



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

**Adaptação e Validação do Nursing Work
Index - Revised para o idioma e contexto
português.**

Patrícia Martins Benito

2015





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

**Adaptação e Validação do Nursing Work
Index - Revised para o idioma e contexto
português.**

Patrícia Martins Benito

Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas

2015

“A sabedoria não se transmite, é preciso que nós a descubramos fazendo uma caminhada que ninguém pode fazer em nosso lugar e que ninguém nos pode evitar, porque a sabedoria é uma maneira de ver as coisas”.

Marcel Proust (n.d)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas, pela disponibilidade, pelas críticas construtivas que levaram sempre a aquisição de aprendizagens sólidas, pela compreensão das dificuldades e pelo incentivo nos procedimentos mais exigentes.

Aos enfermeiros que autorizaram a aplicação do instrumento de recolha de dados nos seus contextos.

Aos enfermeiros que participaram e tornaram possível a conclusão deste trabalho.

E por último às minhas pessoas especiais, pelo apoio incondicional, pelo incentivo, pelo amor e pela paciência que foram demonstrando ao longo desta caminhada.

Muito Obrigada!

ÍNDICE

Índice de Quadros.....	iv
Índice de Figuras	vi
Abreviaturas.....	vii
Resumo	viii
Abstract	x
Introdução	1
Parte I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1. QUALIDADE EM SAÚDE	7
2. AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL E ATRIBUTOS ORGANIZACIONAIS	13
3. GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	27
4. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO NWI-R.....	33
Parte II - TRABALHO EMPÍRICO.....	37
1. METODOLOGIA DO ESTUDO.....	38
1.1. Tipo de estudo	38
1.2. População	39
1.3. Colheita de dados	42
1.4. Procedimentos éticos.....	42
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	43
2.1. Características da amostra.....	43
2.2. Análise psicométrica do questionário NWI-R-PT	45
3. CONCLUSÃO.....	58
Referências Bibliográficas	63
Anexos.....	71
Anexo 1 - Nursing Work Index – Revised	
Anexo 2 - Pedido de Autorização à Autora	
Anexo 3 - Autorização da Autora para adaptação do NWI-R	
Anexo 4 - Pedido de autorização para a realização de trabalhos académicos/investigação científica no Hospital Casimiro da Silva Marques da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral	
Anexo 5 - Termo de Responsabilidade do Aluno/Investigador da Santa Casa de Misericórdia do Bombarral	
Anexo 6 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão T1	
Anexo 7 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão T2	
Anexo 8 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão T12	
Anexo 9 - Retroversão da Versão T12 para a língua de origem: Versão BT-1	
Anexo 10 - Retroversão da Versão T12 para a língua de origem: Versão BT-2	

- Anexo 11 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão Pré-Final e Final**
**Anexo 12 – Póster: IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e
de Países de Língua Oficial Portuguesa**
Anexo 13 - Póster: 5º Congresso Internacional da APEGEL

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões do NWI.....	18
Quadro 2 - Funções do enfermeiro gestor para potenciar as dimensões do NWI-R no contexto de prestação de cuidados	31
Quadro 3 - Critérios de utilização de um questionário numa nova população	33
Quadro 4 - Processo de adaptação cultural.....	34
Quadro 5 - População referente ao contexto das UCCI.....	40
Quadro 6 - População referente ao contexto Hospitalar.....	41
Quadro 7 - Características Sócio-Demográficas da Amostra (n=192) em frequência e percentagem	43
Quadro 8 - Características Sócio-Demográficas da Amostra (n=192).....	44
Quadro 9 - Equivalência entre o instrumento original e as quatro áreas envolvidas	47
Quadro 10 - Dimensões do NWI-R-PT	49
Quadro 11 - Modificações na Versão T-12.....	49
Quadro 12 - Avaliação da fiabilidade: pré-teste	51
Quadro 13 - Matriz de Correlação da dimensão Autonomia	51
Quadro 14 - Matriz de Correlação da dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho	52
Quadro 15 - Matriz de Correlação da dimensão Suporte Organizacional	52
Quadro 16 - Matriz de Correlação da dimensão Relação Multidisciplinar	53
Quadro 17 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Autonomia	53
Quadro 18 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho	54
Quadro 19 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Suporte Organizacional.....	54
Quadro 20 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Relação Multidisciplinar	55
Quadro 21 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão Autonomia	55
Quadro 22 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho	56
Quadro 23 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão	56
Quadro 24 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão Suporte Organizacional	56
Quadro 25 - Avaliação da fiabilidade do NWI-R-PT	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Nursing Role Effectiveness Model.....	10
Figura 2 - Competências do Enfermeiros Gestor	28

ABREVIATURAS

ANCC - American Nurses Credentialing Centre

ASQ - American Society for Quality

CNA - Canadian Nurses Association

Cont. - Continuação

ESEL - Escola Superiores de Enfermagem de Lisboa

ICN - International Council of Nurses

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

NREM - Nursing Role Effectiveness Model

NWI - Nursing Work Index

NWI-R - Nursing Work Index – Revised

NWI-R-PT - Nursing Work Index – Revised – Portuguese

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS - Plano Nacional de Saúde

QeS – Qualidade em Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

WHO - World Health Organization

RESUMO

Introdução: Realizou-se a tradução, adaptação e validação para o contexto cultural português de um questionário denominado *Nursing Work Index – Revised* (Aiken & Patrician, 2000). Este instrumento tem demonstrado bons resultados a nível internacional na identificação de características do ambiente organizacional em que os cuidados são prestados e que influenciam os resultados dos clientes, enfermeiros e organização. O estudo decorreu em contexto hospitalar com objetivos de *benchmarking* e em Unidades de Cuidados Continuados Integrados por ser um contexto de prestação de cuidados relativamente recente. A ausência de um instrumento, para o contexto e cultura portuguesa, que auxilie os decisores institucionais e gestores a identificar características organizacionais que determinam o ambiente da prática profissional de enfermagem influenciando os resultados em saúde revela a pertinência deste trabalho.

Objetivos: Adaptar, para a cultura portuguesa o *Nursing Work Index – Revised*, dando origem à versão portuguesa do mesmo. Determinar as características psicométricas do NWI-R na população portuguesa. Identificar as características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. A versão portuguesa do NWI-R foi obtida através do processo de adaptação transcultural recomendado pelo *Institute for Work & Health*. O NWI-R-PT foi aplicado a 78 enfermeiros de contexto hospitalar e 114 enfermeiros de contexto de Cuidados Continuados Integrados.

Resultados: Obteve-se um instrumento com 54 itens e 4 subescalas, com uma consistência interna de 0,951 para a totalidade do instrumento. Verificou-se uma matriz de correlação aceitável para cada uma das subescalas e uma matriz anti-imagem que justifica a permanência de todas as variáveis. Relativamente à qualidade de relação entre as variáveis de cada dimensão obteve-se $KMO > 0,5$ para todas as dimensões e o teste de esfericidade de Bartlett's = 0,000 para todas as dimensões.

Conclusão: O NWI-R-PT revelou ser um instrumento adequado para ser aplicado ao contexto Hospitalar e das UCCI em Portugal, pois permitiu estabelecer uma associação entre a prática do enfermeiro, o ambiente que o influencia e os resultados obtidos e percebidos por ele, através das suas características e especificidades de avaliação.

Palavras-Chave: Enfermagem; Gestão em enfermagem; Índice de Trabalho do Enfermeiro – Revisto; Estudo de Validação; Internamento de cuidados continuados integrados e hospitalar.

ABSTRACT

Introduction: This dissertation is about the translation, adaptation and validation of a survey denominated Nursing Work Index - Revisited (Aiken & Patrician, 2000) to the portuguese cultural context. This analysis instrument has obtained good results at identifying organizational environment characteristics, at an international level, where patient healthcare is taken and influence the patient, nurse and organizational outcomes. This study occurred in an hospital context for benchmarking purpose and Long term care units because its relatively new healthcare context. The absence of an instrument applied to the portuguese culture and context, that aids the institutions decision makers that determine the nursing professional environment is what drives this dissertation.

Objectives: Adapt, to the portuguese culture, the Nursing Work Index - Revised survey, originating the portuguese version. Determine the psicometric characteristics from the NWI-R in the portuguese population. Identify the organizational working environment characteristics from healthcare institutions that can influence the nurse professional practice.

Methodology: This is a quantitative, observational and cross-descriptive study. The portuguese version of the NWI-R was obtained through the process of cross-cultural adaptation process recommended by the Institute for Work & Health. The NWI-R-PT was applied to 78 nurses from a hospital context and 114 nurses from a long term care units context.

Results: A survey with 54 items and 4 subscales was obtained with an internal consistency of 0,951. An acceptable correlation matrix was verified for each of the subscales and an anti-image matrix that justifies the permanency of all the variables in the survey. The analysis of the relationship quality of each dimensions variables showed a $KMO > 0,5$ to all the dimensions and the Bartlett's Sphericity test revealed a 0,000 result for all the dimensions.

Conclusion: The NWI-R-PT has presented itself to be an adequate instrument to be applied to both hospital and long term care healthcare contexts in Portugal, due to the fact that it allowed to establish an association between the nurse practice, the related healthcare environment and the perceived outcomes by the nurse through the survey characteristics and specificities from its evaluation.

Keywords: Nursing, Nursing Management, NWI-R, Validation Study, Long term healthcare, hospital

INTRODUÇÃO

Desde os anos 80 que o ambiente da prática dos cuidados tem sido objeto de análise. Teoricamente, resultados relacionados com os clientes, enfermeiros ou com a instituição são afetados pelo ambiente em que os cuidados são prestados (Aiken & Patrician, 2000). Assim sendo a promoção de ambientes favoráveis pode ser fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (Lake, 2002).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) o processo de desenvolvimento de um ambiente favorável à prática é multifacetado, ocorre a muitos níveis de uma organização e envolve uma diversidade de intervenientes. A esses intervenientes Kramer & Hafner 1989; Aiken, Sochalski, & Lake (1997); Aiken & Patrician (2000); e Flynn, Carryer, & Budge (2005) entre outros, chamaram-lhes atributos organizacionais.

Os atributos organizacionais ou as características das organizações que contribuem para um ambiente favorável à prática de enfermagem e para bons resultados de saúde dos clientes foram inicialmente apresentadas por Kramer e Hafner em 1989 quando desenvolveram o *Nursing Work Index* (NWI), um questionário de origem norte americana constituído por 65 itens com o qual pretendiam verificar quais as características dos Hospitais-Íman que os levavam a ser potenciadores de uma prática de enfermagem de qualidade. A fonte e o conteúdo do NWI foram considerados ideais para o desenvolvimento de uma medida universal do ambiente da prática de enfermagem hospitalar. Anos mais tarde Aiken & Patrician (2000) a partir do NWI de Kramer e Hafner e de uma revisão bibliográfica desenvolveram o *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R), um questionário de 57 itens e 4 subescalas, que veio igualmente demonstrar bons resultados na identificação de variáveis manipuláveis nas organizações que são importantes para os resultados de enfermagem.

Estas 4 subescalas correspondem às dimensões:

- **autonomia,**
- **relação cordial entre enfermeiro e médico,**
- **controle sobre o ambiente da prática profissional e**
- **suporte organizacional.**

A *autonomia* do enfermeiro é um fenómeno complexo, multidimensional (Kobayashi, 2006), relacional e hierárquico (MacDonald, 2002). Consiste na autoridade para tomar

decisões centradas no cliente e na liberdade para agir com base no conhecimento profissional e no sistema de leis e direitos do contexto em que se está inserido (Skar, 2010), promovendo a resolução de problemas que afetam a prestação dos cuidados de enfermagem (Aiken, et al., 2011; Cho, Mark, Yun, & June, 2011; Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Heyning, 2009; McCusker, et al., 2004; Kobayashi, 2006). A existência deste fator promove a satisfação dos enfermeiros (Aiken & Patrician, 2000; Rafferty, et al., 2007), uma comunicação positiva com os médicos (Aiken & Patrician, 2000; Rafferty, et al., 2007) e conseqüentemente a eficiência e a eficácia da organização (Aiken & Patrician, 2000; Rafferty, et al., 2007; Liu, et al., 2012; Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler, 2010; Kanai-Pak, Aiken, Sloane, & Poghosyan, 2008; Duffield, Roche, Blay, & Stasa, 2010) originando bons resultados para os clientes (Aiken, Smith, & Lake, 1994).

O *controle sobre a prática de enfermagem* traduz-se na liberdade e autoridade dos enfermeiros para se envolverem em decisões relativas ao contexto da prática de enfermagem, incluindo as estruturas organizacionais, governança, regras, políticas e decisões operacionais (Weston M. , 2008). Esta dimensão confere representatividade dos enfermeiros junto e com os decisores políticos e organizacionais para que possam melhorar continuamente os serviços de saúde onde estão inseridos. O controle sobre o ambiente de trabalho é essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem e promove o trabalho em equipa no momento da prestação de cuidados (Castner, Ceravolo, Foltz-Ramos, & Wu, 2013).

A *relação enfermeiro-médico* quando conflituosa constitui um problema para as instituições (Benner, 2007). O estabelecimento de relações positivas entre médicos e enfermeiros é essencial para a comunicação precoce de alterações no estado do paciente. As relações cordiais entre enfermeiros e médicos promovem melhorias na qualidade de cuidados e menos efeitos adversos no cliente (Mallidou, Cummings, Cummings, & Giovannetti, 2011; Aiken, Smith, & Lake, 1994; Aiken & Patrician, 2000).

O *suporte organizacional* diz respeito à percepção que os enfermeiros têm da valorização e preocupação da organização para com eles (Eder & Eisenberger, 2008). Essa percepção quanto é positiva aumenta conseqüentemente o compromisso dos enfermeiros para com a organização (Rhoades & Eisenberger, 2002).

Segundo resultados de vários estudos, estas dimensões ao serem percebidas pelos enfermeiros, favorecem a prática profissional, asseguram maior satisfação e contribuem

para maior qualidade do cuidado oferecido aos clientes, sem nenhum custo operacional adicional. Organizações com ambientes favoráveis à prática profissional dos enfermeiros revelam menor taxa de acidentes, menor nível de rotatividade da equipa e menor taxa de mortalidade dos clientes. Doran, Sidani, Keatings, & Doide (2002) defendem que os enfermeiros contribuem significativamente para os resultados de cuidados de saúde. No entanto identificar os resultados para os quais os enfermeiros podem ser responsabilizados é um desafio (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Sendo o NWI-R um instrumento que permite aferir quais os atributos da organização que podem estar a afetar o ambiente da prática profissional de enfermagem e, conseqüentemente os resultados obtidos pelos clientes, acreditamos que poderá ser uma importante ferramenta de apoio à decisão estratégica das organizações a nível nacional.

O NWI-R nos últimos anos, por meio de um financiamento atribuído pela *European Union's Seventh Framework Programme*, tem vindo a ser aplicado à escala mundial em diversos contextos culturais e clínicos. No entanto o referido instrumento ainda não se encontra traduzido e validado para o contexto e idioma português de Portugal.

O presente trabalho pretende refletir um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal que tem como objetivo geral adaptar para a cultura portuguesa o NWI-R, dando origem à versão portuguesa do mesmo.

O NWI-R foi testado em dois contextos distintos. Em contexto hospitalar para fins de *benchmarking* com estudos internacionais, pela importância do conhecimento das características das organizações que promovem a qualidade dos cuidados e para tradução e validação de uma escala não validada em Portugal. E no contexto das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados devido à escassa investigação desta temática neste contexto, tanto a nível internacional como particularmente em Portugal; pela importância do conhecimento das características das organizações que promovem a qualidade dos cuidados; e para tradução e validação de uma escala não validada em Portugal. Sendo este um novo contexto de prestação de cuidados com uma estrutura e uma cultura própria, com um novo modelo conceptual centrado na avaliação biopsicossocial e prestação de cuidados incorporados nas equipas de profissionais (multidisciplinaridade e interdisciplinaridade) este instrumento trará um contributo importante para a construção de conhecimento empírico nesta área.

Pela fraca variabilidade dos resultados obtidos nos dois contextos optou-se por apresentar a análise dos dados em conjunto.

Para uma melhor delimitação do problema desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura segundo Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (2011), submetido a publicação. A revisão sistemática é uma metodologia útil em saúde, dado que possibilita identificar as melhores evidências e sintetizá-las, para fundamentar propostas de mudanças nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Os critérios de inclusão da revisão sistemática da literatura foram:

- Estudos referentes a enfermeiros;
- Estudos científicos realizados em contexto clínico/ internamento ou mistos;
- Estudos sobre o NWI ou que contenham o NWI-R como instrumento de colheita de dados;
- Estudos relativos a traduções linguísticas, adaptações culturais e validações de escalas (preferencialmente tipo-Likert);
- Estudos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa;
- Estudos entre os anos de 2008-2014, inclusive;
- Estudos quantitativos com evidência científica.

Os critérios de exclusão da revisão sistemática da literatura foram:

- Estudos relativos unicamente a contextos de cuidados na comunidade (Centros de Saúde);
- Estudos sobre estudantes de enfermagem;
- Revisões sistemáticas da literatura;
- Estudos baseados unicamente em colheitas de dados de arquivos ou bases de dados.

Foram utilizadas duas plataformas de pesquisa e bases de dados para a obtenção dos estudos: EBSCO - CINAHL; Pre-CINAHL; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Controlled Trials Register; MEDLINE; Nursing and Allied Health Collection: expanded; e B-ON - PubMed; SciELO.

Os autores de referência pesquisados foram, por ordem de pesquisa: Linda Aiken (Nursing Work Index – Revised (Aiken *et al*, 2000, 2002)); Sister Callista Roy (Ambiente da prática profissional de enfermagem (Callista Roy, 1993); Eileen Lake (Ambiente de

Trabalho (Lake, 2002); Irvine Diane Doran (Nurse Role Effectivness Model (Doran et al, 2002).

As organizações de referência pesquisadas foram, por ordem de pesquisa: American Society for Quality (ASQ); International Council of Nurses (ICN); Canadian Nurses Association (CNA); World Health Organization (WHO); Ordem dos Enfermeiros (OE); Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Alargou-se a pesquisa ao Centro de Documentação da Escola Superiores de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Realizou-se pesquisa manual de publicações periódicas na ESEL e, em referências bibliográficas dos estudos selecionados.

Este trabalho está inserido no projeto de investigação do Departamento de Administração em Enfermagem da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de) - “Ambiente organizacional na saúde: qualidade e gestão de cuidados”, em específico no projeto: “Atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem – impacto nos enfermeiros, na qualidade dos cuidados e em resultados em saúde”.

Através deste projeto pretendemos desenvolver competências para a tradução e validação de instrumentos de avaliação em enfermagem; compreender como o ambiente da prática profissional influencia a prática e os resultados de enfermagem; conseguir identificar as características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro e, contribuir para avanço do conhecimento sobre a temática em Portugal.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A Parte I corresponde ao enquadramento teórico e é constituída por quatro capítulos: 1-Qualidade em Saúde; 2-Ambiente da Prática Profissional e Atributos Organizacionais; 3- Gestão em Enfermagem; e 4-Adaptação e Validação do NWI-R. A Parte II corresponde ao trabalho empírico e é constituída por três capítulos: 1-Metodologia do Estudo; 2-Apresentação e Análise dos Dados; e 3-Conclusão.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE EM SAÚDE

A saúde é determinada pelas mais diversas variáveis – os chamados fatores determinantes da saúde – que vão da educação, do comércio e da economia à qualidade dos cuidados de saúde e de outros serviços públicos (Crisp, et al., 2014).

