IWPS-R	<i>Peer Support</i>	6	7, 8, 15, 16, 26, 29	0,8
EPICT	Suporte da Equipa	6	7, 8, 15, 16, 26, 29	0,8
IWPS-R	<i>Unit Support</i>	6	6, 10, 12, 18, 19, 25	0,7
T-IWPS-R	<i>Unit Support</i>	3	6, 18, 19	0,6
G-IWPS-R	<i>Unit Support</i>	6	6, 10, 12, 18, 19, 25	0,7
EPICT	Recursos da Organização	3	6, 18, 19	0,7
IWPS-R	<i>Workload</i>	6	2, 3, 4, 11, 22, 28	0,8
T-IWPS-R	<i>Workload</i>	3	2, 3, 4	0,7
G-IWPS-R	<i>Workload</i>	6	2, 3, 4, 11, 22, 28	0,7
EPICT	Carga de Trabalho	3	2, 3, 4	0,7
IWPS-R	<i>Intent to Stay</i>	5	11, 13, 17, 23, 28	0,9
T-IWPS-R	<i>Intent to Stay</i>	4	11, 13, 23, 28	0,8
G-IWPS-R	<i>Intent to Stay</i>	5	11, 13, 17, 23, 28	0,8
EPICT	Intenção de Permanecer	2	17, 28	0,7
IWPS-R	TOTAL	29	MS, PS, US, WL, ITS	0,9

T-IWPS-R		24	MS, PS, US, WL, ITS	0,9
G-IWPS-R		29	MS, PS, US, WL, ITS	0,9
EPICT		21	SEG, SE, RO, CT, IP	0,9

Em jeito de discussão dos resultados, três itens da dimensão **Recursos da Organização**, relacionados com os serviços sociais, capelão e suporte psicológico, foram excluídos da versão portuguesa da IWPS-R, tal como foi excluído na T-IWPS-R. Neste sentido, segundo Lin et al. (2011), tal pode significar que estes serviços não têm influência na satisfação dos enfermeiros e a omissão destes itens tem pouco impacto na perceção dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho. A dimensão **Carga de Trabalho**, por sua vez, reduziu para 3 itens relativamente à escala original, ficando com os mesmos itens da T-IWPS-R, o que indica que na IWPS-R-PT não existe um problema de itens com carga dupla entre esta dimensão e a **Intenção de Permanecer**, tal como na T-IWPS-R (Lin et al., 2011). Nesta última, foram excluídos 3 itens, o que corrobora os comentários dos enfermeiros submetidos ao pré-teste que referiram a existência de três itens que são muito idênticos (13, 17 e 23), no sentido em que procuram saber se o enfermeiro pretende abandonar o seu local de trabalho nos próximos 12 meses (“13 - Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses”, 17 - “Não planeio ficar no meu local de trabalho nos próximos 12 meses” e 23 - “Tenciono procurar um novo posto de trabalho num serviço ou instituição diferente nos próximos 12 meses”), sendo que os itens 13 e 23 caíram, permanecendo, apenas, o item 17.

Conclui-se, também, que as dimensões **Suporte da Equipa** e **Carga de Trabalho** apresenta menor influência na perceção dos enfermeiros portugueses, do que nos enfermeiros americanos. Já os **Recursos da Organização** apresentam menor influência nos enfermeiros taiwaneses em relação aos enfermeiros portugueses, gregos e americanos. Tal como referem Lin et al. (2011), pela análise da conceptualização da dimensão **Recursos da Organização**, percebe-se que o acesso aos recursos materiais e serviços não é tão crucial quanto o **Suporte do Enfermeiro Gestor** na satisfação, sendo que em todas as validações da escala, esta é a dimensão que maior peso tem na perceção dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho.

Com base nos resultados da comparação da estrutura fatorial entre as escalas, pode-se concluir que, apesar das pequenas diferenças nos itens das dimensões Recursos da Organização, Carga de Trabalho e Intenção de Permanecer, o conteúdo dos itens da versão portuguesa é conceitualmente compatível.

A avaliação fatorial da IWPS-R-PT numa amostra de enfermeiros foi avaliada por intermédio de uma AFC com o software AMOS. A fiabilidade compósita e a variância extraída média (VEM) para cada fator foram avaliadas como descrito em Marôco (2021). Conforme recomendado, foram utilizados diferentes índices de ajustamento global, nomeadamente a razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade (X^2/df), o *Comparative-of-Fit Index* (CFI), o *Goodness-of-Fit Index* (GFI), o *Root Mean*

Square Error of Approximation (RMSEA), o *Root Mean square Residual* (RMR), *Modified Expected Cross-Validation Index* (MECVI) e o *Standardized Root Mean square Residual* (SRMR). Assume-se um bom ajustamento dos modelos quando: $X^2/df < 3$; os valores do GFI $\geq 0,90$ e o CFI $\geq 0,95$; os valores do RMSEA, RMR e SRMR $< 0,05$ são considerados ideais, embora valores entre 0,08 e 0,10 sejam aceitáveis (Marôco, 2021). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi feito a partir dos índices de modificação (superiores a 11; $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS e com base em modificações teóricas.

O modelo penta-fatorial da IWPS-R-PT ajustado a uma amostra de 323 enfermeiros revelou uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2/df = 2.550$; CFI = 0,892; GFI = 0,869; RMSEA = 0,069; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,000$; RMR = 0,082; MECVI = 1,764; SRMR = 0,0668). Por sugestão de índice de modificação, foram incluídas no modelo sete trajetórias entre os resíduos dos pares de variáveis (B5 – B9; B5 – B24; B15 – B29; B15 – B26; B20 – B21; B24 – B27; B16 – B26), pois parecem partilhar o mesmo conteúdo, procedendo-se à covariância dos seus erros. O modelo simplificado apresentou uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original na amostra sob estudo ($X^2/df = 2.118$; CFI = 0,925; GFI = 0,900; RMSEA = 0,059; $P [RMSEA \leq 0,05] = 0,041$; RMR = 0,078; MECVI = 1,525; SRMR = 0,0631).

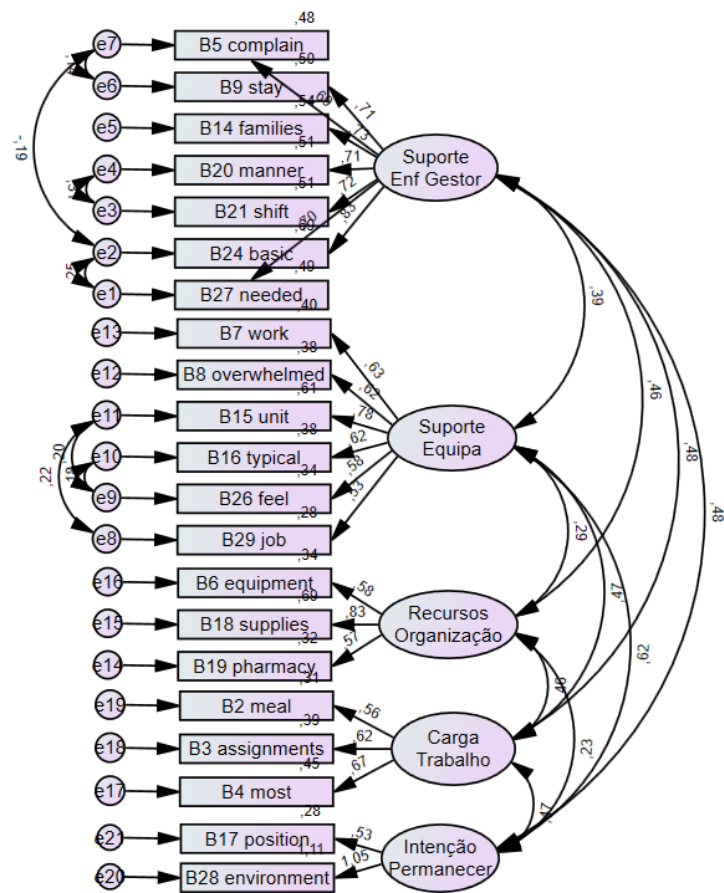
A figura 10 apresenta os valores do modelo em termos de ajustamento local, nomeadamente dos pesos fatoriais estandardizados e da fiabilidade individual de cada item. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados (λ) superiores a 0.5, revelando que todos os itens apresentam validade fatorial e fiabilidades individuais (λ^2) superiores a 0.25. A fiabilidade compósita dos fatores revelou-se adequada para todos os fatores. A VEM, indicador da validade convergente dos fatores, varia entre os 0,383 e 0,695. (Tabela X).

Tabela 9. Variância Extraída Média.

DIMENSÕES	VEM
Suporte do Enfermeiro Gestor	0,459
Suporte da Equipa	0,398
Recursos da Organização	0,420
Carga de Trabalho	0,383
Intenção de Permanecer	0,695

Os baixos valores das VEM encontrados em algumas dimensões podem ser explicados pela alta variabilidade nas cargas fatoriais dos itens. Porém, alguns autores acreditam que cargas fatoriais maiores ou iguais a 0,30 ou 0,40 são valores aceitáveis na avaliação fatorial confirmatória (Waltz, Strickland & Lenz, 2017).

Figura 10. Modelo penta-fatorial da IWPS-R-PT ajustado a uma amostra de 323 enfermeiros.



CONCLUSÃO

O presente estudo foi realizado com a vontade e convicção de contribuir para a promoção de ambientes de prática de enfermagem favoráveis, oferecendo um instrumento que auxilie a avaliação das percepções dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho, no contexto nacional. Tem como propósito adjacente, a consciencialização dos enfermeiros gestores ou em cargos de gestão para a sua forte influência na percepção negativa ou positiva dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho e na promoção de ambientes de prática de enfermagem favoráveis. Entende-se que tanto os objetivos propostos, como estas convicções foram cumpridas.

Inicialmente, a realização da *revisão scoping* teve o propósito de organizar e esquematizar uma linha de pensamento clara sobre a temática carga de trabalho em enfermagem, bem como sobre a sobrecarga e as suas consequências. Este foi o ponto de partida e a justificação para o desenvolvimento deste estudo.

A metodologia adotada e os dados recolhidos, através da amostra, são aceitáveis para a finalidade do estudo. Pode-se afirmar que os passos metodológicos foram executados de forma criteriosa e baseados em evidência científica. A escala contém cinco dimensões (Suporte do Enfermeiro Gestor, Suporte da Equipa, Recursos da Organização, Carga de Trabalho e Intenção de Permanecer) derivadas da AFE e a AFC confirmou a estrutura penta-fatorial do instrumento. A IWPS-R, após passar por todas as fases da adaptação necessárias, apresentou boas características psicométricas para a população portuguesa. É de salientar o valor de *alfa de Cronbach* de 0,9 referente à escala validada, que indica uma consistência interna muito boa, provando, assim, ser um instrumento válido e fiável na medição da satisfação dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho. Pode-se, desta forma, sugerir que a mesma seja aplicada em estudos futuros em qualquer contexto de prestação de cuidados de enfermagem.

A escala tendo sido reduzida a 21 itens, a pontuação mínima será de 21 pontos e a máxima de 105 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação maior será a satisfação do enfermeiro. A *Individual Workload Perception Scale – Revised* passa assim, na sua versão portuguesa, a ser denominada de Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho (EPICT) (Apêndice VIII).

Com a aplicação da escala em 323 enfermeiros, obteve-se resultados que não foram analisados descritivamente neste estudo, pois não era o objetivo do mesmo, no entanto coloca-se em apêndice (Apêndice IX) a análise descritiva dos itens e dimensões da escala, para eventual investigação futuramente.

No que diz respeito às limitações do estudo, considera-se a falta de experiência com trabalhos de natureza estatística, mais concretamente em estudos de tradução, validação e adaptação de instrumentos de medida em saúde. Também o facto de apenas ter sido possível aplicar o questionário a um centro hospitalar, apesar de ser referência nacional, pode constituir uma limitação. Neste sentido, seria útil e relevante ampliar este estudo para os diferentes contextos de prática a nível nacional.

Como implicações, tanto para a investigação como para a prática, o estudo permitiu verificar o impacto que o suporte dos enfermeiros gestores ou em cargos de gestão e da equipa de enfermagem têm na perceção individual dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho. É importante referir a relevância que teve a existência de outros estudos de validação da mesma escala noutros contextos culturais, como o Taiwan e a Grécia, pois permitiu comparar e sustentar os resultados obtidos no presente estudo.

O presente estudo permite facultar um instrumento de recolha de dados pertinente para o contexto da gestão em enfermagem. Nesta linha, oferece contributos fundamentais, não só para a investigação futura, como para a prática de enfermagem, nomeadamente na promoção de ambientes de trabalho favoráveis nos mais variados contextos, quer seja ambientes hospitalares, comunitários, Cuidados Continuados Integrados ou Estruturas Residências para Pessoas Idosas. Deseja-se, portanto, que este instrumento venha a ser amplamente utilizado, quer a nível da investigação científica, quer a nível da prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., & Fagin, C. M. (2018). Evidence-based Nurse Staffing: ICN's New Position Statement. *International Nursing Review*, 65(4), 469-471.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Aires, K. F., Barlem, J. G. T., Souza, C. S. D., Rocha, L. P., Carvalho, D. P. D., & Hirsch, C. D. (2016). Contribuição da carga de trabalho para a ocorrência de erros de medicação na enfermagem. *Rev. enferm. UFPE online*, 4572-4580.
- Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of nursing management*, 24(4), 449-457.
- Alikari, V., & Fradelos, E. C. (2021). Translation, Cultural Adaptation, Validity, and Internal Consistency of the Greek Version of the Individual Workload Perceptions Scale-Revised. *Cureus*, 13(10).
- Almeida, S. (2017) *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde*. Loures: Lusodidacta.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E., & Araújo, B. (2020). RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*, 20(3), e2038.
- Alves, D. F. S., & Guirardello, E. B. (2016). Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(2), e58817.
- Ambani, Z., Kutney-Lee, A., & Lake, E. T. (2020). The nursing practice environment and nurse job outcomes: A path analysis of survey data. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2602-2614.
- Andrade, C. M. M. (2016). *Ambiente da prática profissional de enfermagem: impacte na qualidade dos cuidados de saúde* (Doctoral dissertation).
- Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H., Halfens, R. J., Tan, F. E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2017). Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 15-22.
- Ball, J. E., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Murrells, T., & Tishelman, C. (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 72(9), 2086-2097.
- Bautista, J. R., Lauria, P. A. S., Contreras, M. C. S., Marañon, M. M. G., Villanueva, H. H., Sumaguingsing, R. C., & Abeleda, R. D. (2020). Specific stressors relate to nurses' job