Desde a década de 1940 que o conceito de saúde deixou de ser definido pela ausência de doença para ser entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1948). No entanto, para esse fim, os indivíduos ou grupos devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Desta forma o conceito de saúde perde a sua característica objetiva para adotar uma particularidade subjetiva. E, conseqüentemente a promoção da saúde deixa ser da responsabilidade exclusiva do sector da saúde, exigindo-se aos indivíduos, por meio da advocacia da saúde, estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (Carta de Ottawa, 1986).

Os sistemas de saúde desempenham um papel central nas sociedades modernas ao ajudar as pessoas a manter e a melhorar a sua saúde (EU, 2015). Efetivamente os cidadãos têm vindo a abandonar uma postura passiva relativamente aos cuidados que lhes são prestados. Atualmente têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010). O utente é hoje em dia encarado como cliente que exige cuidados de saúde de qualidade.

Embora a definição de qualidade em saúde dependa da perspetiva e valores de quem a define, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, considera a importância de escolher uma formulação que sirva de referência. Saturno et al (1990) citado pelo PNS (2012-2016) refere que a Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e com o melhor desempenho possível (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

Para a *American Nurses Credentialing Center* (n.d.) a qualidade é a força motriz sistemática que conduz à organização em enfermagem, onde os enfermeiros que servem

em posições de liderança são responsáveis por fornecer um ambiente que influencia positivamente os resultados dos utentes.

Ao longo da última década, os sistemas de saúde europeus têm enfrentado desafios comuns cada vez maiores: os custos crescentes dos cuidados de saúde, o envelhecimento demográfico associado a um aumento das doenças crónicas e da multimorbilidade que leva ao aumento da procura de cuidados de saúde, a escassez e a distribuição desigual dos profissionais de saúde, as desigualdades em termos de saúde e as desigualdades em matéria de acesso aos cuidados de saúde (Comissão Europeia, 2014).

A qualidade dos cuidados de saúde, elemento fundamental do desempenho dos sistemas de saúde, engloba para além da segurança dos doentes e da experiência dos doentes, a eficácia dos cuidados, ou seja, a capacidade dos sistemas de saúde de gerar resultados positivos e melhorar a saúde da população (Comissão Europeia, 2014).

Em 1966, Avedis Donabedian introduz pela primeira vez um modelo de avaliação da qualidade em saúde assente numa tríade – estrutura, processo e resultado.

Por estrutura entende a avaliação da organização da instituição onde o utente recebe os cuidados, desde a organização da equipa de profissionais, aos métodos de pagamento, ao ambiente físico da instituição e recursos disponíveis quer humanos, quer materiais. Entende-se por processo a avaliação do desempenho na prestação, os métodos desenvolvidos na prestação de cuidados e a própria relação que se estabelece entre profissional de saúde e utente e que os indicadores de resultados surgem da avaliação dos produtos finais detetáveis no utente onde as expectativas e a satisfação do utente assumem um importante papel. Donabedian introduz, desta forma, os resultados ao léxico da investigação dos serviços de saúde (Doran D. M., 2011), acrescenta ainda que, são os resultados que permitem analisar a eficiência, a efetividade e a satisfação dos utentes face aos cuidados que receberam (Donabedian, 1980).

Donabedian (1980), referindo-se à prestação de cuidados, propõe considerar a eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade como parâmetros de qualidade. O cuidado é eficaz, quando é capaz de produzir o efeito esperado, é eficiente quando é produzido de forma exemplar, livre de negligência, e é ótimo, quando o resultado corresponde ao estado da arte. Donabedian (1980) sugere ainda que os cuidados devem ser

economicamente sustentáveis, de alta qualidade cumprindo os critérios de legitimidade e coletivamente percebido como justos.

Ao longo das últimas décadas as organizações de saúde têm vindo a desenvolver medidas e a implementar programas que garantam a implementação e manutenção dos valores referidos por Donabedian.

A Organização Mundial de Saúde apresenta em 2012 a Saúde 2020 referindo-a como o novo quadro da política de saúde europeia. Este programa destina-se a apoiar a ação em todo o governo e na sociedade para: "melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer a saúde pública e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas que são universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade" (WHO, 2012). A Comissão Europeia (2014) defende que os sistemas de saúde modernos têm de permanecer não só acessíveis e eficazes, mas também ser sustentáveis a longo prazo e desenvolver e manter a resiliência. O Relatório de Primavera de 2015 refere que a qualidade em saúde é inseparável da prestação de cuidados acessíveis e equitativos à população.

A OCDE (2015) refere que em resposta à recente pressão fiscal, Portugal implementou um conjunto abrangente de reformas estruturais e introduziu uma ampla gama de iniciativas de qualidade que visa proporcionar a sustentabilidade orçamental, melhorando a eficiência e alcançar melhor qualidade em todo o sistema de saúde. Refere ainda que a qualidade dos cuidados é uma prioridade para o sistema de saúde português, aparentando, no geral, uma prestação de cuidados de alta qualidade a um baixo custo, estando as despesas com a saúde abaixo da média da OCDE para os gastos *per capita*.

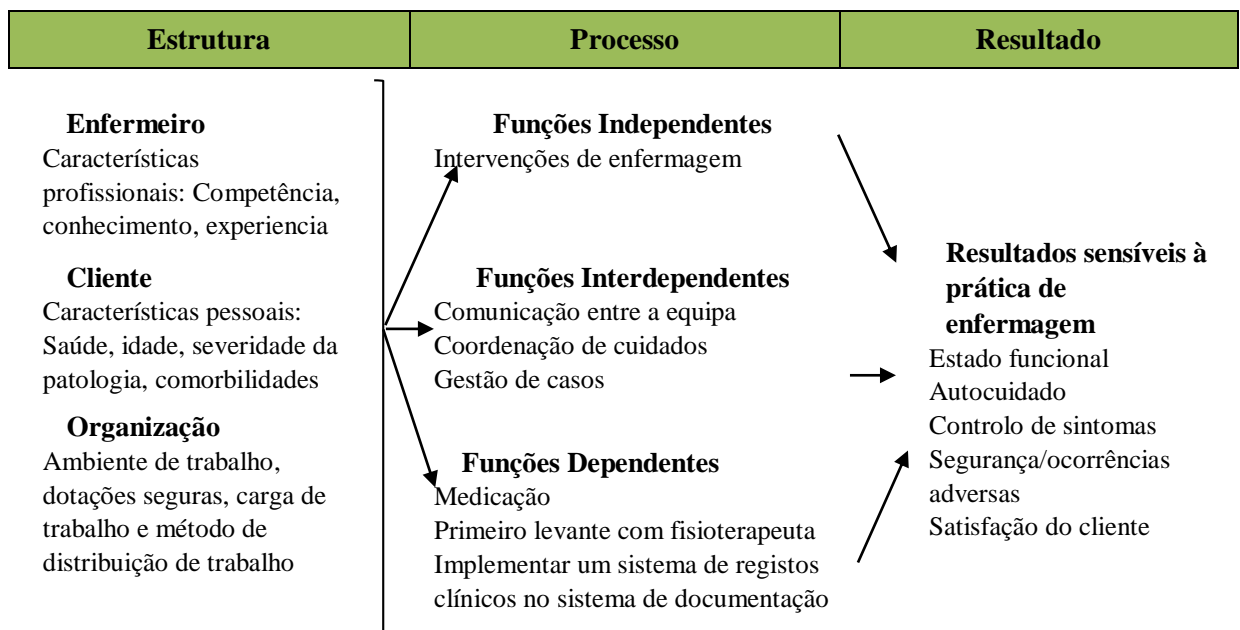
A complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e a frequente intangibilidade dos cuidados de enfermagem levaram a grandes dificuldades aquando da aplicação do conceito de qualidade aos ambientes da prática. No entanto, quantificar a qualidade do ambiente da prática do enfermeiro é um componente crucial no estabelecimento de ligações para os resultados do cliente e do profissional de enfermagem (Cheung & Aiken, 2008). Segundo Davis (2012), os serviços prestados pelos enfermeiros representam cerca de 90% dos cuidados de saúde. Perante esta representatividade nos cuidados de saúde a enfermagem ganha relevo na contribuição para a qualidade e efetividade dos cuidados, requerendo uma apreciação de decisores e organizações.

Aiken em 1997 observou que, até meados dos anos 1990, pouca atenção foi dada ao relacionamento entre as características da organização e os resultados do cliente. No entanto essa situação rapidamente mudou e em 1998, baseadas no modelo de avaliação da qualidade em saúde de Avedis Donabedian, Doran, Sidani e Hall desenvolveram um modelo equivalente mas adaptado à enfermagem, denominando-o Nursing Role Effectiveness Model (NREM). De um modo geral este modelo estabelece que os resultados dos clientes são afetados não só pelo cuidado prestado, mas também pelos fatores relacionados com o cliente, com os aspetos interpessoais do cuidado, e com o local ou ambiente onde o cuidado é prestado.

Perante os resultados obtidos pelo cliente importa esclarecer os que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, Doran (2011) define resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem como um estado, um comportamento ou perceção de um doente ou família, mensurável ao longo de um *continuum*, que ocorre em resposta a uma intervenção de enfermagem.

O NREM engloba uma estrutura, constituída pelas variáveis dos enfermeiros, das unidades/organizações e dos clientes que influenciam o processo, ou seja, a efetividade das intervenções de enfermagem autónomas, interdependentes e dependentes e, conseqüentemente, os resultados dos clientes sensíveis ao cuidado de enfermagem.

Figura 1 - Nursing Role Effectiveness Model



Fonte: Doran D. M. (2011)

Segundo Doran (2011) as variáveis de estrutura influenciam o processo e as variáveis de resultado e de processo afetam as variáveis de resultado. Assim, verifica-se que para obter o resultado pretendido terá de se intervir ao nível do enfermeiro, cliente e organização (estrutura) e ao nível das funções de enfermagem e de outros profissionais (processo).

Ao explorar as características da organização verifica-se a relação com as variáveis do NREM.

Vejamos, se uma equipa de enfermagem possui autonomia no desenvolvimento da sua prática profissional assume com maior satisfação (menos exaustão profissional e menor risco de burnout) o controle sobre o seu ambiente de trabalho contribuindo continuamente para o seu desenvolvimento profissional. Se essa mesma equipa não possui a liberdade para a resolução de problemas (estrutura) que afetam a qualidade da sua prestação (processo) resultará em profissionais desmotivados, insatisfeitos e com maior tendência para a exaustão profissional, afetando negativamente os resultados sensíveis à prática de enfermagem (resultado).

Os enfermeiros estão inseridos em equipas multidisciplinares nas quais desenvolvem - para além das funções independentes - funções interdependentes e dependentes. Para que não seja comprometido o resultado do processo as organizações necessitam de relações cordiais entre profissionais onde prevaleça o respeito profissional e onde se desenvolva uma comunicação efetiva no planeamento e execução das atividades inerentes ao cuidar.

Em contexto de internamento hospitalar ou em unidades de cuidados continuados integrados, os enfermeiros encontram-se inseridos numa organização com determinadas características. Se a organização oferecer um bom suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional (bom ambiente de trabalho, um rácio enfermeiro-cliente que corresponda a dotações seguras, flexibilidade de horário, entre outras) contribui não só para a satisfação dos profissionais de enfermagem como para os resultados sensíveis à prática de enfermagem.

Bogaert, et al. (2014) referem que as equipas de enfermagem ao criarem ambientes de trabalho com obtenção de resultados positivos de enfermagem promovem cuidados de alta qualidade, e defendem a segurança do cliente.

A Comissão Europeia (2014) numa comunicação sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes, refere que será cada vez mais importante medir a eficácia dos

sistemas de saúde, especialmente porque estes não são o único fator com incidência sobre a melhoria da nossa saúde. Os resultados em saúde dependem naturalmente da qualidade dos cuidados prestados, mas estes poderão não determinar mais que 20% desses resultados (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

Campos, Saturno, & Carneiro (2010) e Doran (2011) concordam que do lado da oferta de cuidados terão influência as próprias características dos prestadores (idade, conhecimentos, aptidões, experiência, estado físico, personalidade, capacidade de comunicação, senso, sentido de oportunidade, carga de trabalho) no entanto Aiken, Clarke e Sloane (2002) acrescentam que para além das características dos prestadores as características da organização também afetam os resultados.

Verifica-se então que são diversas as variáveis que podem condicionar o grau de QeS Campos, Saturno, & Carneiro (2010) nomeiam: a) características do Sistema de Saúde; b) determinantes da procura de cuidados (por ex., expectativa e exigência) e da capacidade de resposta (por ex., recursos humanos, especialização crescente, trabalho multidisciplinar e intersectorial).

Embora seja uma tarefa multiprofissional, a qualidade dos contributos que os profissionais de enfermagem dão através da prestação de cuidados de enfermagem sejam elas independentes, interdependentes ou dependentes, irão ditar 20% da qualidade dos resultados sensíveis à prática de enfermagem obtidos pelos clientes. Sendo os restantes 80% dependentes das características dos enfermeiros, clientes e organização.

A avaliação dos enfermeiros em relação à qualidade dos cuidados prestados aos clientes é melhor se a autonomia, o controle sobre o ambiente de trabalho, suporte organizacional e a qualidade da relação entre médicos e enfermeiros, proporcionado pela organização forem maiores. Uma vez que o referido instrumento permite aos enfermeiros manifestarem a sua avaliação face aos fatores que influenciam a sua prática a aplicação do NWI-R ao contexto português auxilia os decisores a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

2. AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL E ATRIBUTOS ORGANIZACIONAIS

Desde os anos 80 que o ambiente da prática dos cuidados tem sido objeto de análise. Teoricamente, resultados relacionados com os clientes, enfermeiros ou com a instituição são afetados pelo ambiente em que os cuidados são prestados (Aiken & Patrician, 2000). Assim sendo a promoção de ambientes favoráveis pode ser fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (Lake, 2002).

Importa esclarecer inicialmente o entendimento que se tem acerca do referido conceito.

Roy e Andrews (2001) entendem o ambiente como o mundo interior ou exterior da pessoa que aquando da mudança estimula-a na criação de respostas adaptáveis. O ambiente inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa.

Weston (2010) refere que tal como a saúde de uma pessoa representa mais do que a ausência de doença, um ambiente de trabalho saudável engloba mais do que ausência de problemas. Assim, tal como uma pessoa saudável e ativa contribui para o mundo, um ambiente de trabalho saudável reúne o envolvimento e a energia dos funcionários e produz coletivamente resultados desejados. Um ambiente de trabalho saudável é aquele que é revigorante, robusto, florescendo, e capaz de se adaptar com flexibilidade a um conjunto em constante mudança de circunstâncias (Weston M. J., 2010).

No âmbito da enfermagem, Lake (2002) afirma que por ambiente de trabalho entende-se as características organizacionais do local de trabalho que facilitam ou limitam a prática profissional de enfermagem.

Aiken, Clarke, & Sloane (2005) referem que os ambientes de prática de qualidade são aqueles com características tais como:

- **recursos adequados,**
- **boas relações de trabalho,**
- **controle de enfermagem sobre a sua própria prática e**
- **serviços de apoio adequados que permitam aos enfermeiros passar tempo com seus clientes.**

A prestação de serviços de saúde de alta qualidade depende da competência dos profissionais de saúde e de um ambiente de trabalho que apoia a excelência do desempenho (Salanova, Lorente, Chambel, & Martínez, 2011). Para Aiken, Clarke, & Sloane (2005) os ambientes da prática de má qualidade podem anular os efeitos positivos dos bons enfermeiros. Em contrapartida, um ambiente de trabalho saudável, não só estabelece um ambiente de trabalho desejável, mas também oferece a infraestrutura para impactar positivamente a eficácia do trabalho em si (Weston M. J., 2010).

Salanova, Lorente, Chambel, & Martínez (2011) referem que os ambientes favoráveis à prática devem ser estabelecidos em todo o sector da saúde a nível internacional, uma vez que têm o poder de atrair e reter equipas, melhorar a satisfação, segurança e os resultados de enfermeiros e clientes e promover a prestação de serviços de baixo custo.

Para Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler (2010), um ambiente de trabalho que permite que os enfermeiros se sintam **autónomos**, tenham o **controle sobre a sua prática** (recursos destinados ao cuidado do cliente), promovam **relações positivas com os médicos** e **forneçam suporte organizacional** levam a uma menor intenção de deixar a profissão.

Na ótica da *Registered Nurses Association of Ontario* (2006), os ambientes de trabalho saudáveis para os enfermeiros são cenários práticos que maximizam a saúde e o bem-estar do enfermeiro, os resultados de qualidade do cliente, o desempenho organizacional e os resultados sociais.

Os ambientes pouco saudáveis, de acordo com o ICN (2007), afetam a saúde física e psicológica dos enfermeiros devido ao *stress* de cargas laborais pesadas, horários prolongados, baixo estatuto profissional, relações difíceis no local de trabalho, problemas no desempenho dos papéis profissionais, conhecimentos insuficientes, má gestão e uma diversidade de riscos no local de trabalho. *Registered Nurses Association of Ontario* (2006) acrescenta que os ambientes de trabalho têm impacto no absentismo, na produtividade, nos custos dos cuidados de saúde e nos custos decorrentes dos resultados adversos dos clientes. Realçando-se, assim, que os ambientes de trabalho saudáveis produzem, também, benefícios financeiros para as organizações.

Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Heyning (2009) vai de encontro ao supracitado pelas organizações, referindo que ambientes organizacionais pobres em diferentes níveis levam a sentimentos de exaustão, cinismo e ineficácia, que por sua vez

reduzem a satisfação no trabalho, aumentam os riscos de saída da organização ou da prática de enfermagem e têm impactos potencialmente negativos na qualidade do atendimento. Os autores acrescentam ainda que os gestores e os líderes devem considerar o *burnout* como o extremo oposto do envolvimento de enfermeiros no seu trabalho, e como reflexo potencial de uma falha na organização para criar um ambiente de prática profissional e um marco de problemas potenciais.

Vários autores têm vindo a corroborar e a contribuir para o desenvolvimento destes achados ao verificarem ao longo dos anos que os resultados relacionados com a satisfação e segurança do cliente, tais como mortalidade, complicações e incapacidades (Aiken & Patrician, 2000) (Rafferty, et al., 2007); Resultados relacionados com a satisfação do profissional de enfermagem (Aiken, et al., 2011) (Kanai-Pak, Aiken, Sloane, & Poghosyan, 2008) (Liu, et al., 2012) abrangendo a exaustão emocional, burnout (Bogaert, Kowalski, Weeks, Vanheusden, & Clarke, 2013) (Bogaert, et al., 2014) (Gasparino, Guirardello, & Aiken, 2011; Liu, et al., 2012) (Aiken, et al., 2011), violência contra o prestador (Roche, Diers, Duffield, & Catling-Paull, 2010); e ainda resultados relacionados com a organização como os custos organizacionais (Aiken & Patrician, 2000) e a estabilidade da equipa (baixo turnover/intente to leave/retenção) (Liu, et al., 2012) (Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler, 2010; Kanai-Pak, Aiken, Sloane, & Poghosyan, 2008) (Duffield, Roche, Blay, & Stasa, 2010) são afetados pelos fatores ambientais (Aiken & Patrician, 2000; Liu, et al., 2012) (Flynn, Carryer, & Budge, 2005) (Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Heyning, 2009) afetando a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem (Aiken, et al., 2011) (Cho, Mark, Yun, & June, 2011) (McCusker, et al., 2004; Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Heyning, 2009).