- satisfaction, perceived quality of care, and turnover intention. *International journal of nursing practice*, 26(1), e12774.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- Blok, A. C., Anderson, E., Swamy, L., & Mohr, D. C. (2021). Comparing nurse leader and manager perceptions of and strategies for nurse engagement using a positive deviance approach: A qualitative analysis. *Journal of Nursing Management*.
- Bordin, V., de Almeida, M. D. L., Zilly, A., Justino, E. T., da Silva, N. D. V., & Faller, J. W. (2018). Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da tríplice fronteira. *Revista de Administração em Saúde*, 18(71).
- Borelli R. (2018). *Liderança e desenvolvimento de equipes*. 1ª ed. São Paulo: Senac.
- Browne, J., & Braden, C. J. (2020). Nursing turbulence in critical care: Relationships with nursing workload and patient safety. *American Journal of Critical Care*, 29(3), 182-191.
- Carvalho, J. (2016) *Gestão de Empresas - Princípios Fundamentais*. 4ªed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Casey, B. (2019). Violence facing healthcare workers in Canada: Report of the standing committee on health. Retrieved from <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10589455/hesarp29/hesarp29-e.pdf>
- Chênevert, D., Jourdain, G. & Vandenberghe, C. (2016) The role of highinvolvement work practices and professional self-image in nursing recruits' turnover: A three-year prospective study. *International Journal of Nursing Studies*. 53, 73-84.
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2019). *Contemporary Nursing: Issues, Trends, and Management* (8ª ed.). Missouri: Elsevier.
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172–176.
- Costa, T. (2018). *Gestão Contemporânea: Princípios, Tendências e Desafios*. 2ª ed. Lisboa. Edições Silabo, 2018.
- Cox, K. S., Teasley, S., Lacey, S. R., & Olney, A. (2010). *Individual Workload Perception Scale-Revised* (IWPS-R: A guide to using the IWPS-R to measure nurses' perception of workload, intent to stay and their overall nurse satisfaction. (User's Manual, (2nd ed.,).

- Cruz, C. M., Nelas, P. A., Coutinho, E. D. C., Chaves, C. M. C. B., & Amaral, O. (2018). A satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal.
- Costa Andres, F., Andres, S. C., Moreschi, C., Rodrigues, S. O., & Ferst, M. F. (2020). A utilização da plataforma Google Forms em pesquisa acadêmica: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 9(9), e284997174-e284997174.
- Darawad, M. W., Al-Hussami, M., Saleh, A. M., Mustafa, W. M., & Odeh, H. (2015). Violence against nurses in emergency departments in Jordan: Nurses' perspective. *Workplace health & safety*, 63(1), 9-17.
- Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de março (2019). Carreira Especial de Enfermagem. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 101 (27-05-2019). 2626-2642.
- Dempsey, C., & Assi, M. J. (2018). The impact of nurse engagement on quality, safety, and the experience of care: What nurse leaders should know. *Nursing Administration Quarterly*, 42(3), 278–283.
- Doran, D., Sidani, S. & Hall, L. (1998). Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. *Nursing Economics*, 11(2), 58-87.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F., & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC nursing*, 12(1), 1-20.
- 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.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. & Blais, R. (2012) A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 12, 1-15.
- Fang, Y., & McDonald, T. (2017). Management capacity to promote nurse workplace health and safety. *Journal of Nursing Management*, 26(3), 288–294.
- Fast, O., & Rankin, J. (2018). Rationing nurses: Realities, practicalities, and nursing leadership theories. *Nursing Inquiry*, 25(2), e12227.
- Ferreira, M. M. F. (2012). *Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias*. In Queirós, P. J. P (Coord), *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 57-73). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fonseca, T. C. P., & Mello, R. (2016). Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem de unidades intensivas em um hospital público. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 10(Supl 1), 296-303.

- Freitas, C. G. M. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências* (Doctoral dissertation).
- Godinho, N. (2020) *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Granados-Plaza, M., Gea-Caballero, V., Martí-Ejarque, M. D. M., & Ferré-Grau, C. (2021). Association of Nursing Practice Environment on reported adverse events in private management hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Gray, J. & Grove, S. (2020). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 9th Ed. Elsevier Health Sciences.
- Gu, L. Y., & Zhang, L. J. (2014). Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 437-440.
- Harvey, C., Baldwin, A., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., Pearson, M., & Otis, E. (2020). Balancing the scales—Nurses’ attempts at meeting family and employer needs in a work-intensified environment. *Journal of nursing management*, 28(8), 1873-1880.
- Harvey, C., Thompson, S., Otis, E., & Willis, E. (2020). Nurses’ views on workload, care rationing and work environments. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 912-918.
- Havaei, F., & MacPhee, M. (2020). The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: An application of human factors framework. *Nursing open*, 7(3), 731-741.
- Hegney, D., Rees, C., Osseiran-Moisson, R., Eley, L., Winsor, C., & Harvey, C. (2018). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 371–380.
- Heinen, M., Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M. ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses’ intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*. 50(2), 174-184.
- Hermansyah, & Riyadi, A. (2019). Meta-Analysis study on correlation of workloads and work stress among nurses in hospital. *Research on Humanities and Social Sciences*, 9(6), 16-23.
- Holden, R. J., Scanlon, M. C., Patel, N. R., Kaushal, R., Escoto, K. H., Brown, R. L., ... Karsh, B. T. (2011). A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ quality & safety*, 20(1), 15-24.
- Holland, P., Tham, T. L., Sheehan, C., & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied nursing research*, 49, 70-76.

- Huber, D. (2017) *Leadership and Nursing Care Management*. 6th ed. Philadelphia: Saunders.
- ICN (2002). *Nursing Definitions*. Disponível em <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- ICN (2018) World's nurses need a pay rise and better working conditions, concludes new report. Atas de *International Council of Nurses Workforce Forums*. Geneva. ICN.
- International Council of Nurses. (2018). Evidence-based safe nurse staffing. Geneva, Suíça. Disponível em [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN PS Evidence based safe nurse staffing.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Evidence_based_safe_nurse_staffing.pdf)
- Jangland, E., Nyberg, B., & Yngman-Uhlin, P. (2017). 'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward—a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 323-331.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), 652-666.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1346–1359.
- Lai, W., Jin, R., He, R., & Ding, X. (2021). Current situation and influencing factors of the nursing practice environment in five tertiary general hospitals in Shenzhen: a cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 1-8.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188.
- Lei nº 28/2019 de 08 de agosto (2019). Lei da Proteção de Dados Pessoais. *Diário da República* 1ª Série, Nº 151 (08-08-2019). 3-40.
- Lei nº 79/2019 de 2 de setembro (2019). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República* 1ª Série, Nº 167 (02-09-2019). 39-41.
- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho.
- Lin, S.-Y., Lin, C.-H., Yeh, M. C., Lin, S.-Y., & Hwang, Y.-J. (2011). A psychometric evaluation of the Taiwan version of the Individual Workload Perception Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 494–503.
- Lisboa, J., Coelho, A., Coelho, F. & Almeida, F. (Coord.). (2011). *Introdução à Gestão de Organizações* (3ª Edição). Porto: Vida Económica.

- Liu H-L, Lo V-H (2018). An integrated model of workload, autonomy, burnout, job satisfaction, and turnover intention among Taiwanese reporters. *Asian J Com* 28(2): 153–169.
- Liu, X., Liu, J., Liu, K., Baggs, J. G., Wang, J., Zheng, J., ... & You, L. (2021). Association of changes in nursing work environment, non-professional tasks, and nursing care left undone with nurse job outcomes and quality of care: A panel study. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103860.
- Lopes, F. (2015) *O Ambiente Hospitalar nos Cuidados de Enfermagem*. (Doctoral dissertation). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- 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), e20190479.
- Machado, R. D. S., Fernandes, A. D. D. B. F., Oliveira, A. L. C. B. D., Soares, L. S., Gouveia, M. T. D. O., & Silva, G. R. F. D. (2018). Cross-cultural adaptation methods of instruments in the nursing area. *Revista gaucha de enfermagem*, 39.
- Marôco, J. (2021) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 8ª Ed. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* (Doctoral dissertation).
- Marx K. (1987). *A produção da mais valia absoluta*. En: Capital. 11ª ed. Vol I. São Paulo: DIFEL.
- Mitchell, P., Ferketich, S. & Jennings, B. (1998) Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship*. 30(1), 43-46.
- Molero MDM, Pérez-Fuentes MDC, Gázquez JJ (2018). Analysis of the mediating role of self-efficacy and self-esteem on the effect of workload on burnout's influence on nurses' plans to work longer. *Front Psychol*. 9, 2605.
- Mudallal, R. H., Othman, W. A. M., & Al Hassan, N. F. (2017). Nurses' burnout: the influence of leader empowering behaviors, work conditions, and demographic traits. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 0046958017724944.
- Nelson III, K. E. (2017). Nurse manager perceptions of work overload and strategies to address it. *Nurse Leader*, 15(6), 406-408.
- Nguyen HTT, Kitaoka K, Sukigara M, Thai AL (2018). Burnout study of clinical nurses in Vietnam: Development of job burnout model based on Leiter and maslach's theory. *Asian Nurs Res* 12(1), 42–49.
- Nightingale, F. (2010) *Notes on Nursing & Notes on Nursing for the Labouring Classes*. New York: Springer Publishing Company.