A *American Nurses Credentialing Centre*, na década de 80, leva a cabo um estudo nacional a fim de averiguar as características do ambiente de trabalho que favoreciam a prática profissional do enfermeiro. A essas características chamaram-lhe forças de magnetismo, vindo dar posteriormente o nome de Hospitais-Íman aos hospitais que continham as 14 características do ambiente levantadas no respetivo estudo como sendo potenciadores de uma prática de enfermagem de qualidade (Aiken & Patrician, 2000; McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 2002).

Essas 14 características são:

Tabela 1: Forças de Magnetismo

Força de Magnetismo	Descrição
1. Qualidade e liderança em enfermagem	Liderança de enfermagem forte visível e acessível
2. Estrutura organizacional	Estrutura achatada/ descentralizada; territórios de intervenção bem definidos
3. Estilo de gestão	Utilização de uma abordagem participativa e colaborativa
4. Políticas de gestão de recursos humanos	Suporte, empregado amigável e flexível
5. Modelo de cuidados	Cuidados geralmente baseados em enfermagem primária ou híbrido
6. Qualidade dos Cuidados	Monitorizado
7. Garantia da Qualidade	Construtiva e focada no cliente
8. Consultoria e alocação de recursos	Disponíveis para enfermeiros
9. Nível de autonomia	Dada individualmente aos enfermeiros para a sua prática clínica. Espera-se que os enfermeiros sejam autônomos.
10. Comunidade e hospital	Perfil e participação dos funcionários do hospital no desenvolvimento da comunidade
11. Enfermeiros como professores	O item que é relatado para dar mais satisfação
12. Imagem da enfermagem	Visto como um elemento vital e profissional da prestação de serviços
13. Relação Interdisciplinares	Colaboração e respeito mutuo
14. Orientação para o desenvolvimento profissional	Em serviço; educação continua; educação formal; e desenvolvimento na carreira suportado

Fonte: (ANCC)

Sendo reagrupados em cinco chaves componentes com as respectivas fontes de evidência:

1. **Liderança transformacional:**
 - a. Planeamento Estratégico;
 - b. Advocacia e Influência;
 - c. Visibilidade, acessibilidade, e da Comunicação.
2. **Capacitação estrutural:**
 - a. Desenvolvimento Profissional;
 - b. Compromisso com o Desenvolvimento Profissional;
 - c. Desenvolvimento Ensino e Papel;
 - d. Compromisso com Envolvimento da Comunidade;
 - e. Reconhecimento de Enfermagem.
3. **Prática profissional exemplar:**
 - a. Prática Profissional Modelo;
 - b. Sistema de prestação de cuidados;
 - c. Processos de pessoal, programação e orçamentação;
 - d. Cuidados interprofissionais;
 - e. Responsabilidade, Competência e Autonomia;
 - f. Ética, Privacidade, Segurança e Confidencialidade;
 - g. Cultura de Segurança;
 - h. Qualidade da Assistência Monitorização e Melhoria.
4. **Inovações e melhorias:**
 - a. Pesquisa;
 - b. Prática Baseada em Evidências;
 - c. Inovação.
5. **Resultados empíricos:**
 - a. Antecedentes / problemas;
 - b. Declaração de meta;
 - c. Descrição da Intervenção / Iniciativa / Atividade(s);
 - d. Participantes;
 - e. Resultado(s).

(ANCC, 2003)

Os Hospitais-Íman têm em comum determinantes que promovem e sustentam a prática de Enfermagem, incluindo **estruturas organizacionais mais planas, a tomada de decisão estruturada, grande influência dos enfermeiros gestores e o investimento na formação e qualificação dos profissionais de Enfermagem** (Aiken, Havens, & Sloane, 2000).

Para compreender como a estrutura, a cultura e a organização afetam os resultados de enfermagem, em 2000 Aiken e Patrician tendo como base o instrumento “Nursing Work Index” (NWI) de Kramer e Hafner (1989) desenvolveram o “Nursing Work Index - Revised” (NWI-R). A respetiva ferramenta de origem norte americana tem como objetivo conhecer os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem (Aiken et al. 2002) através de 57 itens organizados em 4 subescalas: **Controlo sobre a prática; Suporte Organizacional; Relação enfermeiro-médico; e Autonomia.**

Quadro 1 - Dimensões do NWI

Dimensões	Descrição	Nº de Itens	Itens
Autonomia	Representam a liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade da assistência de enfermagem	5	4, 6, 17, 24 e 35
Controlo sobre o ambiente de trabalho		7	1, 11, 12, 13, 16, 46 e 48
Relação enfermeiro - médico	Envolve o respeito profissional para a construção de uma comunicação efetiva no alcance de um objetivo comum no que se refere ao cuidado ao utente	3	2, 27 e 39
Suporte organizacional	Situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional	10	1, 2, 6, 11, 12, 13, 17, 24, 27 e 48

Dimensão: Autonomia

A autonomia é um atributo essencial ao profissionalismo. No entanto, a autonomia é um fenómeno complexo e multidimensional (Kobayashi, 2006).

Etimologicamente, autonomia é de origem grega composta pelo adjetivo pronominal *autos*, que significa "o mesmo", "ele mesmo" e "por si mesmo", e pelo substantivo *nomos*, com o significado de “instituição”, "lei", "norma", "convenção" ou "uso". No sentido geral, autonomia indica a capacidade humana em dar leis a si próprio ou a condição de uma

pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete (Nunes, 2006).

Vários autores foram sugerindo definições para o conceito de autonomia. Mundinger (1980) define autonomia como o poder de determinar o que é necessário ser feito para fornecer cuidados aos clientes a fim de aceitar a responsabilidade pela decisão. Scott, Sochalski, & Aiken (1999) definem autonomia como o controlo sobre a prática. MacDonald (2002) defende que a autonomia do enfermeiro é relacional, sendo que encontra as suas fontes nas relações sociais de apoio e é ameaçada quando essas relações são fracas ou ausentes. Para este autor entender a autonomia como relacional pode ajudar os enfermeiros a melhor compreender as diferenças entre as suas próprias capacidades de ação autónomas e as capacidades dos clientes alvo dessas ações.

Weston (2008) distingue *autonomia clínica* de *autonomia de trabalho*. A primeira é mais usada para descrever a liberdade e autoridade dos enfermeiros para tomar decisões relacionadas com os cuidados de enfermagem numa prática interdependente. A segunda envolve os enfermeiros na tomada de decisão no âmbito das políticas e regras sobre clientes individuais e é mais usado para descrever a programação de trabalho, métodos e critérios.

Segundo MacDonald (2002) nem todas as profissões desfrutam de igual ação autónoma, na verdade, a capacidade de formular um juízo autónoma é uma das marcas de identificação de um profissional. O autor acrescenta ainda que nos cuidados de saúde, em particular, a autonomia é notoriamente hierárquica. Relativamente a outros profissionais de saúde, só mais recentemente a enfermagem se afirma como uma profissão autónoma com os seus próprios corpos de conhecimento e as suas responsabilidades próprias para com os utentes.

Em Portugal o reconhecimento da autonomia da profissão é aprovado na década de 1990 com a aprovação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e a constituição da Ordem.

A Ordem dos Enfermeiros (2012), defende que os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. Segundo Nunes (2006) a autonomia tem de refletir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente

ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso – e mandato social - que assumimos. E temos de gerir bem a autonomia, sem cair no excesso ou no defeito, não esquecendo que a primeira consequência da autonomia profissional do enfermeiro é a responsabilidade (Wade, 1999).

Para Skar, (2010) autonomia é a autoridade para tomar decisões centradas no cliente e a liberdade para agir com a base no conhecimento profissional e no sistema de leis e direitos do contexto em que se está inserido. No entanto, a autonomia não é e não pode significar independência, aumentar a autonomia profissional deve significar encontrar maneiras de facilitar a autogestão significativa no contexto de uma equipe de saúde interdependentes (MacDonald, 2002).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) da Ordem dos Enfermeiros (2012), as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes e os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Segundo o mesmo documento, consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

Para a *American Nurses Credentialing Center* (n.d.), os cuidados autónomos de enfermagem são a capacidade de um enfermeiro para avaliar e fornecer ações de enfermagem conforme apropriado para o atendimento ao utente com base na competência, experiência profissional e conhecimento. É esperado um julgamento independente no contexto das abordagens interdisciplinares e multidisciplinares ao utente. Espera-se, portanto, que o enfermeiro reconheça as práticas autónomas e que aja de acordo com padrões profissionais (Weston M. J., 2010).

Através de um estudo realizado com 10 022 enfermeiros de 32 hospitais ingleses Rafferty, Ball e Aiken (2001) constataram que a equipa de trabalho pode ser mais eficaz quando os funcionários envolvidos têm autonomia profissional ou, vice-versa, quando os enfermeiros se relacionam bem com outros membros da equipe que estão em melhor posição para estarem envolvidos nos processos de tomada de decisão e agir com autonomia profissional.

Já em 1994, Aiken, Smith, & Lake tinham verificado que menores taxas de mortalidade não são simplesmente o resultado de rácios, mas de organização de enfermagem, que resulta numa maior autonomia profissional. Estes achados levaram a que Aiken (1995) e Rafferty, et al. (2007) não acreditam que os bons resultados dos cuidados sejam basicamente uma questão de rácios de pessoal, uma vez que o que os enfermeiros que estão nas unidades fazem é mais importante do que o número de mãos envolvidos nos cuidados (Aiken, Smith, & Lake, 1994).

Weston (2010) alerta para a importância de criar ambientes de aprendizagem onde se contruam oportunidades educacionais - formais e informais - que permitam aumentar as competências práticas da equipa de enfermagem e, conseqüentemente desenvolver a confiança dos enfermeiros para as suas práticas autónomas.

Em suma, a autonomia de trabalho do enfermeiro influencia a sua capacidade para mudar o ambiente da prática de enfermagem (Kobayashi, 2006), mas não inclui a capacidade para tomar decisões relativas ao contexto da prática de enfermagem, incluindo as estruturas organizacionais, governança, regras, políticas e decisões operacionais (Weston M. , 2008).

Dimensão: Controlo sobre o Ambiente de Trabalho

O controlo sobre a prática de enfermagem é usado para descrever a liberdade e autoridade de enfermeiros para se envolverem em decisões relativas ao contexto da prática de enfermagem, incluindo as estruturas organizacionais, governança, regras, políticas e decisões operacionais (Weston M. , 2008). Para Castner, Ceravolo, Foltz-Ramos, & Wu (2013) o controlo sobre o ambiente de trabalho é essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem e promove o trabalho em equipa no momento da prestação de cuidados.

Segundo o ICN (2007), para controlar verdadeiramente a sua prática, o enfermeiro deve ter tanto o direito como o poder de tomar decisões que afetem as regras que envolvem a sua prática. Os enfermeiros devem criar e usar estruturas de tomada de decisão a nível do grupo de trabalho, a nível da organização e a nível profissionais, considerando que o controlo sobre a prática é afetado por variáveis ambientais, tais como o tempo e uma liderança que os apoie (ICN, 2007).

Weston (2010) corrobora com o autor suprarreferido ao reconhecer a importância de:

- Criar enfermeiros líderes fortes e visíveis;
- Ter executivos a advogar por uma prática de enfermagem influente;
- Incentivar ideias novas e inovadoras e assegurar que os enfermeiros em cargos de supervisão estão incentivando a autonomia e o controle sobre a prática.

Castner, Ceravolo, Foltz-Ramos, & Wu (2013) acreditam que o controle sobre a prática deve continuar a ser abordado na política, na prática e na investigação, com objetivo de aprimorar o trabalho em equipa. No entanto, como enumera Weston (2010), influenciar os fatores sociais, políticos e econômicos; descrever publicamente a contribuição e os conhecimentos únicos de enfermagem; reconhecer as contribuições dos enfermeiros em todas as funções e configurações de prática; e utilizar influência política das organizações profissionais e enfermeiros em cargos de liderança, são elementos igualmente fundamentais.

Outras estratégias para aumentar o controle de enfermagem sobre a prática, passam por:

- Estabelecer a participação de enfermeiros em reuniões organizacionais e na tomada de decisão. Envolver os enfermeiros em comissões e grupos de trabalho;
- Assegurar que a autoridade para a tomada de decisão reside num enfermeiro de cuidados diretos;
- Minimizar a burocracia;
- Aumentar a competência dos enfermeiros para a tomada de decisão e apoiá-los nas decisões iniciais.

Weston (2010)

O autor esclarece que os termos controle sobre a prática de enfermagem e a autonomia são muitas vezes misturados surgindo de forma confusos o que faz com que se limite a sua aplicabilidade na prática e na pesquisa. Na realidade ambos descrevem como os enfermeiros influenciam as decisões sobre a sua prática e ambos têm sido associados a ambientes de prática profissional que resultam em satisfação de enfermeiros e resultados de qualidade do cliente (Weston M. , 2008). Ou seja, tanto a autonomia como o controle

sobre a prática de enfermagem são atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002).

Dimensão: Relações Enfermeiro-Médico

A relação enfermeiro-médico quando conflituosa constitui um problema para as instituições de saúde uma vez que são os dois grupos profissionais mais representativos do sistema de saúde e desempenham papéis interdependentes que requerem uma articulação mais estreita na prestação de cuidados de qualidade. Desse conflito, podem emergir problemas éticos que prejudicam a relação na equipe multidisciplinar, e, principalmente, o cliente.

Um bom relacionamento enfermeiro-médico não foi associado a satisfação no trabalho, mas sim a melhor qualidade de cuidados e menos efeitos adversos no cliente (Mallidou, Cummings, Cummings, & Giovannetti, 2011).

Benner (2007) corrobora, referindo que relações negativas entre um médico e um enfermeiro pode criar uma situação que coloca o cliente em risco. Segundo a mesma autora, a colaboração entre médicos, enfermeiros e administradores hospitalares é a única forma de alcançar um ambiente de trabalho saudável sendo da responsabilidade de cada grupo profissional começar as conversas que vão melhorar essa barreira de segurança do cliente.

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, - em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde (mudanças de turno, transferências entre serviços ou níveis de cuidados, ou alta dos doentes) - as instituições prestadoras, devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente (Diário da República, 2.^a série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015- ANEXO: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 – Objetivo Estratégico 2).

Segundo Sirota (2007) esses conflitos estão enraizados em fatores humanos, como personalidades, atitudes, sentimentos e estilos de comunicação. Ihemedu, Omolase, Osere, & Betiku (2010) avaliaram a relação de trabalho médico-enfermeiro e concluíram que os

fatores que prejudicam significativamente a relação entre médicos e enfermeiros são, igualmente, os fatores humanos, considerando os comportamentos peculiares de cada indivíduo, a disparidade entre gêneros e a demanda cultural de respeito e desrespeito pelos outros profissionais. Para Sirota (2007) os enfermeiros têm de abordar diretamente o problema e iniciar estratégias para melhorar essa situação.

Para a melhoria da relação entre médicos e enfermeiros Sirota (2007) propõe:

- **Capacitação dos enfermeiros:** Capacitar o enfermeiro para a atualidade do conhecimento e para evoluir numa especialidade, de forma a desenvolverem sentimentos de segurança relativamente aos seus conhecimentos. Estabelecer colaborações informais, grupos de trabalho com outros enfermeiros onde possam reconhecer e partilhar a sua experiência clínica. Participar em comitês interdisciplinares também capacita enfermeiros a ter uma palavra a dizer nas políticas de instalações e procedimentos. Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler (2010) acrescentam que é possível que a autonomia, as relações com os médicos e o controlo sobre a configuração prática pode ser melhorada pela adoção de um novo modelo de educação médica, onde estudantes de medicina e enfermagem partilham espaços, incluindo a aprendizagem em laboratórios e salas de aula. Ao trabalhar em conjunto, enquanto a obtenção seus prestadores de educação, de cuidados de saúde serão mais.

- **Melhorar a comunicação com médicos:** Isto pode ser conseguido quando os enfermeiros sentem habilitados para aproximar médicos como colegas de profissão iguais. Isto significa que os enfermeiros devem assumir a responsabilidade pela qualidade das suas relações com os médicos. Experimentando a capacitação profissional ajuda os enfermeiros a ficarem focados numa aproximação cordiais com todos os médicos, respeitosa, e baseado em resolução de problemas. Para resolver esses problemas, os enfermeiros precisam de apoio administrativo de para estabelecer e fazer cumprir a política de tolerância zero para o comportamento disruptivo. Políticas e procedimentos de códigos de conduta proporcionar onde contemple um enquadramento interdisciplinar para lidar com problemas de comportamento de uma maneira construtiva deve ser desenvolvido, divulgado e aplicado de forma consistente, com o feedback fornecido para todas as partes.

Para o mesmo fim Ihemedu, Omolase, Osere, & Betiku (2010) recomendam: Encaminhamento, por todos os interessados, de fatores que contrariem a boa relação

médico-enfermeiros; Formação e Re-formação de pessoal na área da saúde de modo a melhorar a satisfação no trabalho, reforçando assim a relação entre trabalhadores da saúde; O recrutamento de mais enfermeiros deve ser considerada, de modo a reduzir o efeito adverso do gênero sobre a relação profissional de médicos e enfermeiros; Remuneração adequada do pessoal de acordo com o quadro de modo a melhorar a satisfação no trabalho e melhorar a comunicação entre setores.

Aiken e Patrician (2000) referem que enfermeiros com autoridade e autonomia para tomar decisões que lhes competem e com controlo sobre os recursos destinados ao cuidado do cliente conseguem estabelecer uma melhor relação com os médicos. Aiken, Clarke, & Sloane (2002) acrescenta que garantir autonomia aos enfermeiros, controle sobre o seu ambiente de trabalho e boas relações com médicos não adicionam nenhum custo operacional e contribuem para um ambiente favorável à prática profissional resultando em profissionais mais satisfeitos e em um cuidado com mais qualidade.

Dimensão: Suporte Organizacional

O suporte organizacional percebido (SOP) é definido como as crenças globais dos empregados quanto ao grau em que a organização se preocupa com seu bem-estar e valoriza as suas contribuições (Eder & Eisenberger, 2008). Segundo Rhoades & Eisenberger (2002) a percepção do suporte organizacional aumenta o compromisso da pessoa com a organização de forma recíproca. Em contrapartida, quando os líderes dão pouca oportunidade aos enfermeiros de terem uma palavra a dizer relativamente aos cuidados aos clientes, estes sentem que a sua experiência não é valorizada, o que diminui o seu compromisso para com os empregadores (ICN, 2007).

Rhoades & Eisenberger (2002) numa revisão da literatura consideraram como antecedentes básicos do SOP os procedimentos organizacionais justos, apoio do supervisor, recompensas favoráveis e condições de trabalho. Como consequências incluíram aumento do compromisso afetivo com a organização, o aumento da performance, e a redução do absentismo.