- Nora, C. R. D., Zoboli, E., & Vieira, M. M. (2018). Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38.
- Norman, I. (2013). The nursing practice environment. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1577-1579.
- Ogata, Y., Katsuyama, K., Tanaka, S., Nagano, M., Yumoto, Y., & Ikeda, M. (2017). Characteristics of the nursing practice environment related to creating healthy work environments for nurses.
- Oliveira, A., Garcia, P. & Nogueira, L. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista Da Escola de Enfermagem*. Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo.
- Oliveira, F., Kuznier, T., Souza, C. & Chianca, T. (2018) Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 27(2), 1-13.
- OMS (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Geneva. Disponível em <https://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>
- OMS (2020). *State of the World's Nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Anuário Estatístico*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf
- Paguio, J. T., Yu, D. S. F., & Su, J. J. (2020). Systematic review of interventions to improve nurses' work environments. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2471-2493.
- Perneger, T.; Hudelson, P.; Courvoisier, D. & Gayet-Ageron, A. (2015) Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*. 24, 147-151.
- Phillips, C. (2020). Relationships between workload perception, burnout, and intent to leave among medical–surgical nurses. *JBIC Evidence Implementation*, 18(2), 265-273.
- Pich, J. V., Kable, A., & Hazelton, M. (2017). Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3), 107– 113.

- Poghosyan, L., Shang, J., Liu, J., Poghosyan, H., Liu, N. & Berkowitz, B. (2015). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Management Review*, 40(1): 46–55.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos e avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Putra, K. R., Sutadi, H., Setyowati, S., & Hariyati, R. T. S. (2021). The impact of nurse manager caring behaviors and work environment on burnout syndrome among nurses.
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Jornal Oficial da União Europeia*. 119, 1-88.
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 48 (10-03-2015). 5948-5952.
- Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro (2018) Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 21. 3478-3487.
- Ross, J. (2017). Organizational support, workload, and intent to stay: Work environment perceptions in perianesthesia nursing units. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(4), 287-294.
- Roy, C. & Andrews, H. (2008) *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. London: Pearson Education.
- Roy, C. (2009) *The Roy adaptation model*. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson
- Salem, O., Al-Maabadi, A., & Baddar, F. (2019). Relationship of job design and career retention rate among Saudis' nurses. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 11(2), 133– 142.
- Santos T., Santos H., Sampaio E., Melo C., Souza E. & Pires C. (2020) Intensity of nursing work in public hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, (28-3267).
- Santos, J. L. G. dos, Pestana, A. L., Guerrero, P., Meirelles, B. S. H., & Erdmann, A. L. (2013). Nurses' practices in the nursing and health care management: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 257–263.
- Schmoeller, R., Trindade, L. D. L., Neis, M. B., Gelbcke, F. L., & Pires, D. E. P. D. (2011). Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 368-377.
- Schultz, G. (2016). *Introdução à gestão de organizações*. Porto Alegre: UFRGS.
- Scott, P. (2017). *Key Concepts and Issues In Nursing Ethics*. Cham: Springer International Publishin.

- Seabra, P. R. C., Lopes, J. M. D. O., Calado, M. E., & Capelas, M. L. (2019). A national survey of the nurses' mental health—the case of Portugal. In *Nursing forum* (Vol. 54, No. 3, pp. 425-433).
- Silva, A. A., Nora, M., & de Oliveira, M. Z. (2017). A função preditora da síndrome de burnout para o turnover nos profissionais de enfermagem. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Silva, R., Gonçalves Meneguetti, M., Dias Castilho Siqueira, L., de Araújo, T. R., Auxiliadora-Martins, M., Mantovani Silva Andrade, L., & Laus, A. M. (2020). Omission of nursing care, professional practice environment and workload in intensive care units. *Journal of nursing management*, 28(8), 1986-1996.
- Silva, T. A., Ruiz, M. C. S., González, J. S., & de Freitas, G. F. (2019). Identidade profissional do enfermeiro gestor à luz do Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados. *Aquichan*, 19(3), 5.
- Silva, T. A., Solano Ruiz, M. D. C., Siles González, J., & de Freitas, G. F. (2019). Professional Identity of Nurse Manager in the Light of the Structural Dialectic Care Model. *Aquichan*, 19(3).
- Simões, J. F. F. L. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva* (Doctoral dissertation).
- Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and userfriendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 17. 268-274.
- Sousa, Y. G. D., Oliveira, J. S. A. D., Chaves, A. E. P., Clementino, F. D. S., Araújo, M. S. D., & Medeiros, S. M. D. (2021). Desenvolvimento de cargas psíquicas relacionadas ao trabalho da enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Souza, P. D., Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2019). Nursing workload: influence of indirect care interventions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.
- Sul, S. I. R., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 7(5), 1475-1481.
- Suliman, M., & Aljezawi, M. (2018). Nurses' work environment: indicators of satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 525-530.
- Suliman, M., Aljezawi, M., AlBashtawy, M., Fitzpatrick, J., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Exploring safety culture in Jordanian hospitals. *Journal of nursing care quality*, 32(3), E1-E7.
- Tao, L., Guo, H., Liu, S., & Li, J. (2018). Work stress and job satisfaction of community health nurses in Southwest China. *Biomedical Research*, 29(3), 510-518.
- Toffoli, L. P. (2011). 'Nursing Hours' or 'nursing'hours-a discourse analysis.

- Tomaszewska, K., Kłos, A., & Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(8): 1191-1205.
- UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO.
- Vicente, A. D. A., Shadvar, S., Lepage, S., & Rennick, J. E. (2016). Experienced pediatric nurses' perceptions of work-related stressors on general medical and surgical units: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 60, 216-224.
- Vilelas, J. (2017) *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. 2ªEd. Lisboa: Edições Sílabo.
- Waddill-Goad, S. (2019). Stress, fatigue, and burnout in nursing. *Journal of Radiology Nursing*. 38, 44-46.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2017). *Measurement in Nursing and Health Research* (5ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287-300.
- World Health Organization (2010) *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. Geneva: WHO.
- World Medical Association (2013) *Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Brazil: WMA General Assembly.
- Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and Managing in Nursing* (7a ed.). Missouri: Elsevier.