Aiken, Clarke, & Sloane em 2002 deram início a um estudo onde examinaram numa amostra internacional de hospitais os efeitos dos enfermeiros e do apoio organizacional nos cuidados de enfermagem na insatisfação com o trabalho, no *burnout* e na qualidade dos cuidados aos clientes relatados por enfermeiros. Através deste estudo verificaram que

os enfermeiros de hospitais com menor rácio enfermeiro-cliente e suporte organizacional controlado estavam 1,3 vezes mais propensos a avaliar a qualidade dos cuidados como regular ou ruim relativamente aos hospitais com maior rácio. Nos hospitais com menor rácio enfermeiro-cliente e com apoio organizacional fraco os enfermeiros estavam 3 vezes mais propensos a relatar cuidados de baixa qualidade relativamente aos enfermeiros de hospitais com maior rácio e apoio organizacional forte. Enfermeiros que perceberam um apoio organizacional para a prática de enfermagem fraco tinham duas vezes mais probabilidade de relatar insatisfação no trabalho e *burnout* relativamente aqueles que perceberam um apoio organizacional forte. Assim, os autores concluem que enfermeiros que trabalham em ambientes de prática de qualidade são mais propensos a relatar maior qualidade de cuidados.

Em suma, a cultura das instituições de saúde pendem historicamente para uma cultura hierárquica. No entanto, atualmente, este modelo já não é capaz de responder devidamente às novas necessidades organizacionais (Cruz & Ferreira, 2012). Baseado nos estudos dos hospitais íman, apoia-se atualmente uma maior flexibilidade das instituições à mudança, uma estrutura organizacional achatada (menos hierárquica), maior autonomia, uma relação interdisciplinar baseada no respeito mútuo, um maior envolvimento dos colaboradores e maior investimento no desenvolvimento profissional (ANCC, 2003; ANCC; Cruz & Ferreira, 2012).

Relativamente às quatro dimensões do ambiente organizacional abordadas neste capítulo, foram consideradas por Aiken & Patrician (2000) e pelos seus seguidores como sendo as características que influenciam a prática de enfermagem. Através delas pretende-se aferir a liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, avaliar o respeito profissional para a construção de uma comunicação efetiva no alcance de um objetivo comum no que se refere ao cuidado ao utente e verificar situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional. A gestão ao consciencializar-se da relevância da perceção que os enfermeiros têm relativamente a estas quatro dimensões, mais eficazes poderão ser na promoção de ambientes de trabalho positivo. Consequentemente serão mais eficazes na melhoria da qualidade de resultados relacionados com o cliente, com os enfermeiros e com a organização.

3. GESTÃO EM ENFERMAGEM

A gestão é uma área de intervenção de enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança).

Huber (2006) acredita que os enfermeiros gestores desempenham funções vitais que proporcionam um ambiente que facilita a prestação de serviços aos clientes. Hasbeen (2001) descreve que o enfermeiro gestor tem como principal missão cuidar dos que cuidam, garantindo aos enfermeiros da prática direta de cuidados as melhores condições de trabalho possíveis para que possam exercer a sua profissão com competência e satisfação, contribuindo para uma elevada qualidade do cuidado de enfermagem. Hendrich (2006) corrobora com estes dois autores referindo que as chefias e direções desempenham um papel vital na compreensão dos problemas, estabelecimento de uma cultura de segurança e melhoria do ambiente e condições de trabalho dos cuidadores. Wieck, Dols, & Landrum (2010) acrescentam que proporcionar um ambiente de trabalho onde os enfermeiros são valorizados e felizes é uma prioridade de gestão.

Para Huber (2006) a gestão é um processo de trabalho com e através dos indivíduos, grupos e outros recursos como a tecnologia, capital e equipamentos e traduz-se na coordenação e integração de recursos através do planeamento, organização, coordenação, direção e controlo para atingir as metas e os objetivos institucionais.

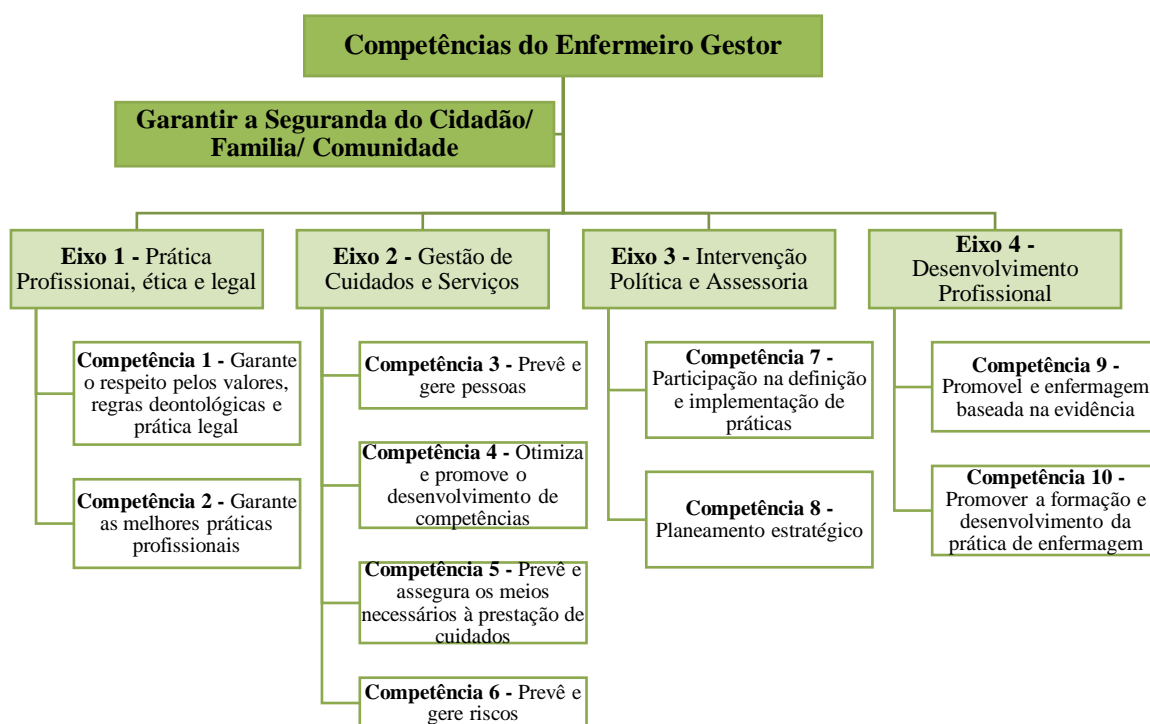
Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler (2010) defendem que técnicas de gestão que melhorem o ambiente de trabalho são de extrema importância na formação dos gestores de enfermagem e devem ser incluídas na gestão de enfermagem curricular, bem como no processo de formação contínua. As aprendizagens e conhecimentos adquiridos através da formação refletem-se na maneira como os enfermeiros gestores percebem e executam a sua gestão e que por sua vez se reflete no modo como se identificam como “líderes” e como lideram a sua equipa de enfermagem. No entanto, em Portugal, embora já exista oferta de cursos de mestrado de especialização em gestão em enfermagem, um enfermeiro com a referida formação em gestão ainda não é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros como enfermeiro especialista.

Cummings, et al., (2010) através de uma revisão da literatura, verifica que a liderança focada nas relações ou pessoas melhoram o ambiente de trabalho, os resultados dos

enfermeiros, a produtividade e a eficiência das organizações de saúde. Heede, et al. (2013) verificaram que menores taxas de intenção de rotatividade foram associadas a um estilo de gestão participativa, verificou ainda que a promoção de um ambiente que permite a autonomia dos enfermeiros na tomada de decisões e a participação na gestão pode ser a melhor estratégia para reter os enfermeiros. Segundo Sousa & Monteiro (2010) as mudanças que se verificam atualmente e que são responsáveis pelos novos modelos de gestão e de lideranças, preveem estas novas atitudes por parte do enfermeiro gestor, o que antes era “autoritário”, passa a “participativo”, com delegação de funções no seio da equipa e responsabilizando todos os colaboradores envolvidos, visando a obtenção da eficiência e eficácia da qualidade dos cuidados prestados.

No entanto, os papéis e funções dos gestores em enfermagem estão continuamente a ser redefinidos no contexto das alterações no sector da saúde (ICN, 2000). Desta forma, perante a instabilidade sofrida pelos enfermeiros gestores devido às frequentes redefinições de papéis e funções a desempenhar, a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros aprovou a 17-12-2014 as competências do enfermeiro gestor, sendo estas publicadas em Diário da Republica a 11-03-2015. O referencial de competências para enfermeiros da área da gestão estão divididos em 4 eixos e 10 competências, como apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Competências do Enfermeiros Gestor



Fonte: Adaptado de www.apegel.org

Desta forma verifica-se que através do desenvolvimento do *Eixo 4 – Desenvolvimento profissional*, com a prática continuada do *Eixo 2 – Gestão de cuidados e serviços*, respeitando impreterivelmente o *Eixo 1 – Prática profissional, ética e legal*, a enfermagem conseguirá ter o impacto desejado ao nível do *Eixo 3 – intervenção, política e assessoria*, e promover mudanças desejadas para profissão, uma vez que as políticas de saúde influenciam a gestão da prática de enfermagem, e a prática de enfermagem inovadora influencia o desenvolvimento e aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Para as competências terem expressão e valor num determinado contexto, estas têm que ser requeridas por esse mesmo contexto, no exercício de uma determinada função, missão, papel profissional, dentro de uma determinada organização, com condições ambientais internas e externas também particulares (Augusto & Rodrigues, 2013).

O Artigo 10º do Decreto-lei 247 e 248/2009, de 22 de Setembro relativo ao conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal que se reporta a cargos de gestão, enumera 13 funções que o enfermeiro gestor deverá pôr em prática a fim de gerir com competência o seu ambiente de trabalho:

- e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre afetação de meios;
- f) Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos, e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
- g) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando, com a equipa, a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;
- h) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de acessória, e participar nos processos de contratualização;
- i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão, com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- j) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;

- l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- m) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico -científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;
- n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- o) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- p) Apoiar o enfermeiro -diretor, designadamente, na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de proposta referente a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;
- q) Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e, ou, unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- r) Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades.

A fim de desenvolverem as 4 dimensões do ambiente organizacional enumerados por Aiken e Patrician (2000), a literatura oferece alguns conselhos para os enfermeiros gestores colocarem em prática nos seus serviços. O Quadro 2 apresenta para cada dimensão (na coluna à esquerda) as sugestões de alguns autores (coluna central) para garantir o desenvolvimento de cada dimensão nos ambientes da prática de enfermagem. As sugestões são acompanhadas (na coluna à direita) pelas alíneas do Artigo 10º do Decreto-lei 247 e 248/2009, de 22 de Setembro que regulamentam o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal que se reporta a cargos de gestão - Tendo em conta as características deste trabalho apenas nos iremos debruçar sobre o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal que se reporta a cargos de gestão.

Quadro 2 - Funções do enfermeiro gestor para potenciar as dimensões do NWI-R no contexto de prestação de cuidados

Autonomia	Os estudos alertam para a importância de criar ambientes de aprendizagem onde se contruam oportunidades educacionais - formais e informais - que permitam aumentar as competências práticas da equipa de enfermagem e, conseqüentemente desenvolver a confiança dos enfermeiros para as suas práticas autónomas (Weston, 2010). Descrever comportamentos esperados, reconhecer, recompensar e Fornecer gestão de suporte para as práticas autónomas são também estratégias para reforçar a autonomia dos enfermeiros. Os estudos alertam para a capacitação dos enfermeiros para a atualidade do conhecimento e para evoluir numa especialidade, de forma a desenvolverem sentimentos de segurança relativamente aos seus conhecimentos, podendo-os discutir com outros grupos profissionais (Sirota, 2007).	i), l), m)
Relação Médico-Enfermeiro		
Controlo Sobre a Prática	Esta dimensão pode ser potenciada através da criação de enfermeiros líderes fortes e visíveis; Existência de executivos a advogar por uma prática de enfermagem influente; Incentivo de ideias novas e inovadoras e garantia de que os enfermeiros em cargos de supervisão estão a incentivar a autonomia e o controlo sobre a prática (ANCC, 2003; Weston M. J., 2010).	h), p), q), r)
Suporte Organizacional	O suporte organizacional é assegurado através da avaliação e da adequação dos recursos (Hinno, Partanen, & Vehvilainen-Julkunen, 2012), sejam eles humanos (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002), materiais ou de informação. Valorizar as iniciativas dos colaboradores (Rhoades & Eisenberger, 2002; ICN, 2007; Eder & Eisenberger, 2008) também é uma intervenção valiosa por parte dos líderes para robustecer o suporte organizacional.	e), f), g), j), n), o)

Aos enfermeiros em geral e aos enfermeiros gestores em particular importa a excelência na promoção da equidade, eficiência e efetividade de modo a contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Como a prática de enfermagem inovadora influencia o desenvolvimento e aperfeiçoamento das políticas de saúde, o ICN (2005) avança que os enfermeiros individualmente podem contribuir para a política de saúde através de ações como:

- Manterem-se informados acerca da saúde e assuntos públicos e desenvolver uma posição;
- Participar em investigação e utilizá-la para influenciar as políticas de saúde;
- Escrever e publicar para influenciar o público e a opinião política;
- Afiliar-se a organizações de interesse e canalizar opiniões através deles;
- Trabalhar com os enfermeiros em posições chave; identificar e influenciar enfermeiros em posições chave fora da enfermagem.

Porém, o ICN (2005) alerta que os enfermeiros devem entender primeiramente como a política de saúde é produzida para determinar onde e como fazer a diferença. Russell & Fawcett (2005) referem que os enfermeiros já são participantes ativos na formulação,

implementação, e avaliação de políticas públicas direcionadas para a melhoria da saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

Através da aplicação do NWI-R a enfermeiros, Aiken & Patrician (2000) corroboram com os autores supracitados ao verificarem que os mesmos são bons informantes das características organizacionais que são importantes para os cuidados de saúde. Desta forma, as autoras verificaram ainda, a existência de dimensões a que as organizações hospitalares em geral e os enfermeiros gestores em particular deverão ter em conta para garantir um ambiente de trabalho saudável, estimular a satisfação dos profissionais e melhorar os resultados dos utentes, enfermeiros e organização.

Em suma, os enfermeiros gestores são os indivíduos melhor posicionados para promover ambientes de trabalho saudáveis, uma vez que lhes compete:

- A coordenação e integração de recursos, não só materiais como humanos. A implementação de metodologias de organização e distribuição do trabalho cuja prática baseada na evidência espelhe melhores resultados para os clientes e refira como mais motivadora para os profissionais. A construção de equipas de trabalho e o desenvolvimento de projetos de investigação que levem ao desenvolvimento profissional, à capacitação dos enfermeiros para relações multidisciplinares cordiais, a uma maior motivação profissional, a melhores resultados para o cliente e logo para a organização.
- A priorização de projetos de investigação a serem desenvolvidos pelos enfermeiros, considerando as tendências internacionais, as motivações de cada um e as necessidades dos serviços.
- A presença e o envolvimento com a equipa como líder podendo delegar funções e responsabilizar colaboradores, de forma a promover a autonomia, o controle sobre o ambiente de trabalho e fornecendo suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional.

Em complemento, os enfermeiros da prática são os indivíduos melhor posicionados para comunicar as características organizacionais que são importantes para os cuidados de saúde. E como Aiken & Patricia (2000) demonstraram o NWI-R quando aplicados aos enfermeiros resulta bem na identificação de aspetos manipuláveis nas organizações que são importantes para bons resultados de enfermagem.















4. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO NWI-R

A adaptação transcultural de um questionário de saúde de auto-administração para o uso num novo país, cultura e / ou linguagem requerem uma metodologia única, a fim de chegar a equivalência entre a fonte original e os idiomas de destino (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007). Para a WHO (n.d.), o instrumento deve ser igualmente natural e aceitável e deve-se realizar praticamente da mesma maneira. Os procedimentos adotados neste processo devem ser criteriosos e cuidadosos, uma vez que a tradução e a adaptação são tão importantes quanto a construção de um novo instrumento.

É necessário inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto a fim de verificar se as características do instrumento original foram mantidas.

A adaptação transcultural é necessária perante vários cenários (Quadro 3):

Quadro 3 - Critérios de utilização de um questionário numa nova população

Utilização de um questionário numa nova população		Resulta em mudança de...			Adaptação Obrigatória	
		Cultura	Língua	Pais	Tradução	Adaptação Cultural
A	Utilização na mesma população. Nenhuma mudança na cultura, língua ou país de origem.	—	—	—	—	—
B	Utilização em imigrantes estabelecidos no país de origem.		—	—	—	
C	Utilização em outro país, mesma língua.		—		—	
D	Utilização em novos imigrantes, sem domínio da língua, mas no mesmo país de origem.			—		
E	Utilização em outro país e em outra língua.					

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

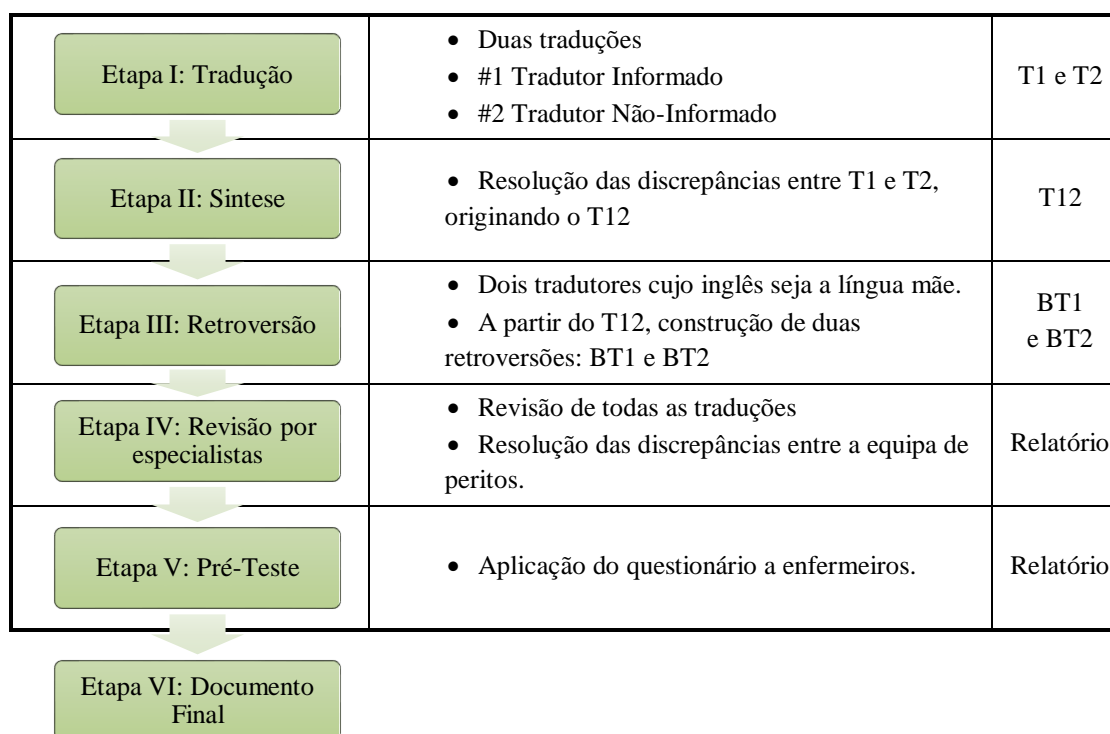
O presente trabalho enquadra-se na E – Utilização em outro país e em outra língua, pelo que será necessário proceder não só à tradução do instrumento como à sua adaptação cultural.

São descritos na literatura uma série de métodos para a realização deste processo que em sua essência se assemelham (WHO, n.d.; Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz,

2007; Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen, & Heyning, 2009; Schmidt & Bullinger, 2003).

O quadro seguinte descreve o processo de adaptação cultural recomendado pelo *Institute for Work & Health*.