ANEXOS

ANEXO I – Individual Workload Perception Scale – Revised

INDIVIDUAL WORKLOAD PERCEPTION SCALE - REVISED

**THINK ABOUT YOUR TYPICAL DAILY WORKLOAD OVER THE PAST SIX MONTHS AND
ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS.**

Scale:	
1 = Strongly Disagree 2 = Disagree 3 = Unsure 4 = Agree 5 = Strongly Agree	
1. If the nurse manager is off duty the unit is encouraged to contact her/him when there are staffing difficulties	1 2 3 4 5
2. I am able to take at least a 30 minute meal break during my shift	1 2 3 4 5
3. Individual assignments are fairly distributed within the unit given the available resources	1 2 3 4 5
4. Most days I feel my workload is reasonable	1 2 3 4 5
5. If I complain about my workload to the nurse manager she/he will be empathetic	1 2 3 4 5
6. Equipment (blood pressure machines, sat monitors, scales, lifts, wheelchairs, thermometers) for patient care is available when I need it for patient care	1 2 3 4 5
7. I work with nurses who I respect professionally	1 2 3 4 5
8. When I feel overwhelmed I can count on other nurses to help me	1 2 3 4 5
9. I stay in my current position because of the support of my nurse manager	1 2 3 4 5
10. Social workers are available as needed by the patients I care for	1 2 3 4 5
11. My current workload will cause me to look for a new position	1 2 3 4 5
12. When a patient experiences a major crisis (code blue, new life-threatening diagnosis) or dies a chaplain is available to support the patient and/or their family.	1 2 3 4 5
13. I do not plan to stay in my current position for the next 12 months	1 2 3 4 5
14. The nurse manager assists in working with patients and families who are unhappy with their care	1 2 3 4 5
15. The nurses on my unit are a team	1 2 3 4 5
16. The nurses I work with are competent in caring for our typical patient population	1 2 3 4 5
17. I plan to stay in my current position for at least the next 12 months	1 2 3 4 5
18. Supplies (IV supplies, catheters, dressings, syringes, linens) for patient care are available when I need them	1 2 3 4 5
19. Pharmacy services provide adequate support in the medication process	1 2 3 4 5

Scale: 1 = Strongly Disagree 2 = Disagree 3 = Unsure 4 = Agree 5 = Strongly Agree					
20.	The nurse manager actively works to fill open positions on the unit in a timely manner	1	2	3	4 5
21.	The nurse manager is actively involved in securing enough staff each shift that is needed	1	2	3	4 5
22.	I have voiced concerns about my workload being too heavy to the nurse manager or charge nurse	1	2	3	4 5
23.	I intend to look for a new position in a different unit or in a different organization within the next 12 months	1	2	3	4 5
24.	My manager is competent to provide basic patient care on the unit	1	2	3	4 5
25.	I am able to provide adequate psychological/emotional support to the patients assigned to me	1	2	3	4 5
26.	I would feel comfortable having one of my family members cared for by staff on my unit	1	2	3	4 5
27.	The nurse manager on my unit provides support in patient care when it is needed	1	2	3	4 5
28.	My current work environment makes me want to stay and work here	1	2	3	4 5
29.	The nurses I work with are an important reason I stay in my current job	1	2	3	4 5

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização à autora da IWPS-R e posterior aprovação

CATARINA VENTURA CABRITA <catarinacabrita@campus.esel.pt>

22/07/2021, 18:44



para karencox ▾

Dear Dr. Karen Cox,

My name is Catarina Cabrita, I'm a nurse in Portugal. I'm getting master's degree in nursing management at the Nursing College of Lisbon and now it's time to write my master thesis. I would like to ask for your permission to validate to the portuguese population your survey "Individual Workload Perception Scale-Revised".

I'll be available to provide any information deemed relevant.

Yours faithfully

Catarina

Cox, Karen [CU President] <KarenCox@chamberlain.edu>

24/07/2021, 00:13



para mim ▾

inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#)

[Desativar para mensagens em: inglês](#) ✕

Hi Catarina,

I will send in 2 emails. You may use it as long as you give us credit. Best of luck. I would love to see any presentations or articles that come from this work.

All the best,

Karen

**APÊNDICE II – Aprovação do pedido de Autorização ao Conselho de Administração e à Comissão
de Ética para a Saúde**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 26-11-2021

Processo nº 1152/2021

Título: "Tradução e validação da Individual Workload Perception Scale - Revised para o contexto cultural português"

Relator:

Investigadora principal: Enf. Catarina Ventura Cabrita (Aluna ESEL)

Investigador associado: Maria Filomena Mendes Gaspar (Prof. Orientadora, ESEL)

Local: Profissionais de Enfermagem - CHULC.

Projeto no âmbito do Mestrado na Área de Especialização Gestão em Enfermagem (ESEL), consistindo na validação de uma escala de avaliação individual. Estudo clínico, observacional e prospetivo.

O objetivo principal do projeto é traduzir e validar uma escala de avaliação sobre a perceção individual sobre a carga de trabalho, e aplicar ao contexto de enfermagem.

Este estudo pretende nesta fase a aplicação da escala já traduzida, de forma a perceber a sua funcionalidade quando aplicada ao grupo profissional de enfermagem. Trata-se assim da fase "empírica" do projeto de tese de mestrado.

Pretende-se que esta escala tenha boas características psicométricas para a população portuguesa, podendo constituir um instrumento que venha a ser amplamente utilizado, quer a nível prático, seja em ambiente hospitalar, comunitário, Cuidados Continuados Integrados ou Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, quer a nível da investigação científica, oferecendo uma contribuição significativa para a melhoria do ambiente da prática de enfermagem.

A escala em validação é a Individual Workload Perception Scale (IWPS). Esta aplicação será feita no formato de questionário na plataforma Google forms, anonimizando automaticamente cada resposta, por facilitação do link de acesso ao questionário através de e-mail institucional, ou de outro formato que se considere adequado à recolha de dados.

A resposta é voluntária ficando a submissão final ao critério do profissional. Os dados a recolher não são identificativos nem inclui dados pessoais. Cada resposta fica automaticamente anonimizada pela plataforma Google forms. Desta forma não se aplica a obtenção de consentimento informado em formulário independente.

Requer autorização da Sra. Enfermeira Directora e definição da forma como a autora irá aceder aos emails institucionais dos profissionais de enfermagem do CHULC.

Não estão previstos encargos financeiros para o CHULC.

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Vice-Presidente da Comissão de Ética

APÊNDICE III – Exemplar dos questionários submetidos aos participantes

Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho

Aos Enfermeiros,

O presente trabalho académico tem como objetivo traduzir e validar para a população portuguesa uma escala denominada Individual Workload Perception Scale - Revised, escala essa que avalia a percepção dos enfermeiros relativamente à sua carga de trabalho. A mesma tem uma relação negativa com a satisfação dos enfermeiros e qualidade dos cuidados, sendo que juntamente com os conflitos entre os enfermeiros tem uma relação positiva com o turnover (Bautista et al., 2019). A carga de trabalho é o principal motivo de insatisfação dos enfermeiros (Ball, et al., 2016), e neste sentido é necessário realizar avaliações sobre a mesma. Assim, e uma vez que não existe uma escala portuguesa que faça esta avaliação especificamente em enfermagem, está a ser realizado este trabalho académico, com a orientação da Sra. Prof^a. Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ao preencher e submeter o presente questionário estará a expressar o seu consentimento para recolha e tratamento dos seus dados. Os dados serão conservados apenas durante o período do estudo, sendo destruídos após o término do mesmo. O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm respostas certas ou erradas, pretende apenas recolher a sua opinião pessoal. Devido a esse fato, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Desde já agradecemos a sua participação.

Na parte A do questionário pretende-se caracterizar os profissionais.

Na parte B pretende-se adquirir a percepção individual dos enfermeiros sobre a sua carga de trabalho.

Agradeço, mais uma vez, a sua disponibilidade e tempo dispensado. Encontro-me disponível para responder a questões que possa eventualmente ter, pelo que disponibilizo o meu contacto: catarinacabrita@campus.esel.pt

Atenciosamente,
Enfermeira Catarina Cabrita

*Obrigatório

PARTE A – CARACTERIZAÇÃO GERAL

Por favor, leia com atenção a informação relativa a cada questão.
Assinale a opção adequada à sua situação.

1. Dimensão Sociodemográfica

1. 1.1 Género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

2. 1.2 Idade *

Marcar apenas uma oval.

☐ 20 - 29 anos

☐ 30 - 39 anos

☐ 40 - 49 anos

☐ 50 - 60 anos

☐ > 60 anos

3. 2. Habilitações académicas *

Marcar apenas uma oval.

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Curso de Especialização

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

3. Dimensão Profissional

4. 3.1 Tempo de exercício profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ < 1 ano
- ☐ 1 - 4 anos
- ☐ 5 - 9 anos
- ☐ 10 - 14 anos
- ☐ > 15 anos

5. 3.2 Tempo de exercício profissional nesta instituição *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ < 1 ano
- ☐ 1 - 4 anos
- ☐ 5 - 9 anos
- ☐ 10 - 14 anos
- ☐ > 15 anos

6. 3.3 Tempo de exercício no serviço atual *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ < 1 ano
- ☐ 1 - 4 anos
- ☐ 5 - 9 anos
- ☐ 10 - 14 anos
- ☐ > 15 anos

4. Dimensão Laboral

7. 4.1 Serviço onde exerce funções *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Internamento
- ☐ Urgência
- ☐ Unidade Cuidados Intensivos
- ☐ Bloco Operatório
- ☐ Consulta Externa
- ☐ Outro

8. 4.2 Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Especialista

PARTE B – Escala de Percepção da
Carga de Trabalho Individual

Considerando a sua opinião, assinale a opção de acordo com o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito, utilize a seguinte escala:

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

9. 1. Se o enfermeiro gestor estiver de folga, a equipa é incentivada a contactá-lo em caso de dificuldades de pessoal. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

10. 2. Consigo fazer uma pausa para refeição de, pelo menos, 30 minutos durante o turno. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

11. 3. As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

12. 4. Na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

13. 5. Se eu reclamar junto do enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

14. 6. Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

15. 7. Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

16. 8. Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

17. 9. Mantenho-me no meu atual local de trabalho devido ao apoio do enfermeiro gestor. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

18. 10. As assistentes sociais estão disponíveis para os clientes que eu cuido, conforme as necessidades. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

19. 11. A minha atual carga de trabalho far-me-á procurar um novo local de trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

20. 12. Quando um cliente experiencia um acontecimento grave (paragem cardiorrespiratória, diagnóstico de risco de vida) ou morre, está disponível um capelão para apoiar o cliente e/ou a sua família. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

21. 13. Não planeio ficar no meu atual local de trabalho nos próximos 12 meses. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

22. 14. O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os clientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

23. 15. Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

24. 16. Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados à tipologia de clientes do serviço, *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

25. 17. Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

26. 18. Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são necessários. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

27. 19. Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado na gestão do processo de medicação. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

28. 20. O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis no serviço em tempo oportuno. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

29. 21. O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

30. 22. Expressei preocupações sobre a minha carga de trabalho ser excessiva ao enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

31. 23. Tenciono procurar um novo posto de trabalho num serviço ou instituição diferente nos próximos 12 meses. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

32. 24. O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados ao cliente no serviço. *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5

33. 25. Estou apto para providenciar suporte psicológico/emocional adequado aos clientes a mim atribuídos. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

34. 26. Sentir-me-ia confortável em ter um familiar meu a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

35. 27. O enfermeiro gestor do meu serviço dá apoio na prestação de cuidados aos clientes quando é necessário. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

36. 28. O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

37. 29. Os enfermeiros com quem eu trabalho são o importante motivo para eu estar no meu atual trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE IV – Versão A e B (resultantes das traduções independentes dos dois tradutores)

INDIVIDUAL WORKLOAD PERCEPTION SCALE - REVISED

Versão A e B (resultantes das traduções independentes dos dois tradutores)

1.	If the nurse manager is off duty the unit is encouraged to contact her/him when there are staffing difficulties
	A: Se o enfermeiro gestor está de folga, a equipa é incentivada a contactá-lo em caso de problemas
	B: Se o enfermeiro gestor estiver de folga, a unidade é encorajado a contacta-lo(a) quando existem dificuldades no pessoal
2.	I am able to take at least a 30 minute meal break during my shift
	A: Posso fazer uma pausa de almoço de, pelo menos, 30 minutos durante o turno
	B: Eu consigo fazer 30 minutos de pausa para refeição durante o meu turno
3.	Individual assignments are fairly distributed within the unit given the available resources
	A: As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis
	B: As tarefas individuais são justamente distribuídas dentro da unidade dado os recursos disponíveis
4.	Most days I feel my workload is reasonable
	A: Na maior parte dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável
	B: Na maioria dos dias eu sinto que a minha carga de trabalho é razoável
5.	If I complain about my workload to the nurse manager she/he will be empathetic
	A: Se me queixar da carga de trabalho ao enfermeiro gestor, ele será compreensivo.
	B: Se eu reclamar ao enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele irá ser empático
6.	Equipment (blood pressure machines, sat monitors, scales, lifts, wheelchairs, thermometers) for patient care is available when I need it for patient care
	A: Equipamentos (instrumentos de pressão sanguínea, monitores de saturação, escalas, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para cuidar do paciente estão disponíveis quando necessito de prestar cuidados
	B: Equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para os cuidados ao utente estão disponíveis quando eu preciso de prestar cuidados
7.	I work with nurses who I respect professionally
	A: Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente
	B: Eu trabalho com enfermeiros que eu respeito profissionalmente
8.	When I feel overwhelmed I can count on other nurses to help me

	A: Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar
	B: Quando eu me sinto sobrecarregado eu posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar
9.	I stay in my current position because of the support of my nurse manager
	A: Mantenho-me no meu cargo atual devido ao apoio do enfermeiro gestor
	B: Eu mantenho-me na minha posição atual por causa do apoio do meu enfermeiro gestor
10.	Social workers are available as needed by the patients I care for
	A: Assistentes sociais estão disponíveis quando os pacientes necessitam
	B: Assistentes sociais estão disponíveis conforme as necessidades dos utentes que eu cuido
11.	My current workload will cause me to look for a new position
	A: A minha carga de trabalho atual far-me-á procurar um novo posto
	B: A minha carga atual de trabalho será responsável pela procura de um novo cargo
12.	When a patient experiences a major crisis (code blue, new life-threatening diagnosis) or dies a chaplain is available to support the patient and/or their family.
	A: Quando um paciente tem uma crise grave (código azul, diagnóstico de risco de vida) ou falece, está disponível um padre para apoiar o paciente e/ou a família
	B: Quando um utente experiencia uma crise grave (paragem cardiorrespiratória, diagnóstico de risco de vida) ou morre, está disponível um padre para apoio ao utente e/ou à sua família
13.	I do not plan to stay in my current position for the next 12 months
	A: Não tenciono continuar no meu cargo atual nos próximos 12 meses
	B: Eu não planeio estar na minha posição atual nos próximos 12 meses
14.	The nurse manager assists in working with patients and families who are unhappy with their care
	A: O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os pacientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados
	B: O enfermeiro gestor auxilia no trabalho com os utentes e famílias que não estão satisfeitas com os cuidados
15.	The nurses on my unit are a team
	A: Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa
	B: Os enfermeiros na minha unidade são uma equipa
16.	The nurses I work with are competent in caring for our typical patient population
	A: Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados aos pacientes característicos da nossa população
	B: Os enfermeiros com quem trabalho são competentes a cuidar da nossa população típica de utentes
17.	I plan to stay in my current position for at least the next 12 months
	A: Tenciono continuar no meu cargo atual nos próximos 12 meses pelo menos