Quadro 4 - Processo de adaptação cultural



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

Etapa I: Tradução

A primeira etapa na adaptação é a tradução da língua de origem para a língua-alvo. São aconselhadas pelo menos duas traduções (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007; Schmidt & Bullinger, 2003). Desta forma, as traduções podem ser comparadas, e as discrepâncias que podem refletir formulação ambígua no idioma original, ou discrepâncias na forma como a palavra é traduzida pode ser identificado, discutido e resolvido como a melhor tradução entre os tradutores (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007).

Etapa II: Síntese

Uma terceira pessoa, imparcial, servirá como mediador nas discrepâncias de tradução. Através do instrumento original, do T1 e do T2 dará origem a um T12 (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007).

Etapa III: Retroversão

A partir da versão T-12 do questionário, e sem conhecer a versão original, o questionário é então traduzido de volta para a língua original. Este é um processo de verificação de validade para garantir que a versão traduzida reflète com precisão o conteúdo do item da versão original (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007). Relativamente ao número de retroversões não há consenso entre os autores. A WHO (n.d.) defende que este processo deve ser repetido tantas vezes quanto necessário até que uma versão satisfatória seja alcançada. Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz (2007) apontam para duas retroversões. Porém, Schmidt & Bullinger (2003) recomenda apenas uma retroversão.

Etapa IV: Revisão Por Especialistas

Uma abordagem sensível à cultura implica a necessidade de averiguar se os conceitos são interpretados da mesma forma em diferentes culturas, e em caso afirmativo, em que extensão. Se um conceito é único para uma determinada cultura, o seu uso em outras culturas e a sua tradução pode ser questionável (Schmidt & Bullinger, 2003).

Nesta etapa os especialistas têm o objetivo de consolidar todas as versões e componentes do questionário e obter equivalência entre o instrumento original e as quatro áreas envolvidas:

Equivalência semântica: Cabe aos especialistas assegurar que qualquer tradução que ocorre leva à equivalência semântica dos itens (Schmidt & Bullinger, 2003). Desta forma pretende-se dar resposta às seguintes questões: Será que as palavras significam a mesma coisa? São os seus múltiplos significados a um determinado produto? Há dificuldades gramaticais na tradução? (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007)

Equivalência Idiomáticas: Coloquialismos, ou expressões idiomáticas, são difíceis de traduzir. Pode ser necessário formular uma expressão equivalente na versão de destino (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007).

Equivalência Experiencial: Em alguns casos, uma determinada tarefa pode simplesmente não ser experimentada na cultura de destino, mesmo se é traduzível. Para resolver esta situação, um item do questionário pode abordar uma ação ou intenção semelhante (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007).

Equivalência Conceitual: Muitas vezes as palavras têm significado conceitual diferente entre as culturas (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007). Cabe aos especialistas verificar quais os domínios são importantes para o conceito em cada cultura e as relações entre eles (Schmidt & Bullinger, 2003).

Etapa V: Pré-Teste

A fase final do processo de adaptação é o pré-teste. Este consiste na aplicação do novo questionário (versão pré-final) em enfermeiros. Segundo WHO (n.d.) dever-se-á aplicar a versão pré-final a 10 enfermeiros por cada secção do questionário.

Etapa VI: Apresentação Da Documentação

A fase final do processo de adaptação consiste na apresentação do relatório com a respetiva documentação (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007; WHO, n.d.). Este sofrerá uma revisão/auditoria por parte do orientador. Uma vez concluída a avaliação, o NWI-R será classificado em: 1) aprovado, 2) tradução e documentação requer esclarecimento, ou 3) não aprovado. No caso da terceira resposta, far-se-á as reformulações necessárias. No caso da segunda resposta, far-se-ão as revisões necessárias e os esclarecimentos essenciais. No caso da primeira resposta dar-se-á por concluído o processo.

As hierarquias de gestão do sistema de saúde e até mesmo a linguagem da profissão exige uma tradução cuidadosa, a fim de ampliar a probabilidade da linguagem usada para descrevê-las ser conceitualmente equivalente entre os países (Squires, et al., 2013).

Vários autores constataram a instabilidade da estrutura de fatores do NWI-R. Desta forma se verifica que o respetivo questionário é muito sensível às diferenças culturais e que a melhor estrutura de fator não varia apenas entre os países (Aiken & Patrician, 2000) (Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Heyning, 2009) (Hinno, Partanen, & Vehvilainen-Julkunen, 2012) mas também entre os ambientes de cuidados (Cho, Mark, Yun, & June, 2011).

Sendo assim ao considerar-se a importância de traduzir, adaptar e validar o NWI-R ao contexto português não se poderá negligenciar o contexto pretendido (que neste caso será o contexto hospitalar público e UCCI inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A nossa **pergunta de investigação** é: *O NWI-R é um instrumento adequado para identificar as características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro em contexto de internamento em Portugal?*

Como forma de esquematizar os principais aspetos da questão de pesquisa foi utilizada a mnemónica PICO, onde P(população) = Enfermeiros; I(intervenção) = Traduzir e validar a NWI-R para o contexto português de internamento; C(comparações) = caso existam; O(outcomes) = Adequação do NWI-R na identificação das características do ambiente de trabalho – contexto de internamento - das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro.

O nosso **objetivo geral** é *adaptar, para a cultura portuguesa o Nursing Work Index – Revised, dando origem à versão portuguesa do mesmo.*

Os nossos **objetivos específicos** são:

- Traduzir e adaptar os 57 itens do *Nursing Work Index-Revised* (NWI - R) para a cultura portuguesa;
- Determinar as características psicométricas do NWI-R na população portuguesa;
- Analisar a fiabilidade da NWI – R;
- Avaliar, por meio da consistência interna para o total de itens e para as quatro subescalas que compõem o instrumento;
- Identificar a validade das subescalas do NWI - R - Versão Portuguesa;
- Identificar as características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro.

1.1. Tipo de estudo

Este é um estudo quantitativo, observacional e descritivo-transversal.

Trata-se de um estudo quantitativo, pois envolve um processo sistemático de colheita de dados observáveis centrados em dados numéricos mensuráveis e quantificáveis (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Fortin, O processo de investigação. Da concepção à realização, 2003). É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003, p. 22).

Trata-se de um estudo observacional porque o investigador não intervém. Antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem, naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos no sujeitos em estudo (Ribeiro, 1999). Este tipo de técnica permite reduzir substancialmente a interferência do observador no observado, permite o uso de instrumentos de registo sem influenciar o grupo-alvo e possibilita um grande controlo das variáveis a observar (Carmo & Ferreira, 1998).

Corresponde a um estudo descritivo uma vez que se pretende estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação. Os dados são recolhidos mediante a aplicação de um questionário para a obtenção de dados demográficos e opiniões (Carmo & Ferreira, 1998).

E trata-se de um estudo descritivo-transversal porque o objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 2003, p. 163). Os estudos observacionais-descriptivos transversais focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999; Polit, Beck, & Hungler, 2004).

1.2. População

A amostra será **não-probabilísticas** e **intencional** escolhida para que represente o “bom julgamento” da população/universo (Ribeiro, 1999). Os dados não apresentam fundamentação matemática ou estatística, dependendo, unicamente, dos critérios pesquisados. Hill e Hill (2002) referem que os resultados e as conclusões deste tipo de amostra só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, uma vez que não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo. Morse (1991) citado por Fortin (2003) concorda que os procedimentos são mais críticos em relação à validade dos seus resultados, no entanto defende que é mais pertinente em investigação quantitativa ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja.

Os critérios de inclusão para a seleção das Unidades de Cuidados Continuados Integrados foram: apresentarem uma gestão centrada na enfermagem, apresentarem um diretor técnico enfermeiro e aceitarem participar no estudo. Os critérios de inclusão para a

seleção do centro hospitalar foram: por conveniência do investigador, por ser um centro hospitalar de grandes dimensões e de referência nacional.

O trabalho teve início em outubro de 2014. A recolha de dados foi realizada entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015 e desenvolveu-se como descrito nos pontos 1.2.1. e 1.2.2.

1.2.1. Unidades de Cuidados Continuados Integrados

As unidades contactadas e que aceitaram participar no estudo encontram-se abaixo discriminadas, juntamente com o número de enfermeiros e o número de respondentes por unidade.

Quadro 5 - População referente ao contexto das UCCI

REGIÃO	DISTRITO	PRESTADOR	CONCELHO	TIPOLOGIA	CAMAS	Nº ENF.	RESP.
SUL	Faro	AL-Vita	Portimão	UC	30	21	12
				UMDR	30		
LVT	Seixal	Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de Amora	Amora	ULDM	30	8	7
	Lisboa	Unidade de Saúde da ABEI	Vila Franca Xira	ULDM	30	7	7
		CERCITOP - Cooperativa de Empreendedorismo para o Desenvolvimento Económico e Social de Todo o País	Algueirão	UMDR	40	10	4
				ULDM	9		
		Santa Casa da Misericórdia da Amadora	Amadora	ULDM	30	5	5
		Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação	Encarnação	UC	17	55	37
				UMDR	85		
	ULDM			77			
UP	20						
Alentejo	Portalegre	Santa Casa da Misericórdia de Arronches	Portalegre	UMDR	23	21	15
				ULDM	29		
Centro	Leiria	Santa Casa da Misericórdia do Bombarral	Bombarral	UC	10	17	-
				UMDR	14		11
				ULDM	16		
Norte	Guarda	Associação de Beneficência Popular de Gouveia	Gouveia	ULDM	23	21	-
				UMDR	30		12

O processo decorreu da seguinte forma: As unidades foram contactadas em dezembro de 2014, por e-mail onde se explicava a finalidade do estudo e onde se anexava um exemplar do questionário. Foram contactadas 19 UCCI de 9 distritos de Portugal continental. Posteriormente foram contactadas todas as unidades para saber se aceitavam participar no estudo e para apurar dados como o número de enfermeiros da instituição, o número de enfermeiros a participar no estudo, a tipologia da instituição e o número de camas. De seguida procedeu-se ao envio dos questionários, por correio. Até à receção dos questionários (igualmente por correio) contactaram-se novamente as unidades a fim de apurar se os questionários já estavam preenchidos e se mantinham a aceitação de participação no estudo.

1.2.2. Centro Hospitalar Lisboa Central

O Centro Hospitalar de Lisboa Central foi contactado em dezembro de 2014, por correio eletrónico onde se explicava a finalidade do estudo e onde se anexava um exemplar do instrumento. Posteriormente contactou-se novamente a referida instituição para saber se aceitavam participar no estudo e para apurar os dados (serviços que iriam participar e número de enfermeiros). De seguida procedeu-se ao envio dos questionários, por correio. Até à receção dos questionários (igualmente por correio) contactaram-se os serviços a fim de apurar se os mesmos já estavam preenchidos e se mantinham a aceitação de participação no estudo. Este processo foi muito demorado devido à apreciação da comissão de ética do Centro Hospitalar em questão, pelo que só em março foi possível a sua aplicação.

A nossa amostra hospitalar é constituída por 78 enfermeiros tal como apresenta o Quadro 6.

Quadro 6 - População referente ao contexto Hospitalar

SERVIÇO	CAMAS	Nº ENF.	RESP.
Medicina	92	80	37
Cirurgia	77	67	41
Total	169	147	78

O instrumento de colheita de dados foi distribuído junto com as informações sobre o seu objetivo e instruções. Também foi solicitado aos respondentes que apontassem críticas e sugestões pertinentes ao conteúdo e à forma de preenchimento do mesmo, tanto para os respondentes das unidades da rede como para os respondentes hospitalares.

1.3. Colheita de dados

O instrumento de colheita de dados distribuído pela amostra é constituído por 3 partes: **Parte A – Caracterização Geral**, onde se pretendia obter caracterização sociodemográfica e profissional; **Parte B – Ambiente Organizacional**, que continha a versão portuguesa do NWI-R, sendo a mesma constituída por 4 dimensões (Autonomia; Controlo sobre o ambiente de trabalho; Relação multidisciplinar; Apoio Organizacional) distribuídas por 54 itens dos 57 do instrumento original; e **Parte C – Sugestões**, onde se pretendia que os respondentes apontassem críticas e sugestões pertinentes ao conteúdo e à forma de preenchimento do NWI-R-PT.

A extração de dados foi obtida através do programa SPSS versão 2.0.

1.4. Procedimentos éticos

Os trabalhos foram iniciados após a autorização da autora (anexo 3). Os contactos com as instituições foram feitos inicialmente por correio eletrónico, a fim de dar a conhecer o trabalho que pretendíamos desenvolver e posteriormente telefonicamente a fim de apurar as instituições/serviços que estavam interessados em participar no estudo. Relativamente às UCCI apenas a Santa Casa de Misericórdia do Bombarral solicitou preenchimento de documentação para aprovação da participação no presente trabalho (anexos 4 e 5). A nível hospitalar, a aprovação favorável da Comissão de Ética do Hospital de Lisboa Central, EPE, foi concedida telefonicamente após o orientador ter enviado o projeto elaborado segundo as normas do Centro Hospitalar.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

2.1. Características da amostra

A amostra em estudo é constituída por 192 enfermeiros, aos quais será efetuada caracterização sociodemográficas e profissional segundo as variáveis selecionadas.

Quadro 7 - Características Sócio-Demográficas da Amostra (n=192) em frequência e percentagem

		Frequência	%
Sexo	Feminino	161	83,9
	Masculino	31	16,1
	Total	192	100,0
Idade	22-29	96	51,3
	30-39	56	29,9
	40-49	26	13,9
	50-56	9	4,8
	Total	187	100,0
Atividade Profissional (anos)	0-9	132	69,8
	10-19	26	13,7
	20-29	30	16,0
	30-36	1	0,5
	Total	189	100,0
Atividade Profissional na atual organização (anos)	0-9	147	78,2
	10-19	24	12,8
	20-29	16	8,5
	30-36	1	0,5
	Total	188	100,0
Categoria Profissional	Enfermeiro	134	69,8
	Enfermeiro Graduado	36	18,8
	Enfermeiro Especialista	12	6,3
	Enfermeiro Chefe	6	3,1
	Diretor Técnico	1	,5
	Enf.Especialista/Enf.Chefe/Dt.Técnico	1	,5
	Enf.Chefe/Dt.Técnico	2	1,0
	Total	192	100,0

Quadro 7 - Características Sócio-Demográficas da Amostra (n=192) em frequência e percentagem (Cont.)

Contexto	UCCI	Convalescença	5	2,6
		Reabilitação	17	8,9
		Manutenção	34	17,7
		Convalescença/Reabilitação	12	6,3
		Reabilitação/Manutenção	31	16,1
		Conv/Reab/Manu/Pali	2	1,0
		Conv/Reab/Manu	13	6,8
Hospital	Medicina	37	19,3	
	Cirurgia	41	21,4	
	Total	192	100,0	

Quadro 8 - Características Sócio-Demográficas da Amostra (n=192)

	N	Mn	Mx	Média	DP
Tempo de Atividade Profissional (em anos)	189	,01	36	8,71	7,91
Tempo de Atividade Profissional na atual Organização (em anos)	188	,01	36	6,53	6,96
Idade (em anos)	187	22	56	31,96	8,14
Valid N (listwise)	183				

Dos 192 enfermeiros incluídos no estudo, podemos verificar que a maioria são do sexo feminino (83,9%), valores que traduzem a tendência histórica da profissão.

Da análise da distribuição dos enfermeiros por categoria profissional podemos verificar que a grande maioria ocupa a categoria de enfermeiro (69,8%). Segue-se a categoria de enfermeiro graduado (18,8%) e de enfermeiro especialista (6,3%). 3,1% dos enfermeiros incluídos no estudo desempenham funções de enfermeiro chefe e 0,5% de direção técnica. 0,5% acumulam funções de Enfermeiro Especialista/ Enfermeiro Chefe/Diretor Técnico e 1% de Enfermeiro Chefe/Diretor Técnico.

Na amostra, a maioria dos enfermeiros exercem funções (59,3%) em Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Destacam-se as Unidades de Manutenção/Longa Duração com 17,7% dos inquiridos, seguidas pelas Unidades que acumulam as tipologias de Reabilitação/Média Duração e Manutenção/Longa Duração com 16,1%. Os restantes

contextos de UCCI apresentam uma amostragem mais reduzida, com 8,9% para as Unidades de Reabilitação/Média Duração, 6,8% para as Unidades que aglomeram as tipologias de Convalescência/Curta Duração, de Reabilitação/Média Duração e de Manutenção/Longa Duração, 6,3 para as Unidades que acumulam as tipologias de Convalescência/Curta Duração e de Reabilitação/Média Duração, 2,6% para as Unidade de cuidados Convalescência/Curta Duração e 1% para as Unidades que reúnem as 4 tipologias das UCCI.

Relativamente à amostra hospitalar (40,7%), 21,4% dos inquiridos desempenham funções em serviços de cirurgia e 19,3% em serviços de medicina.

Relativamente à variável idade, a média de idade dos elementos da amostra é de 31,96 anos, sendo a mínima de 22 anos e a máxima de 56 anos. 51,3% da amostra apresenta idades inferiores a 30 anos de idade, pelo que estamos perante uma amostra relativamente jovem.

Quanto ao tempo de experiência profissional, verifica-se que os valores se encontram entre 3 dias (0,01 anos) e os 36 anos com uma média 8,71 de anos e um desvio padrão de 7,91. A maioria dos enfermeiros (69,8%) apresenta um o tempo de experiência profissional inferior a 10 anos.

Dos 192 enfermeiros inquiridos, verifica-se que o tempo de experiência profissional na atual Organização varia igualmente entre 3 dias (0,01 anos) e os 36 anos, mas com uma média de 6,53 de anos e um desvio padrão de 6,96. A maioria dos enfermeiros (78,2%) apresenta um o tempo de experiência profissional na atual Organização inferior a 10 anos.

2.2. Análise psicométrica do questionário NWI-R-PT

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

Para análise da precisão da NWI-R-PT, ou seja da fiabilidade, procedemos ao cálculo da consistência interna, mais concretamente ao coeficiente alpha de Cronbach. O cálculo do alfa de Cronbach é, segundo Fortin (2009, p. 350), “a técnica mais correntemente utilizada para apreciar o grau de consistência interna de um instrumento de medida (...) quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento dos scores, como na escala de Likert”.

A existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não suficiente para garantir validade adequada (Hill & Hill, 2002). Desta forma, para garantir que o NWI-R-PT mede o que se propõe medir procurou-se primeiramente aferir a validade do instrumento.

2.2.1. Validade

A **validade de conteúdo** foi assegurada pela equipa de peritos. Esta equipa teve o objetivo de traduzir e consolidar todas as versões e componentes do questionário de forma a obter consenso quanto à validade de conteúdo.

Sem a possibilidade de reunir com um metodólogo, como recomendado pela metodologia de Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz (2007) incluíram-se apenas: vários profissionais de saúde (onde se inclui um grupo de peritos em enfermagem); um profissional da área de línguas (licenciado em línguas e comunicação); e dois tradutores bilingue (um da área de enfermagem e outro não).

A tradução da língua de origem norte-americana para a língua alvo foi realizada por um tradutor bilingue da área de enfermagem e com conhecimento do que se pretendia, originando a tradução T-1. Em paralelo outro tradutor que não era da área de enfermagem e em que apenas lhe foi transmitido os conceitos técnicos da área, deu origem à tradução T-2. Os tradutores não tiveram qualquer contacto entre si.

Uma terceira pessoa com domínio da língua de origem e da língua alvo serviu como mediador nas discrepâncias de tradução e a partir de T-1 e T-2 deu origem a T-12.

A partir da versão T-12 do questionário, e sem conhecimento da versão original, o questionário é então traduzido por uma quarta pessoa bilingue de volta para a língua original.

As etapas de tradução e retroversão foram efetuadas sem dificuldades. Na reunião com o grupo de especialistas, foram realizadas algumas modificações a fim de garantir as equivalências - semântica, idiomática, cultural e concetual - do instrumento traduzido com o instrumento original.

Como resultado da avaliação dos especialistas (Quadro 9) constatou-se que a equivalência semântica (significado das palavras) apresentava menor percentagem de concordância relativamente às restantes. A fim de garantir as equivalências entre a versão traduzida e a original, a maioria dos itens sofreu alterações.

Quadro 9 - Equivalência entre o instrumento original e as quatro áreas envolvidas

Item	Existência de concordância entre especialistas			
	Semântica	Idiomáticas	Experiencial	Concetual
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23	Excluída			
24				
25				
26				
27				
28	Excluída			
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55	Excluída			
56				
57				

Legenda:	
	Concordância entre especialistas
	Discordância entre especialistas

À semelhança de outros estudos sobre tradução e validação do mesmo instrumento para outros contextos, o nome foi mantido e apenas acrescentado PT como referência à versão Portuguesa. Desta forma será mais fácil aceder aos trabalhos decorrentes desta dissertação tanto a nível nacional como a nível internacional. Houve consenso entre especialistas.

A fim de facilitar a compreensão de alguns conceitos contidos no NWI-R-PT optou-se por anexada ao questionário a definição de:

- **Atributo Organizacional** – Uma vez que é um conceito central ao trabalho;
- **Enfermeiro Gestor** (itens 13, 14, 33 e 42) – Tendo em conta as alterações sofridas pela carreira de enfermagem e a existência de enfermeiros com títulos tanto da carreira antiga como da mais recente verificou-se a necessidade de explicitar quais os títulos de enfermeiro se consideravam no título/conceito de enfermeiro gestor;
- **Métodos de prestação de cuidados** (trabalho em equipa, enfermeiro de referência e trabalho individual) (itens 20, 21 e 22) – Para que não houvesse dúvidas sobre que método cada respondente pratica no seu ambiente organizacional optou-se por esclarecer os vários métodos;
- **Flutuação** (itens 47 e 51) – Sendo um conceito e uma prática relativamente recente a nível nacional optou-se também por esclarecer.

Os itens 23, 28 e 55 do NWI-R foram excluídos a partir da versão T-12 por serem redundantes relativamente a outros itens, ficando o questionário pré-final com 54 itens. No entanto nenhum item correspondente às quatro dimensões do NWI-R terá sido removido, apenas renumerado.

De acordo com os resultados da reunião de revisão por especialistas, a dimensão Relação Enfermeiro-Médico foi desconsiderada em prol da dimensão Relação Multidisciplinar, uma vez que o contexto de saúde em Portugal assim como o ensino se baseiam em relações multidisciplinares.

Quadro 10 - Dimensões do NWI-R-PT

Dimensões	Descrição	Nº de Itens	Itens
Autonomia Controlo sobre o ambiente de trabalho	Representam a liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade da assistência de enfermagem	5	4, 6, 17, 23 e 33
		7	1, 11, 12, 13, 16, 44 e 46
Relação multidisciplinar	Envolve o respeito interprofissional para a construção de uma comunicação efetiva no alcance de um objetivo comum no que se refere ao cuidado ao utente	3	2, 26 e 37
Suporte organizacional	Situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional	10	1, 2, 6, 11, 12, 13, 17, 23, 26 e 46

Depois de obtida a versão T-12 foram propostas algumas modificações devido à existência de alguns termos que poderiam não ser tão claros. Desta forma foram feitas modificações em 13 itens apresentados no Quadro 11.

Quadro 11 - Modificações na Versão T-12

Item	Versão T-12	Versão pré-final
2	Articulação multidisciplinar frequente.	A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho.
6	A equipa de enfermagem tem autonomia para gerir e controlar a sua prática.	A enfermagem controla a prática.
9	Oportunidades de os enfermeiros participarem nas decisões sobre políticas organizacionais.	Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional.
10	Apoio de ideias novas e inovadoras sobre os cuidados aos clientes.	Valorização de novas ideias sobre os cuidados a prestar.
11	Tempo suficiente e oportunidade para discutir os cuidados aos clientes com outros enfermeiros.	Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem.
24	A administração/direção espera por altos padrões de cuidados de enfermagem.	A direção de enfermagem espera por altos padrões de cuidados de enfermagem.
33	O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com um médico.	O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos.
34	A administração/direção ouve e responde às preocupações dos colaboradores.	A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores.
37	Colaboração interdisciplinar	Existe colaboração multidisciplinar.
43	O ambiente de trabalho é agradável atraente e confortável.	O ambiente de trabalho é agradável atrativo e confortável.
48	Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários (i. e., que dias trabalham, descansam, etc).	Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários.
54	Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos oralmente entre enfermeiros.	Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente entre enfermeiros.

2.2.1.1. Pré-Teste

A fase final do processo de adaptação é o pré-teste (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2007). Este consiste no preenchimento do novo questionário (versão pré-final) por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população em estudo.

O pré-teste do NWI-R-PT foi realizado com 30 enfermeiros, como recomendado por WHO (n.d.) e Hill & Hill (2002). Todos os questionários foram devolvidos.

A finalidade da realização do pré-teste foi: identificar eventuais dificuldades que pudessem ser corrigidas; testar a adequação do instrumento de recolha de dados; detetar eventuais vieses e corrigi-los; e aferir o tempo de aplicação do questionário.

Este processo do pré-teste foi precedida pela leitura e respetivo parecer de quatro peritos da área, tal como Hill & Hill (2002) e Fortin (2009) defendem, de forma a assegurar que cada questão é aceitável (Ghiglione & Matalon, 2001).

Todas as questões da **Parte A – Caracterização Geral** foram bem compreendidas, assim como as da **Parte B – Ambiente Organizacional**.

A fim de avaliar a fiabilidade do questionário pré-final calculou-se o alfa de Cronbach utilizando o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 2.0.

Para a avaliação dos resultados obtidos utilizaram-se os critérios recomendados por Hill & Hill (2002):

- > 0,9 Excelente;
- 0,8 – 0,9 Bom;
- 0,7 - 0,8 Razoável;
- 0,6 – 0,7 Fraco;
- < 0,6 Inaceitável.

Pela fraca variabilidade dos resultados obtidos nos dois contextos optou-se por apresentar a análise dos dados em conjunto.

Verifica-se que o questionário pré-final apresenta uma excelente consistência interna e que as dimensões consideradas apresentam uma boa consistência interna, à exceção da Relação Multidisciplinar que apresentou uma fiabilidade razoável. No entanto, segundo Fortin (2009) ultrapassa o mínimo aceitável de $\alpha = 0.70$.

Quadro 12 - Avaliação da fiabilidade: pré-teste

NWI-R-PT	Número de Itens	α
Autonomia	5	0,802
Controle sobre o ambiente de trabalho	7	0,838
Relação multidisciplinar	3	0,711
Suporte organizacional	10	0,827
Total dos itens	54	0,907

Tendo em conta a avaliação da fiabilidade, as sugestões dos participantes (**Parte C - Sugestões**) e a posterior análise dos especialistas, o NWI-R-PT não sofreu alterações, constituindo-se assim a versão final (anexo 11).

Na **validade prática ou de critério**, pretende-se procurar a utilidade científica do instrumento. Para analisar esta validade recorreu-se à análise fatorial do tipo confirmatória, uma vez que se pretende testar unidades funcionais específicas, que constituem o questionário e o contributo de cada uma para o resultado global.

Primeiramente, procurou-se a matriz de correlação de cada dimensão por forma a verificar as correlações entre as variáveis que as constituem.

Quadro 13 - Matriz de Correlação da dimensão Autonomia

	A4.Enfermeiros	A6.EnfControla	A17.Autonomia	A24.DEQuidd	A35.SGQ
Correlação					
A4.Enfermeiros	1,000	,531	,481	,402	,377
A6.EnfControla	,531	1,000	,521	,366	,260
A17.Autonomia	,481	,521	1,000	,342	,287
A24.DEQuidd	,402	,366	,342	1,000	,425
A35.SGQ	,377	,260	,287	,425	1,000

Perante os resultados obtidos na matriz de correlação verifica-se que as variáveis contribuem com uma percentagem considerável para a dimensão autonomia. No entanto A35.SGQ e A6.EnfControla apresentam uma correlação de apenas 26%.

Relativamente à Matriz de Correlação da dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho (Quadro 14) verificam-se valores correlacionais relativamente reduzidos, com 23% das correlações obtidas com um valor $<0,30$. Estes valores poderiam pôr em causa a permanência das respetivas variáveis, porém, tanto os valores $>0,30$ obtidos na correlação

com as restantes variáveis como os valores obtidos na matriz anti-imagem justificam a sua permanência.

Quadro 14 - Matriz de Correlação da dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho

	A1.Serviços	A11.EspaçoDiscussão	A12.DotaçãoQualidade	A13.GestorLider	A16.DotaçãoSuficiente	A46.DistribuiçãoClientes	A48.ParticipHorários
A1.Serviços	1,000	,296	,504	,477	,502	,355	,425
A11.EspaçoDiscussão	,296	1,000	,257	,511	,228	,260	,319
A12.DotaçãoQualidade	,504	,257	1,000	,348	,703	,392	,188
A13.GestorLider	,477	,511	,348	1,000	,452	,271	,359
A16.DotaçãoSuficiente	,502	,228	,703	,452	1,000	,333	,334
A46.DistribuiçãoClientes	,355	,260	,392	,271	,333	1,000	,225
A48.ParticipHorários	,425	,319	,188	,359	,334	,225	1,000

Quadro 15 - Matriz de Correlação da dimensão Suporte Organizacional

	A1.Serviços	A2.Equipa	A6.EnfControla	A11.EspaçoDiscussão	A12.DotaçãoQualidade	A13.GestorLider	A17.Autonomia	A24.DEQuidd	A27.Evolução	A48.ParticipHorários
A1.Serviços	1,000	,451	,426	,289	,503	,479	,371	,212	,558	,433
A2.Equipa	,451	1,000	,323	,341	,279	,407	,343	,261	,257	,298
A6.EnfControla	,426	,323	1,000	,386	,327	,479	,516	,378	,504	,319
A11.EspaçoDiscussão	,289	,341	,386	1,000	,253	,519	,464	,399	,421	,333
A12.DotaçãoQualidade	,503	,279	,327	,253	1,000	,348	,261	,276	,564	,191
A13.GestorLider	,479	,407	,479	,519	,348	1,000	,450	,404	,465	,358
A17.Autonomia	,371	,343	,516	,464	,261	,450	1,000	,370	,521	,413
A24.DEQuidd	,212	,261	,378	,399	,276	,404	,370	1,000	,391	,200
A27.Evolução	,558	,257	,504	,421	,564	,465	,521	,391	1,000	,392
A48.ParticipHorários	,433	,298	,319	,333	,191	,358	,413	,200	,392	1,000

Relativamente à Matriz de Correlação da dimensão Suporte Organizacional (Quadro 15) verificam-se valores correlacionais também reduzidos, com 22% das correlações obtidas com um valor $< 0,30$. Tal como a dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho estes valores também poderiam pôr em causa a permanência das respetivas variáveis, porém, tanto os valores $> 0,30$ obtidos na correlação com as restantes variáveis como os valores obtidos na matriz anti-imagem justificam a sua permanência.

Quadro 16 - Matriz de Correlação da dimensão Relação Multidisciplinar

		A2.Equipa	A27.Evolução	A39.ModeloEnf
Correlação	A2.Equipa	1,000	,243	,267
	A27.Evolução	,243	1,000	,491
	A39.ModeloEnf	,267	,491	1,000

A Matriz de Correlação da dimensão Relação Multidisciplinar (Quadro 16) revela 67% das correlações $< 0,30$ no entanto, tendo em conta a matriz anti-imagem e a fim de manter a estrutura do questionário original não eliminámos a respetiva dimensão.

Como referido, perante os valores relativamente baixos da matriz de correlação, calculou-se a matriz anti-imagem para cada dimensão. Este cálculo veio revelar valores elevados na diagonal principal e baixos valores fora da diagonal, justificando a permanência das variáveis no estudo.

Quadro 17 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Autonomia

		A4.Enfermeiros	A6.EnfControla	A17.Autonomia	A24.DEQuidd	A35.SGQ
Correlação Anti-Imagem	A4.Enfermeiros	,790 ^a	-,326	-,226	-,148	-,195
	A6.EnfControla	-,326	,761 ^a	-,333	-,138	,012
	A17.Autonomia	-,226	-,333	,799 ^a	-,097	-,075
	A24.DEQuidd	-,148	-,138	-,097	,805 ^a	-,305
	A35.SGQ	-,195	,012	-,075	-,305	,776 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Quadro 18 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho

	A1.Serviços	A11.EspaçoDiscussão	A12.DotaçãoQualidade	A13.GestorLíder	A16.DotaçãoSuficiente	A46.DistribuiçãoClientes	A48.ParticipHorários
A1.Serviços	,842 ^a	,022	-,245	-,236	-,076	-,121	-,274
A11.EspaçoDiscussão	,022	,722 ^a	-,123	-,414	,129	-,108	-,174
A12.DotaçãoQualidade	-,245	-,123	,689 ^a	,073	-,597	-,188	,188
A13.GestorLíder	-,236	-,414	,073	,775 ^a	-,243	-,018	-,064
A16.DotaçãoSuficiente	-,076	,129	-,597	-,243	,720 ^a	-,019	-,195
A46.DistribuiçãoClientes	-,121	-,108	-,188	-,018	-,019	,898 ^a	-,062
A48.ParticipHorários	-,274	-,174	,188	-,064	-,195	-,062	,765 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Quadro 19 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Suporte Organizacional

	A1.Serviços	A2.Equipa	A6.EnfControla	A11.EspaçoDiscussão	A12.DotaçãoQualidade	A13.GestorLíder	A17.Autonomia	A24.DEQUidd	A27.Evolução	A48.ParticipHorários
A1.Serviços	,834 ^a	-,277	-,098	,102	-,245	-,186	,027	,135	-,252	-,225
A2.Equipa	-,277	,857 ^a	-,044	-,121	-,080	-,113	-,109	-,081	,182	-,060
A6.EnfControla	-,098	-,044	,923 ^a	-,025	-,007	-,153	-,238	-,119	-,148	-,001
A11.EspaçoDiscussão	,102	-,121	-,025	,888 ^a	,006	-,275	-,159	-,145	-,114	-,093
A12.DotaçãoQualidade	-,245	-,080	-,007	,006	,828 ^a	-,035	,087	-,074	-,370	,120
A13.GestorLíder	-,186	-,113	-,153	-,275	-,035	,908 ^a	-,058	-,146	-,029	-,049
A17.Autonomia	,027	-,109	-,238	-,159	,087	-,058	,891 ^a	-,078	-,234	-,168
A24.DEQUidd	,135	-,081	-,119	-,145	-,074	-,146	-,078	,899 ^a	-,132	,025
A27.Evolução	-,252	,182	-,148	-,114	-,370	-,029	-,234	-,132	,844 ^a	-,110
A48.ParticipHorários	-,225	-,060	-,001	-,093	,120	-,049	-,168	,025	-,110	,894 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Quadro 20 - Matriz Anti-Imagem da dimensão Relação Multidisciplinar

		A2.Equipa	A27.Evolução	A39.ModeloEnf
Correlação Anti-Imagem	A2.Equipa	,730 ^a	-,133	-,175
	A27.Evolução	-,133	,571 ^a	-,456
	A39.ModeloEnf	-,175	-,456	,567 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

A fim de determinar a qualidade de relação entre as variáveis de cada dimensão aplicou-se o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett`s.

Relativamente ao teste de esfericidade de Bartlett`s verifica-se um nível de significância de 0,000 para todas as dimensões. Como o valor é inferior a 0,005 fica demonstrado que existe correlação entre as variáveis.

Para a interpretação dos resultados obtidos pela aplicação do KMO seguiu-se a sugestão de Pestana & Gageiro (2003):

- 0,9 Muito Boa
- 0,8 – 0,9 Boa
- 0,7 - 0,8 Média
- 0,6 – 0,7 Razoável
- 0,5 – 0,6 Má
- < 0,5 Inaceitável

Desta forma verifica-se que a dimensão Autonomia (0,786) e a dimensão Controlo sobre o ambiente de trabalho (0,761) apresentam uma relação média, a dimensão Relação Multidisciplinar (0,592) apresenta uma relação má e a dimensão Ambiente Organizacional (0,875) apresenta uma boa relação.

Quadro 21 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão Autonomia

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,786
Approx. Chi-Square		229,831
Bartlett's Test of Sphericity	df	10
	Sig.	,000

**Quadro 22 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão
Controlo Sobre o Ambiente de Trabalho**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,761
Approx. Chi-Square		413,966
Bartlett's Test of Sphericity	df	21
	Sig.	,000

**Quadro 23 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão
Relação Multidisciplinar**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,592
Approx. Chi-Square		68,544
Bartlett's Test of Sphericity	df	3
	Sig.	,000

**Quadro 24 - KMO e Teste de Bartlett's da dimensão
Suporte Organizacional**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,875
Approx. Chi-Square		643,780
Bartlett's Test of Sphericity	df	45
	Sig.	,000

2.2.1. Fiabilidade

Para análise da precisão da NWI-R-PT procedemos ao cálculo da consistência interna, mais concretamente ao coeficiente alpha de Cronbach, assim como realizado no pré-teste. Para a avaliação dos resultados obtidos mantem-se a utilização dos critérios recomendados por Hill & Hill (2002):

- > 0,9 Excelente;
- 0,8 – 0,9 Bom;
- 0,7 - 0,8 Razoável;
- 0,6 – 0,7 Fraco;
- < 0,6 Inaceitável.

O referido coeficiente foi calculado para cada uma das subescalas, para o total de itens das subescalas e para o total de itens do instrumento e está representado no Quadro 25.

Quadro 25 - Avaliação da fiabilidade do NWI-R-PT

NWI-R-PT	Número de Itens	α
Autonomia	5	0,785
Controle sobre o ambiente de trabalho	7	0,831
Relação multidisciplinar	3	0,807
Suporte organizacional	10	0,833
Total dos itens das subescalas	15	0,898
Total dos itens do instrumento	54	0,951

Os resultados obtidos revelaram que o instrumento tem uma excelente fiabilidade ($\alpha = 0,951$). Relativamente às subescalas obteve-se uma boa consistência interna ($\alpha = 0,898$), assim como para as subescalas Controle sobre o ambiente de trabalho ($\alpha = 0,831$), Relação multidisciplinar ($\alpha = 0,807$) e Suporte organizacional ($\alpha = 0,833$). A subescala Autonomia apresentou um coeficiente razoável ($\alpha = 0,785$).

Perante estes resultados depreende-se que as respostas diferem porque os inquiridos têm diversas opiniões e não porque o inquérito seja confuso ou leve a diferentes interpretações (Pestana & Gageiro, 2003).