	B: Eu planeio ficar na minha posição atual pelo menos nos próximos 12 meses
18.	Supplies (IV supplies, catheters, dressings, syringes, linens) for patient care are available when I need them
	A: Recursos (materiais de punção, catéteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do paciente estão disponíveis quando necessário
	B: Recursos (material de punção, cateteres, roupas, seringas, lençóis) para cuidar nos utentes estão disponíveis quando eu preciso
19.	Pharmacy services provide adequate support in the medication process
	A: Os serviços farmacêuticos providenciam ajuda necessária no processo de medicação
	B: Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado no processo de medicação
20.	The nurse manager actively works to fill open positions on the unit in a timely manner
	A: O enfermeiro gestor trabalha ativamente para colmatar o mais rápido possível cargos disponíveis
	B: O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis na unidade em tempo oportuno
21.	The nurse manager is actively involved in securing enough staff each shift that is needed
	A: O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente em cada turno
	B: O enfermeiro gestor está ativamente envolvido em garantir o pessoal suficiente para as necessidades de cada turno
22.	I have voiced concerns about my workload being too heavy to the nurse manager or charge nurse
	A: Tenho preocupações sobre a minha carga de trabalho excessiva comunicadas ao enfermeiro gestor ou ao enfermeiro responsável
	B: Eu expressei preocupações ao enfermeiro gestor ou enfermeiros responsável sobre a minha carga de trabalho começar a ser demasiado pesada
23.	I intend to look for a new position in a different unit or in a different organization within the next 12 months
	A: Tenciono procurar um novo cargo noutra serviço ou noutra instituição nos próximos 12 meses
	B: Eu pretendo procurar um novo cargo numa unidade ou organização diferente nos próximos 12 meses
24.	My manager is competent to provide basic patient care on the unit
	A: O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados básicos ao paciente no serviço
	B: O meu gestor é competente para fornecer cuidados básicos aos utentes na unidade

25.	I am able to provide adequate psychological/emotional support to the patients assigned to me
	A: Sou capaz de prestar apoio psicológico/emocional adequado aos pacientes a mim designados
	B: Eu estou apto para fornecer suporte psicológico/emocional adequado aos utentes atribuídos a mim
26.	I would feel comfortable having one of my family members cared for by staff on my unit
	A: Sentir-me-ia confortável em possuir um familiar a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço
	B: Eu sentiria-me confortável ter um membro da minha família a ser cuidado pela equipa da minha unidade
27.	The nurse manager on my unit provides support in patient care when it is needed
	A: O enfermeiro gestor do meu serviço apoia a prestação de cuidados aos pacientes quando necessário
	B: O enfermeiro gestor da minha unidade fornece suporte nos cuidados ao utente quando é preciso
28.	My current work environment makes me want to stay and work here
	A: O meu ambiente de trabalho atual faz-me querer continuar a trabalhar aqui
	B: O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui
29.	The nurses I work with are an important reason I stay in my current job
	A: Os enfermeiros com quem trabalho são uma razão importante para eu manter o meu emprego atual
	B: Os enfermeiros com quem eu trabalho são uma razão importante para eu estar no meu atual trabalho

APÊNDICE V – Versão Consenso de A e B

1. Se o enfermeiro gestor estiver de folga, a equipa é incentivada a contactá-lo em caso de dificuldades de pessoal.
2. Consigo fazer uma pausa para refeição de, pelo menos, 30 minutos durante o turno.
3. As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis.
4. Na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável.
5. Se eu reclamar junto do enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático.
6. Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário.
7. Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente.
8. Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar.
9. Mantenho-me no meu atual local de trabalho devido ao apoio do enfermeiro gestor.
10. Os assistentes sociais estão disponíveis para os clientes que eu cuido, conforme as necessidades.
11. A minha atual carga de trabalho far-me-á procurar um novo local de trabalho.
12. Quando um cliente experiencia um acontecimento grave (paragem cardiorrespiratória, diagnóstico de risco de vida) ou morre, está disponível um capelão para apoiar o cliente e/ou a sua família.
13. Não planeio ficar no meu atual local de trabalho nos próximos 12 meses.
14. O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os clientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados.
15. Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa.
16. Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados à tipologia de clientes do serviço.
17. Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses.
18. Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são necessários.
19. Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado na gestão do processo da medicação.
20. O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis no serviço em tempo oportuno.
21. O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno.
22. Expressei preocupações sobre a minha carga de trabalho ser excessiva ao enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável.
23. Tenciono procurar um novo posto de trabalho num serviço ou instituição diferente nos próximos 12 meses.
24. O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados ao cliente no serviço.

25. Estou apto para providenciar suporte psicológico/emocional adequado aos clientes a mim atribuídos.
26. Sentir-me-ia confortável em ter um familiar meu a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço.
27. O enfermeiro gestor do meu serviço dá apoio na prestação de cuidados aos clientes quando é necessário.
28. O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui.
29. Os enfermeiros com quem eu trabalho são o importante motivo para eu estar no meu atual trabalho.

APÊNDICE VI – Retroversão para língua-origem (inglês)

INDIVIDUAL WORKLOAD PERCEPTION SCALE - REVISED

RETROVERSÃO

1.	Original: If the nurse manager is off duty the unit is encouraged to contact her/him when there are staffing difficulties
	Retroversão: If the nurse manager is off work the team is encouraged to contact him/her in case of any issues
2.	Original: I am able to take at least a 30 minutes meal break during my shift
	Retroversão: I can have a break for a meal, for at least 30 minutes during my shift
3.	Original: Individual assignments are fairly distributed within the unit given the available resources
	Retroversão: Individual assignments are fairly distributed within the unit given the available resources
4.	Original: Most days I feel my workload is reasonable
	Retroversão: Most days I feel my workload is reasonable
5.	Original: If I complain about my workload to the nurse manager she/he will be empathetic
	Retroversão: If raise my concern regarding my workload to my nurse manager he/she will be empathetic
6.	Original: Equipment (blood pressure machines, sat monitors, scales, lifts, wheelchairs, thermometers) for patient care is available when I need it for patient care
	Retroversão: Equipment (i.e. blood pressure monitors, saturations monitor device, scales, lifts, wheelchairs and thermometers) will be available when needed for nursing care
7.	Original: I work with nurses who I respect professionally
	Retroversão: I work with nurses that I professionally respect
8.	Original: When I feel overwhelmed I can count on other nurses to help me
	Retroversão: When I feel overloaded, I can count on my nursing colleagues for help
9.	Original: I stay in my current position because of the support of my nurse manager
	Retroversão: I continue to work at my current unit because of my nurse manager support
10.	Original: Social workers are available as needed by the patients I care for
	Retroversão: Social workers are available according with the social needs of the patients I look after
11.	Original: My current workload will cause me to look for a new position
	Retroversão: My current workload will push me to find a new workplace
12.	Original: When a patient experiences a major crisis (code blue, new life-threatening diagnosis) or dies a chaplain is available to support the patient and/or their family.

	Retroversão: When a patient experiences a serious happening (i.e. cardiac arrest, life-threatening event) or even dies, a chaplain will be available to support the patient and/or their family
13.	Original: I do not plan to stay in my current position for the next 12 months
	Retroversão: I don't plan to stay at my current workplace for the next 12 months
14.	Original: The nurse manager assists in working with patients and families who are unhappy with their care
	Retroversão: The nurse manager helps to deal with nursing care complaints from patients and their families
15.	Original: The nurses on my unit are a team
	Retroversão: The nurses at my ward are a team
16.	Original: The nurses I work with are competent in caring for our typical patient population
	Retroversão: The nurses that I work with are skilled on specific nursing care referent to our type of ward
17.	Original: I plan to stay in my current position for at least the next 12 months
	Retroversão: I plan to stay at my current workplace for at least the next 12 months
18.	Original: Supplies (IV supplies, catheters, dressings, syringes, linens) for patient care are available when I need them
	Retroversão: Resources (IV phlebotomy materials, catheters, linen and syringes) are available when I need them
19.	Original: Pharmacy services provide adequate support in the medication process
	Retroversão: Pharmacy services support the medication process
20.	Original: The nurse manager actively works to fill open positions on the unit in a timely manner
	Retroversão: The nurse in charge works effectively to fill vacancies on the unit in a timely manner
21.	Original: The nurse manager is actively involved in securing enough staff each shift that is needed
	Retroversão: The nurse manager needs to make sure that there are sufficient nurses for each shift
22.	Original: I have voiced concerns about my workload being too heavy to the nurse manager or charge nurse
	Retroversão: I expressed my increased workload to my nurse manager or nurse in charge
23.	Original: I intend to look for a new position in a different unit or in a different organization within the next 12 months

	Retroversão: I want to find a new job in a different ward/unit or organization in the next 12 months
24.	Original: My manager is competent to provide basic patient care on the unit
	Retroversão: My nurse manager is competent in basic nursing care on my ward/unit
25.	Original: I am able to provide adequate psychological/emotional support to the patients assigned to me
	Retroversão: I'm skilled enough to psychologically and emotionally support the patients I am looking after
26.	Original: I would feel comfortable having one of my family members cared for by staff on my unit
	Retroversão: I would feel comfortable if one of my family members had to be looked after by my ward/unit colleagues
27.	Original: The nurse manager on my unit provides support in patient care when it is needed
	Retroversão: My nurse manager helps with nursing care when necessary
28.	Original: My current work environment makes me want to stay and work here
	Retroversão: My current work environment makes me want to continue to work here
29.	Original: The nurses I work with are an important reason I stay in my current job
	Retroversão: My colleagues are an important reason that I currently work where I do.

APÊNDICE VII – Resposta da autora (dúvida)



Cox, Karen [CU President]

para mim ▾



🌐 inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#)

[Desativar para mensagens em: inglês](#) ✕

Hello. I hope all is well.

#13- Is the nurse contemplating leaving their role

#23-Do they gave an active plan to look for a new position

The difference is thinking versus an active plan to look for a new position.

Hope this helps.

Karen

Karen Cox PhD, RN, FACHE, FAAN | *President*

P 630.512.8900 | M 816.810.4975 | E KarenCox@chamberlain.edu

500 W. Monroe | Chicago, IL 60661 | chamberlain.edu

Executive Assistant: Elaine Vernoia | P 630.512.8882 | E evernoia@chamberlain.edu



APÊNDICE VIII – Escala de Percepção Individual da Carga de Trabalho

ESCALA DE PERCEÇÃO INDIVIDUAL DA CARGA DE TRABALHO

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

1.	Consigo fazer uma pausa para refeição de, pelo menos, 30 minutos durante o turno.	1	2	3	4	5
2.	As tarefas individuais são distribuídas de forma justa entre a equipa, tendo em conta os recursos disponíveis.	1	2	3	4	5
3.	Na maioria dos dias sinto que a minha carga de trabalho é razoável.	1	2	3	4	5
4.	Se eu reclamar junto do enfermeiro gestor sobre a minha carga de trabalho ele será empático.	1	2	3	4	5
5.	Os equipamentos (monitores de pressão arterial, monitores de saturação, balanças, elevadores, cadeiras de rodas, termómetros) para prestação de cuidados ao cliente estão disponíveis quando necessário.	1	2	3	4	5
6.	Trabalho com enfermeiros que respeito profissionalmente.	1	2	3	4	5
7.	Quando me sinto sobrecarregado posso contar com os outros enfermeiros para me ajudar.	1	2	3	4	5
8.	Mantenho-me no meu atual local de trabalho devido ao apoio do enfermeiro gestor.	1	2	3	4	5
9.	O enfermeiro gestor ajuda a lidar com os clientes e famílias insatisfeitas com os cuidados prestados.	1	2	3	4	5
10.	Os enfermeiros do meu serviço são uma equipa.	1	2	3	4	5
11.	Os enfermeiros com quem trabalho são competentes na prestação de cuidados à tipologia de clientes do serviço.	1	2	3	4	5
12.	Planeio ficar no meu atual local de trabalho pelo menos nos próximos 12 meses.	1	2	3	4	5
13.	Os recursos (materiais de punção, cateteres, roupa, seringas, lençóis) para cuidar do cliente estão disponíveis quando são necessários.	1	2	3	4	5
14.	Serviços farmacêuticos providenciam suporte adequado na gestão do processo da medicação.	1	2	3	4	5
15.	O enfermeiro gestor trabalha ativamente para preencher as vagas disponíveis no serviço em tempo oportuno.	1	2	3	4	5

16.	O enfermeiro gestor está envolvido ativamente na garantia de pessoal suficiente para as necessidades de cada turno.	1	2	3	4	5
17.	O meu enfermeiro gestor é competente na prestação de cuidados ao cliente no serviço.	1	2	3	4	5
18.	Sentir-me-ia confortável em ter um familiar meu a ser cuidado pelo pessoal do meu serviço.	1	2	3	4	5
19.	O enfermeiro gestor do meu serviço dá apoio na prestação de cuidados aos clientes quando é necessário.	1	2	3	4	5
20.	O meu atual ambiente de trabalho faz-me querer ficar e trabalhar aqui.	1	2	3	4	5
21.	Os enfermeiros com quem eu trabalho são o importante motivo para eu estar no meu atual trabalho.	1	2	3	4	5

APÊNDICE IX – Estatística descritiva dos itens e dimensões

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
B1 duty	323	1,00	5,00	3,2012	1,34201
B2 meal	323	1,00	5,00	3,6842	1,14722
B3 assignments	323	1,00	5,00	3,3901	1,05567
B4 most	323	1,00	5,00	3,0402	1,10964
B5 complain	323	1,00	5,00	3,0341	1,16713
B6 equipment	323	1,00	5,00	3,2941	1,18618
B7 work	323	2,00	5,00	4,2693	,71272
B8 overwhelmed	323	2,00	5,00	3,9133	,81441
B9 stay	323	1,00	5,00	2,6873	1,28467
B10 social	323	1,00	5,00	3,1579	1,10187
B11 new	323	1,00	5,00	2,7523	1,27833
B12 patient	323	1,00	5,00	3,5820	1,09001
B13 plan	323	1,00	5,00	2,4118	1,31904
B14 families	323	1,00	5,00	3,1084	1,19160
B15 unit	323	1,00	5,00	3,6842	,94210
B16 typical	323	1,00	5,00	4,0495	,72061
B17 position	323	1,00	5,00	3,6378	1,27399
B18 supplies	323	1,00	5,00	3,4180	1,04640
B19 pharmacy	323	1,00	5,00	3,3034	1,05775
B20 manner	323	1,00	5,00	3,1981	1,16272
B21 shift	323	1,00	5,00	3,3901	1,18852
B22 workload	323	1,00	5,00	3,1362	1,14480
B23 months	323	1,00	5,00	2,5449	1,35603
B24 basic	323	1,00	5,00	3,1672	1,23481
B25 support	323	1,00	5,00	3,8483	,73418
B26 feel	323	1,00	5,00	3,9659	,90311
B27 needed	323	1,00	5,00	2,6749	1,34079
B28 environment	323	1,00	5,00	3,2291	1,11879
B29 job	323	1,00	5,00	3,4303	1,09372
SupEnfGestor	323	1,00	5,00	3,0372	,95215
SupEquipa	323	1,00	5,00	3,8854	,61000
RecursosOrg	323	1,00	5,00	3,3385	,85831
CargTrab	323	1,00	5,00	3,3715	,84776
IntPerman	323	1,00	5,00	3,4334	1,05563
N válido (de lista)	323				