Após percorrer o processo de adaptação cultural recomendado pelo *Institute for Work & Health* e ao concluir a análise psicométrica do NWI-R-PT verifica-se que os resultados obtidos indicam que o NWI-R-PT pode ser utilizado de forma segura, em contexto de internamento hospitalar e em UCCI em Portugal.

3. CONCLUSÃO

Anos de pesquisa em contexto hospitalar, através do desenvolvimento do NWI-R, indicam que certos traços organizacionais do ambiente da prática de enfermagem estão associados a níveis mais elevados de cuidados de qualidade, melhores resultados de enfermagem e melhores resultados obtidos pelos clientes.

Envolvidos pelas preocupações atuais relativas à qualidade dos cuidados, os líderes de enfermagem das unidades de cuidados continuados integrados têm atualmente pouca evidência sobre como basear as iniciativas organizacionais que visam a melhoria do ambiente e reforçam a prática de enfermagem de qualidade. Os resultados obtidos através da aplicação do NWI-R-PT permitem preencher essa lacuna.

Em paralelo, a nível hospitalar, as recentes reformas estruturais levaram a alterações no ambiente organizacional. Estas alterações exigem uma reavaliação para compreender como a atual estrutura, a cultura e a organização estão a afetar os resultados de enfermagem, do cliente e da organização. Com aplicação do NWI-R-PT ao contexto hospitalar é possível estabelecer *benchmarking* com outras instituições nacionais e internacionais e, consoante os resultados, aplicar estratégias semelhantes.

O NWI-R-PT aplicado aos enfermeiros de contexto hospitalar e UCCI apenas diferem nas questões sociodemográficas. Este fator vai de encontro aos achados de Flynn, Carryer, & Budge (2005) ao verificarem que enfermeiros de diferentes contextos da prática (hospital, cuidados domiciliários e *district nursing*) valorizam o mesmo conjunto de características organizacionais.

No entanto, era esperado que diferentes níveis de prestação de cuidados revelassem discrepâncias significativas nas diferentes dimensões, porém, a fraca variabilidade dos resultados entre os dois contextos não foi de encontro às expectativas iniciais. As expectativas iniciais iam de encontro aos achados de Liu, et al. (2012) que verificaram que as diferentes dimensões variam consoante as configurações do contexto (tipo de sistema de saúde, tipo de instituição, tipo de serviço). Este fator pode ser justificado pelo fato das práticas dos profissionais de saúde na RNCCI ainda serem, em larga medida, marcadas pelas suas culturas profissionais de referência de outros contextos de onde são oriundos ou onde trabalham (Rede, 2011). Desta forma justifica-se a aplicação de um instrumento – NWI-R-PT – que identifique as características organizacionais que importa consolidar e

destacar a fim de potenciar uma mudança de paradigma que beneficie este tipo de contexto de prestação de cuidados.

Os resultados deste estudo indicam que o NWI-R-PT pode ser utilizado de forma segura, em populações semelhantes, pois seguiram todos os passos metodológicos de forma sistemática e alcançaram bons resultados quanto à sua fiabilidade e validade.

A fiabilidade do questionário foi determinada pelo alpha de Cronbach. Os resultados obtidos revelaram que o instrumento de recolha de dados tem uma excelente fiabilidade ($\alpha = 0,951$). Relativamente ao conjunto das subescalas obteve-se uma boa consistência interna ($\alpha = 0,898$), assim como para as subescalas Controle sobre o ambiente de trabalho ($\alpha = 0,831$), Relação multidisciplinar ($\alpha = 0,807$) e Suporte organizacional ($\alpha = 0,833$). A subescala Autonomia apresentou um coeficiente razoável ($\alpha = 0,785$).

Comparativamente a estudos semelhantes as subescalas Relação multidisciplinar ($\alpha = 0,807$) e Suporte organizacional ($\alpha = 0,833$) apresentaram uma boa fiabilidade tal como o estudo pioneiro (Aiken & Patrician, 2000). Relativamente às subescalas Controle sobre o ambiente de trabalho ($\alpha = 0,831$) e Autonomia ($\alpha = 0,785$) apresentaram resultados ligeiramente mais baixos que os do estudo pioneiro mas superiores a outros estudos semelhantes (Gasparino, Guirardello, & Aiken, 2011; Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler, 2010; Bruyneel, Heede, Diya, Aiken, & Sermeus, 2009). Perante estes resultados depreende-se que as respostas diferem porque os inquiridos têm diversas opiniões e não porque o inquérito seja confuso ou leve a diferentes interpretações (Pestana & Gageiro, 2003).

A validade de conteúdo foi assegurada pela equipa de peritos. Este processo contribuiu para aprendizagens importantes ao verificar-se que as hierarquias do sistema de saúde e a própria linguagem da profissão exige uma tradução cuidadosa, a fim de melhorar a probabilidade de que a linguagem usada para descrever determinados conceitos, entre países, seja equivalente.

E a validade prática ou de critério foi determinada através de análise fatorial do tipo confirmatória. Os resultados obtidos revelaram valores relativamente baixos na matriz de correlação. Perante os resultados pouco satisfatórios calculou-se a matriz anti-imagem para cada dimensão. Este cálculo veio revelar valores elevados na diagonal principal e baixos valores fora da diagonal, justificando a permanência das variáveis no estudo.

O teste de esferecidade de Bartlett`s revelou que existe correlação entre as variáveis e a aplicação do KMO demonstrou que a dimensão Autonomia (0,786) e a dimensão Controlo sobre o ambiente de trabalho (0,761) apresentam uma relação média, a dimensão Relação Multidisciplinar (0,592) apresenta uma relação má e a dimensão Ambiente Organizacional (0,875) apresenta uma boa relação.

A heterogeneidade das subescalas desenvolvidas ao longo dos tempos, e as diferenças entre contextos de cuidados tem implicado o uso de diferentes abordagens analíticas (Cho, Mark, Yun, & June, 2011). Dos estudos considerados apenas três (Bruyneel, Heede, Diya, Aiken, & Sermeus, 2009; Cortelyou-Ward, Unruh, & Fottler, 2010; Gasparino, Guirardello, & Aiken, 2011) foram fieis ao conjunto de fatores sugeridos por Aiken e Patrician (2000). Os restantes (Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans, & Heyning, 2009; Slater, O`Halloran, Connolly, & McCormack, 2010; Joyce-McCoach & Crookes, 2011; Cho, Mark, Yun, & June, 2011; Hinno, Partanen, & Vehvilainen-Julkunen, 2012; Kim, et al., 2013), durante o processo de adaptação cultural, sofreram alterações no conjunto de fatores inicial.

De todos os artigos considerados a dimensão que menos sofreu alterações foi a “Relação médico-enfermeiro”, no entanto na construção do NWI-R-PT esta foi a dimensão que sofreu maior adaptação cultural. Devido ao ensino de enfermagem e ao contexto de saúde em Portugal se basear em relações multidisciplinares, a dimensão “Relação médico-enfermeiro” foi substituída por Relação Multidisciplinar. Porém, os resultados demonstraram lacunas ao nível da dimensão Relação Multidisciplinar que poderá ser indicativo de que as instituições em questão necessitam de mais investimento ao nível do clima organizacional. Concluimos que esta dimensão necessita de mais exploração.

De acordo com o recomendado por Kim, et al. (2013), os métodos analíticos escolhidos foram os considerados mais apropriados para corresponder aos fins deste estudo. No entanto uma das desvantagens do método escolhido foi o de não se ter verificado a existência de nenhum artigo com este tipo de análise (análise fatorial do tipo confirmatória), não sendo possível comparar resultado, mas apenas conclusões.

Com o aumento da resposta ao nível das UCCI e com a diminuição do número de camas de agudos a nível hospitalar, pretende-se que a prestação de cuidados aos clientes seja transferida, consoante as necessidades clínicas, de um ambiente de prestação de cuidados agudos a nível hospitalar para um ambiente de convalescença, reabilitação,

manutenção ou paliativos a nível das UCCI. Por conseguinte, a criação e manutenção de ambientes de trabalho para apoiar a prática dos enfermeiros nas UCCI é cada vez mais importante. Em contrapartida, a manutenção de ambientes de trabalho saudáveis a nível hospitalar continua a ser essencial para a obtenção de resultados positivos.

Mais pesquisas são necessárias para determinar se este conjunto 54 itens representam um conjunto básico de características organizacionais que suportam a prática de enfermagem em diferentes contextos. No entanto, uma vez que ao longo do tempo vão ocorrendo melhorias no sistema de saúde - especialmente em torno de ambientes de trabalho de enfermagem - a relevância de alguns itens podem diminuir (Squires, et al., 2013).

Como limitações para o estudo considera-se a pouca experiência em trabalhos de tradução, validação e adaptação de questionários e o facto de apenas ter sido possível aplicar o questionário a um centro hospitalar.

Embora se tenha incluído UCCI de todas as regiões de Portugal continental, para pesquisas futuras sugere-se que se incluam a Madeira e os Açores, bem como todos os distritos não incluídos na amostra deste estudo. Sugere-se, ainda, que se considere como variáveis o número de horas do enfermeiro por dia e por semana e o rácio enfermeiro-utente.

Uma vez que os cuidados prestados pelo SNS foram estruturados com base no modelo *CatSalut* – serviço de saúde da Catalunha (inserido no *Department of Health and Social Security of the Generalitat de Catalunya*), a longo prazo, seria interessante comparar os resultados obtidos pela aplicação do NWI-R-PT à cultura e contexto português e os resultados obtidos por uma adaptação do mesmo questionário à cultura e contexto da Catalunha a fim de verificar se dentro de uma estrutura equivalente de cuidados em que variáveis é que a diferença cultural terá mais impacto.

Como implicações para a investigação, este trabalho permitiu facultar à comunidade científica um instrumento de colheita de dados não validado para a cultura e contexto português. Para o contexto hospitalar, os resultados deste estudo permitem estabelecer *benchmarking* com os resultados de estudos internacionais e colocar os enfermeiros portugueses na discussão com investigadores mundiais sobre assuntos atuais e de extrema importância para a valorização e qualificação dos sistemas de saúde. Para o contexto das

Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados este trabalho contribuiu para a construção de conhecimento empírico nesta área.

Como implicações para o contexto da prática, este estudo permitiu facultar aos enfermeiros gestores uma ferramenta que quando aplicada aos enfermeiros da prática permite a obtenção de resultados que indicam a perceção dos enfermeiros, relativamente à qualidade do ambiente de trabalho, que como verificado interfere na obtenção de resultados positivos. O NWI-R-PT permitirá ainda testar o clima organizacional, através da dimensão Relação Multidisciplinar e a cultura organizacional, através das dimensões Autonomia, Controlo sobre a prática e suporte organizacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa - Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa, Canadá.
- Aiken, L. (setembro/outubro de 1995). Transformation of the Nursing Workforce. *Nurse Outlook*, 43, pp. 201-209.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *Nursing Outlook*(50), pp. 187-94. doi:10.1067/mno.2002.126696
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (janeiro de 2005). Nurse staffing Inadequate nurse staffing and poor organizational support affect patient faety globally. *Canadian Nurses Association*, pp. 1-2. Obtido de www.cna-aiic.ca
- Aiken, L. H., Havens, D. S., & Sloane, D. M. (2000). The Magnet Nursing Services Recognition Program – A Comparison of Two Groups of Magnet Hospitals. *American Journal of Nursing*, 100, pp. 26-35.
- Aiken, L., & Patrician, P. (2000). Mensuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), pp. 146-153.
- Aiken, L., Sloane, D., Clark, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aunguroch, Y. (11 de May de 2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 4(23), pp. 357–364. doi:10.1093/intqhc/mzr022
- Aiken, L., Smith, H., & Lake, E. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32, pp. 771-87.
- ANCC. (Julho de 2003). *2014 Magnet® Application Manual*. Obtido em Julho de 2015, de <http://www.nursecredentialing.org/MagnetApplicationManual>: <http://www.nursecredentialing.org/MagnetApplicationManual>
- ANCC. (s.d.). *Forces of Magnetism*. Obtido de American Nurses Credentialing Center: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMagnetProgram/ForcesofMagnetism>
- APEGEL. (s.d.). *Referencial de competências para enfermeiros na área da gestão*. Obtido de Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança: <http://www.apegel.org/pages.aspx?pg=pagina14>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (s.d.). Referencial de Competências para o Enfermeiro da Área da Gestão. Obtido de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>
- Augusto, M. C., & Rodrigues, A. C. (dezembro de 2013). Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em Portugal: Estudo exploratório. Vila do

Conde. Obtido em 9 de outubro de 2015, de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3534/3/DM_CristinaAugusto_2013.pdf

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. (I. f. Health, Ed.) *Institute for Work & Health; Institut de Recherche Sur le Travail et la Santé*, 0-45.
- Benner, A. (2007). Physician and nurse relationships, a key to patient safety. *The Journal Of The Kentucky Medical Association*, 105(4), pp. 165-169.
- Bogaert, P. V., Kowalski, C., Weeks, S. M., Vanheusden, D., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), pp. 1667–1677. doi:0.1016/j.ijnurstu.2013.05.010
- Bogaert, P. V., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Heyning, P. V. (15 de May de 2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 10(65), pp. 2175-2185. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05082.x
- Bogaert, P. V., Timmermans, O., Weeks, S. M., Heusden, D. v., Wouters, K., & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51, pp. 1123–1134.
- Bogaert, V. P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*(46), pp. 55-65.
- Bruyneel, L., Heede, K. V., Diya, L., Aiken, L., & Sermeus, W. (2009). Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: An RN4CAST Pilot Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 2(41), pp. 202–210. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01272.x
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Alto Comissário da Saúde. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação Guia para a Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castner, J., Ceravolo, D. J., Foltz-Ramos, K., & Wu, Y.-. B. (2013). Nursing Control Over Practice and Teamwork. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), pp. 1-7. Obtido de http://www.medscape.com/viewarticle/813260_print

- Chaves, A. C., Medeiros, S., Oliveira, J., & Gomes, M. (2014). Autonomia profissional do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8(2), pp. 3718-3726. doi:10.5205/reuol.4597-37683-1-ED.0810supl201419
- Cheung, R., & Aiken, L. H. (June de 2008). Building an International Nursing Outcomes Research Agenda Outcomes Research Agenda. *Asian Nursing Research*, 2(2), pp. 69-73.
- Cho, S. H., Mark, B. A., Yun, S. C., & June, K. J. (2011). Differences in intensive care unit work environments among and within hospitals using subscales and a composite measure of the Revised Nursing Work Index. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2637-2648.
- Comissão Europeia. (2014). *Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes*. Comunicação, Bruxelas. Obtido em 8 de Julho de 2015, de Comissão Europeia: http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_pt.pdf
- Cortelyou-Ward, K. H., Unruh, L., & Fottler, M. D. (2010). The effect of work environment on intent to leave the nursing profession: a case study of bedside registered nurses in rural Florida. *Health Services Management Research*(23), pp. 185–192. doi:10.1258/hsmr.2010.010008
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um futuro para a saúde todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), pp. 103-112.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wongd, C. A., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*(47), pp. 363–385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
- Davis, S. (2012). *Why Nurses Are the Unsung Heroes of Global Health*. Obtido em 8 de Julho de 2015, de Huff Post Impact What's Working: http://www.huffingtonpost.com/sheila-davis-dnp-anpbc-faan/international-nurses-week_b_1499802.html
- Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — Decreto-Lei n.º 248/2009. (22 de Set. de 2009).
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. (2015). Obtido em 11 de fevereiro de 2015, de <http://www.priberam.pt/dlpo/autonomia>
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes : the state of the science* (2ª ed.). Sudbury : Jones & Bartlett Learning.

- Doran, D., Sidani, S., & Hall, L. (1998). Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. *Nursing Economics*, 11(2), pp. 58-87.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doide, D. (January de 2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N., & Stasa, H. (2010). Nursing unit managers, staff retention and the work environment. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 23-33.
- Eder, P., & Eisenberger, R. (2008). Perceived organizational support: Reducing the negative influence of coworker withdrawal behavior. *Journal of Management*, 34, pp. 55-68.
- Flynn, L., Carryer, J., & Budge, C. (2005). Organizational Attributes Valued by Hospital, Home Care, and District Nurses in the United States and New Zealand. *Health Policy and Systems*, 37(1), pp. 67-72.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação. Da concepção à realização.* (Lusociência, Ed., & N. Salgueiro, Trad.) Loures.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidacta.
- Gasparino, R. C., Guirardello, E. d., & Aiken, L. H. (2011). Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 3494–3501 . doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03776.x
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito : teoria e prática* (4ª ed.). (C. L. Pires, Trad.) Lisboa: Celta Editora.
- Hasbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.* Loures: Lusociência.
- Heede, K. V., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*(50), pp. 185–194. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001
- Hendrich, A. (Maio/Junho de 2006). Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality Healthcare*, 26-30.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário* (2nd ed.). (M. Robalo, Ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinno, S., Partanen, P., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(26), pp. 133–143. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00920.x
- Huber, D. (2006). *Leadership and Nursing Care Management.* Philadelphia, Saunders.

- ICN. (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde*. Geneve - Switzerland. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf
- ICN. (2005). *Guidelines on shaping effective health policy*. Genebra.
- ICN. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho=cuidados de qualidade*. Genebra: International Council of Nurses.
- Ihemedu, C. O., Omolase, C. O., Osere, Y. R., & Betiku, O. B. (2010). Appraisal of Physician–Nurse Working Relationship in Owo, South West, Nigeria. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), pp. 569-574.
- Joyce-McCoach, J., & Crookes, P. (1 de December de 2011). Measuring "magnetism" in Australian nursing environments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2(29), pp. 13-22.
- Kanai-Pak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nurses*, 17, pp. 3324–3329 . doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02639.x
- Kenaszchuk, C., Conn, L. G., Dainty, K., McCarthy, C., Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2012). Consensus on interprofessional collaboration in hospitals: statistical agreement of ratings from ethnographic fieldwork and measurement scales. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*(18), pp. 93–99.
- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(83), pp. 1-15. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/83>
- Kim, C.-W., Lee, S.-Y., Kang, J., Park, B., Park, S., Park, H., . . . Jeong, B. (2013). Application of Revised Nursing Work Index to Hospital Nurses of South Korea. *Asian Nursing Research*, 7(3), pp. 128–135. doi:10.1016/j.anr.2013.07.003
- Kobayashi, M. (2006). *Organizational characteristics and Registered Nurses perceptions of the professional nursing practice environment in japonese acute care hospitals*. Obtido de <https://books.google.pt/books?id=H12nlDuK0usC&pg=PA20&lpg=PA20&dq=Organizational+attributes:+Nurse+control&source=bl&ots=Ui6vBFhMmj&sig=uy4EWqRU7UMrOcudxDJ4IJoE4f4&hl=pt-PT&sa=X&ei=oA7SVKO5LcTuUrSKgJAJ&ved=0CEkQ6AEwBQ#v=onepage&q&f=false>
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), pp. 176-188.

- Liu, K., You, L.-M., Chen, S.-X., Hao, Y.-T., Hao, X.-W., Zhang, L.-F., & Aiken, L. H. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*(21), pp. 1476–1485. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x
- MacDonald, C. (2002). Nurse autonomy as relational. *Nursing Ethics*, 9(2), pp. 194-201. doi:10.1191/0969733002ne498o a
- Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Cummings, C. A., & Giovannetti, P. B. (2011). Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. (Elsevier, Ed.) *International Journal of Nursing Studies*, 48, pp. 81-93. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.002
- McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (2002). Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (the original study). Em M. McClure, & A. Hinshaw (Edits.), *Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses* (pp. 1-24). Washington, DC: American Nurses Publishing.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*(17), pp. 313–322.
- Ministério da Saúde. (10 de fevereiro de 2015). Plano Nacional para a Saúde dos Doentes. *Despacho n.º 1400-A/2015*, Parte C 3882-(2-10). Portugal: Diário da República, 2.ª série — N.º 28.
- Mundinger, M. O. (1980). *Autonomy in nursing* (Vol. XIV). Germantown, Md. : Aspen Systems Corp.
- Nunes, L. (10 de maio de 2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem, II Congresso Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 11 de fevereiro de 2015, de Oedem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/ICong_ComLN.pdf
- OCDE. (2015). *Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 Raising Standards*. Paris. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OPSS. (2011). *Relatório de Primavera 2011 Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde* .
- OPSS. (2013). *Relatório de Primavera: duas faces da saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais : a complementariedade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Silabo.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem Métodos, Avaliação e Utilização* (5ª ed.). (artmed, Ed., & A. Thorell, Trad.)
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ª ed.). (Gradiva, Ed.) 2005, Lisboa.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKeef, M., & Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*(44), pp. 175–182.
- RaVerty, A., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10, pp. ii32–ii37.
- Rede. (Novembro de 2011). Crescer com Qualidade. 5º Aniversário: *Parabéns REDE*, 2.
- Registered Nurses Association of Ontario . (2006). *Healthy work environments best practice guidelines (BPGs) overall project background*. Toronto, Canada: RNAO.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 698–714. doi: 10.1037//0021-9010.87.4.698
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ª ed.). (CLIMEPSI, Ed.) Lisboa.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 13–22. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Russell, G. E., & Fawcett, J. (2005). The Conceptual Model for Nursing and Health Policy Revisited. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 319-326. doi:10.1177/1527154405283304
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2015). *O Futuro do Sistema de Saúde Português "Saúde 2015"*. Observatório do QCA III, Lisboa.
- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M. J., & Martínez, I. M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. (B. P. Ltd, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), pp. 2256-66. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05652.x
- Schmidt, S., & Bullinger, M. (2003). Current Issues in Cross-Cultural Quality of Life Instrument Development. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(2), pp. 29-34. doi:10.1053/apmr.2003.50244

- Scott, J., Sochalski, J., & Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), pp. 9-19.
- Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships Improving or not? *Issues In Nursing*, 37(1), pp. 52-56. Obtido de www.nursing2007.com
- Skar, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp. 2226-234.
- Slater, P., O'Halloran, P., Connolly, D., & McCormack, B. (2010). Testing of the Factor Structure of the Nursing Work Index-Revised. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(3), pp. 123-134.
- Sousa, F., & Monteiro, I. (2010). *Liderança de equipas na resolução de problemas*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Squires, A., Aiken, L., Heede, K., Bruyneel, L., Sermeus, W., Lindqvist, R., . . . Matthews, A. (2013). A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 264-273. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015
- Wade, G. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), pp. 310-318.
- Weston, M. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *The Journal of Nursing Administration*, 38(9), pp. 404-408. doi:10.1097/01.NNA.0000323960.29544.e5.
- Weston, M. J. (2010). Strategies for Enhancing Autonomy and Control Over Nursing Practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1). doi:10.3912/OJIN.Vol15No01Man02
- WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. Official Records of the World Health Organization, New York.
- WHO. (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Regional Committee for Europe Sixty-second session, Malta. Obtido em 8 de Julho de 2015, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
- WHO. (s.d.). *Process of translation and adaptation of instruments*. Obtido em 13 de 7 de 2015, de World Health Organization: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Wieck, L., Dols, J., & Landrum, P. (January-March de 2010). Retention Priorities for the Intergenerational Nurse Workforce. (N. Forum, Ed.) *Wiley Periodicals, Inc.*, 45(1), pp. 7-17.

ANEXOS

Anexo 1 - Nursing Work Index – Revised

Presente no trabalho atual...	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Nem concordo nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
	1	2	3	4	5
1	Serviços de apoio adequado que me permitam dedicar tempo aos clientes.				
2	Articulação multidisciplinar frequente.				
3	Bom programa de orientação para enfermeiros recém contratados.				
4					
5	Remuneração satisfatória.				
6	A equipa de enfermagem tem autonomia para gerir e executar a sua prática.				
7	Plano de formação continua implementado na Unidade para os enfermeiros.				
8	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.				
9	Oportunidade para os enfermeiros participarem na gestão do serviço.				
10	Apoio às ideias inovadoras e criativas referentes à prestação de cuidados ao cliente.				
11	Tempo e oportunidade suficiente para discutir entre a equipa de enfermagem, os problemas relacionados com a prestação de cuidados ao cliente.				
12	Equipa com número adequado de enfermeiros para proporcionar cuidados de qualidade aos clientes.				
13	O enfermeiro da gestão de topo toma conhecimento – em tempo útil - das intercorrências vividas diariamente na Unidade.				
14	O enfermeiro da gestão de topo demonstra capacidades administrativas e de liderança.				
15	O enfermeiro da gestão de topo é um elemento acessível e disponível para a equipa.				
16	Flexibilidade na alteração do horário de trabalho.				
17	Dotações seguras para a prestação de cuidados.				
18	Autonomia para tomar decisões importantes no cuidado ao cliente.				
19	Reforço positivo por um bom desempenho.				
20	Enfermeiro especialista que orienta a prestação de cuidados ao cliente.				
21	Enfermeiro de Referência como método de organização e distribuição do trabalho.				
22					
23					
24	Não ser colocado em posição de ter que realizar atividades que são contra os meus princípios.				
25	A gestão de topo espera(?) por altos padrões de cuidados de enfermagem.				
26					
27	Enfermeiros e médicos trabalham em equipa.				
28	Oportunidade de aperfeiçoamento.				
29	A equipa de enfermagem recebe apoio para progredir na carreira profissional.				
30	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidados ao cliente.				
31	Os enfermeiros participam ativamente nos esforços para controlar os custos.				
32	A equipa de enfermagem é clinicamente competente.				
33	A equipa de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos.				
34	O enfermeiro diretor dá apoio à equipa de enfermagem mesmo que as suas decisões entrem em conflito com as de outros grupos profissionais.				
35	A direção técnica da unidade ouve e responde às preocupações dos colaboradores.				
36	Existência de um Sistema de Gestão da Qualidade.				
37	Os enfermeiros são envolvidos na gestão interna da Unidade (p. ex.: comités de ética e práticas clínicas).				
38					
39	Existe um programa de tutoria para enfermeiros recém contratados.				
40	O cuidado de enfermagem é baseado em modelos de enfermagem.				
41					
42	As contribuições que os enfermeiros trazem para os cuidados ao cliente são reconhecidas publicamente.				
43					
44	O ambiente de trabalho é agradável atraente e confortável.				
45	Oportunidade de trabalhar numa unidade altamente especializada.				
46	Existem planos de cuidados/PII estabelecidos e atualizados para todos os clientes.				
47					
48	Existe mobilidade de profissionais (enfermeiros!?) para equilibrar as equipas entre Unidades.				
49					
50	Cada tipologia de internamento estabelece as suas próprias normas e procedimentos de enfermagem.				
51	Utilização de diagnósticos de enfermagem.				
52					
53					
54	A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem o serviço.				
55					
56					

Anexo 2 - Pedido de Autorização à Autora

5/18/2015

Gmail - REQUEST FOR PERMISSION TO USE THE NURSING WORK INDEX QUESTIONNAIRE



Patrícia Benito <pbenito88@gmail.com>

REQUEST FOR PERMISSION TO USE THE NURSING WORK INDEX QUESTIONNAIRE

2 mensagens

PEDRO RICARDO MARTINS BERNARDES Lucas <prlucas@esel.pt> 17 de setembro de 2013 às 18:51
Para: "laiken@nursing.upenn.edu" <laiken@nursing.upenn.edu>
Cc: "pbenito88@gmail.com" <pbenito88@gmail.com>

Dear Mrs. Aiken

Patricia Benito, a nurse in a Long Term Care unit in Vila Franca de Xira, District of Lisbon, Portugal and Pedro Bernardes Lucas, professor at the School of Nursing Lisbon, PhD in Health Psychology, MSc, RN, would like to apply the questionnaire "*Nursing Work Index*" (Aiken, LH; Patrician, PA; Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. Nurs. Res. 2000, 49 (3): 46-53) in various inpatient units of long term care in Portugal.

Thus, we ask for your permission to adapt the questionnaire

We are available to provide other information deemed relevant.

Yours faithfully

Patrícia & Pedro

Pedro Bernardes Lucas

Professor-Adjunto

Departamento de Administração em Enfermagem

Department of Nursing Management

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

High School of Nursing of Lisbon (ESEL)

Polo Maria Fernanda Resende

Av. do Brasil, nº 53-B, 1700-063 Lisboa

Lisbon, Portugal

Telefone.: (351) 217 924 100

Anexo 3 - Autorização da Autora para adaptação do NWI-R

5/18/2015

Gmail - REQUEST FOR PERMISSION TO USE THE NURSING WORK INDEX QUESTIONNAIRE

E-mail: prlucas@esel.pt

Aiken, Linda <laiken@nursing.upenn.edu>

27 de setembro de 2013 às 18:37

Para: PEDRO RICARDO MARTINS BERNARDES Lucas <prlucas@esel.pt>

Cc: "pbenito88@gmail.com" <pbenito88@gmail.com>

Yes you have our permission to use and adapt the instrument. I have attached a couple of papers of research in the US showing that the NWI-R works very well in long term care. The Lake article provides the items from the Practice Environment Scale that we now use rather than the longer NWI-R.

Linda H. Aiken, Ph.D.

The Claire M. Fagin Leadership Professor of Nursing

Professor of Sociology

Director, Center for Health Outcomes and Policy Research

University of Pennsylvania

418 Curie Blvd.

Claire M. Fagin Hall, 387R

Philadelphia, PA 19104-4217

Phone: 215-898-9759

Fax: 215-573-2062

From: PEDRO RICARDO MARTINS BERNARDES Lucas [<mailto:prlucas@esel.pt>]

Sent: Tuesday, September 17, 2013 1:52 PM

To: Aiken, Linda

Cc: pbenito88@gmail.com

Subject: REQUEST FOR PERMISSION TO USE THE NURSING WORK INDEX QUESTIONNAIRE

[Citação ocultada]


3 anexos

 **Lake,RINAH,June02,Development of NWIR.pdf**
108K

 **Choi PES nursing homes.pdf**
164K

 **JAGS-0407-N-APR-10.pdf**
170K

Anexo 4 - Pedido de autorização para a realização de trabalhos académicos/investigação científica no Hospital Casimiro da Silva Marques da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral

	PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHOS ACADÉMICOS/INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA NO HOSPITAL CASIMIRO DA SILVA MARQUES DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE BOMBARRAL	Código: IMP 107
---	---	-----------------

Exmo. (a). Senhor(a) Provedor(a)

Patrícia Martins Benito, portadora do CC n.º 13441893, na qualidade de estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estando a realizar o Trabalho de Investigação Científica sobre o tema “Adaptação e Validação da Nursing Work Index – Revised para o idioma e contexto português”, sob orientação do Sr. Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas, vem por este meio e em conformidade com o previsto no Regulamento para Projetos de Investigação da Misericórdia, solicitar a V.ª Ex.ª autorização para:

() efetuar entrevistas (especificar a quem, número de entrevistados e anexar guião)

(X) aplicar o questionário ou outro instrumento de investigação (anexar instrumento)

() consultar dados (especificar quais) _____

() (outra) _____

(selecionar a opção pretendida, explicitando a informação pertinente e anexando os documentos relacionados)

no Hospital Casimiro da Silva Marques da Santa Casa da Misericórdia de Bombarral no âmbito do referido projeto de investigação, cuja fundamentação, objetivos, metodologia e plano de desenvolvimento se envia em anexo.

Data

24/03/2015

Assinatura do Aluno/Investigador

Patrícia Martins Benito

A PREENCHER PELO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM DO INVESTIGADOR (UNIVERSIDADE OU OUTRA)

Nome: _____

Telefone: _____

Email: _____

ASSINATURA DO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO QUE TUTELA A INVESTIGAÇÃO

PREENCHIMENTO RESERVADO AOS ORGÃOS E SERVIÇOS DA MISERICÓRDIA


Parecer da Direção Clínica do HCSM

Não autorizo

Autorizo

O Provedor
(assinatura e data)

Anexo 5 - Termo de Responsabilidade do Aluno/Investigador da Santa Casa de Misericórdia do Bombarral

	TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ALUNO / INVESTIGADOR	Código: IMP 108 Edição: 01 Páginas: 1 de 1
---	--	--

Exmo(a). Sr(a). Provedor(a)

Da Santa Casa de Misericórdia de Bombarral

Patrícia Martins Benito, portadora do Cartão do Cidadão n. 13441893, na qualidade de estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estando a realizar o Trabalho de Investigação Científica sobre o tema “Adaptação e Validação da Nursing Work Index – Revised para o idioma e contexto português”, sob orientação do Sr. Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas, declara sob compromisso de honra e em consonância com o previsto no Regulamento para Projetos de Investigação dessa Misericórdia, que lhe foi dado a conhecer, que realizará o citado trabalho de investigação de acordo com o documento descritivo do mesmo que foi apresentado e no mais rigoroso respeito pelas normas internas da instituição e pelos princípios éticos e deontológicos que presidem à atividade de investigação.

Mais informa que se compromete a manter a confidencialidade da informação a que vier a ter acesso, que esta apenas será utilizada no âmbito do projeto de investigação mencionado e que assume a total responsabilidade pelo conteúdo do relatório final do projeto de investigação.

Mais informo que me comprometo a oferecer à instituição a entrega de dois exemplares da versão final do trabalho de investigação para efeitos de arquivo da SCMB.

Data 24/03/2015

Assinatura Patrícia Martins Benito

Anexo 6 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão T1

Presente no trabalho atual...	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Nem concordo nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					

Anexo 7 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão T2

	Presente no trabalho atual...	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	5
1	Adequados serviços de apoio que me permitem ter tempo com os meus clientes					
2	Médicos e enfermeiros têm boas relações laborais					
3	Um bom programa de integração para enfermeiros recém contratados					
4	Os gestores apoiam os enfermeiros					
5	Um ordenado satisfatório					
6	A enfermagem controla a sua própria prática					
7	Programas de formação em serviço e formação contínua para enfermeiros					
8	Oportunidades de desenvolvimento profissional e de carreira					
9	Oportunidade de os enfermeiros participarem nas decisões sobre políticas organizacionais					
10	Apoio de ideias novas e inovadoras sobre os cuidados aos clientes					
11	Tempo suficiente e oportunidade para discutir os cuidados aos clientes com outros enfermeiros					
12	Enfermeiros em número suficiente na equipa para fornecer um cuidado ao utente com qualidade.					
13	Um enfermeiro gestor que é um bom gestor e líder					
14	Um enfermeiro gestor bastante visível e acessível à equipa de enfermagem					
15	Horários flexíveis ou modificados estão disponíveis					
16	Dotação suficiente para terminar o trabalho					
17	Liberdade de tomar importantes decisões sobre os cuidados ao cliente e o trabalho					
18	Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito					
19	Enfermeiros especialistas que são consultados sobre os cuidados ao cliente					
20	O método de equipa como método de organização dos cuidados de enfermagem					
21	O método global como método de organização dos cuidados de enfermagem					
22	O método primário como método de organização dos cuidados de enfermagem					
23	Boas relações com outros departamentos como o hoteleiro e de alimentação					
24	Não ser colocado na posição de ter que fazer coisas que são contra o meu julgamento de enfermagem					
25	Altos padrões de cuidados de enfermagem são esperados pela administração					
26	O enfermeiro diretor é igual em poder e autoridade a outros membros da administração na organização					
27	Muito trabalho em equipa entre enfermeiros e médicos					
28	Médicos prestam cuidados de alta qualidade					
29	Oportunidades de avanço na carreira					
30	A equipa de enfermagem é incentivada a prosseguir estudos académicos em enfermagem					
31	Uma clara filosofia de enfermagem impregna o ambiente dos cuidados ao cliente					
32	Os enfermeiros participam ativamente nos esforços para conter os custos					
33	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes					
34	A equipa de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos					
35	Um enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com um médico					
36	Uma administração que ouve e responde às preocupações dos trabalhadores					
37	Um programa de garantia de qualidade					
38	Enfermeiros estão envolvidos na gestão interna da organização (e.g., comités de prática e política)					
39	Colaboração entre enfermeiros e médicos					
40	Um programa de mentoria para enfermeiros recém-contratados					
41	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem ao invés de um modelo médico					
42	Os enfermeiros têm a oportunidade de servir em comités da organização e de enfermagem					
43	As contribuições que os enfermeiros fazem para os cuidados aos clientes são publicamente reconhecidos					
44	Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários					
45	O ambiente de trabalho é agradável, atrativo, e confortável					
46	Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado					
47	Planos de cuidados de enfermagem, escritos e atualizados para todos os clientes					
48	A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao doente de um dia para o outro)					
49	Enfermeiros alocados a um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço					
50	Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários (i. e., que dias trabalham, descansam, etc.)					
51	Políticas, procedimentos e normas de atuação estandardizadas					
52	Uso de diagnósticos de enfermagem					
53	Flutuação, para que as dotações estejam iguais entre serviços					
54	Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos					
55	O uso de um registo médico orientado para o problema					
56	Trabalhar com enfermeiros experientes que “conhecem” o hospital					

Anexo 8 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão T12

	Presente no trabalho atual...	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5	
1	Serviços de apoio adequado que me permitam dedicar tempo aos clientes.					
2	Articulação multidisciplinar frequente.					
3	Bom programa de integração para enfermeiros recém-contratados.					
4	Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão					
5	Remuneração satisfatória.					
6	A equipa de enfermagem tem autonomia para gerir e controlar a sua prática.					
7	Programa de formação em serviço e formação contínua para enfermeiros.					
8	Oportunidades de desenvolvimento profissional e de carreira.					
9	Oportunidades de os enfermeiros participarem nas decisões sobre políticas organizacionais.					
10	Apoio de ideias novas e inovadoras sobre os cuidados aos clientes.					
11	Tempo suficiente e oportunidade para discutir os cuidados aos clientes com outros enfermeiros.					
12	Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes.					
13	Um enfermeiro gestor que é um bom gestor e líder					
14	Um enfermeiro gestor bastante visível e acessível à equipa de enfermagem					
15	Flexibilidade na alteração do horário de trabalho.					
16	Dotações suficientes para a prestação de cuidados.					
17	Autonomia de tomar importantes decisões sobre os cuidados ao cliente e sobre a organização do trabalho					
18	Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito.					
19	Enfermeiros especialistas que são consultados sobre os cuidados ao cliente.					
20	Método de trabalho em equipa como método de organização e distribuição do trabalho. *					
21	Método de Enfermeiro de Referência como método de organização e distribuição do trabalho. **					
22	Método de trabalho individual como método de organização e distribuição do trabalho. ***					
23	Não ser colocado em posição de ter que realizar atividades que são contra os meus princípios éticos.					
24	A administração/direção espera por altos padrões de cuidados de enfermagem.					
25	O enfermeiro diretor tem idêntico poder e autoridade a de outros membros da administração da organização					
26	Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar.					
27	Oportunidade de evolução.					
28	A equipa de enfermagem é incentivada a prosseguir estudos académicos em enfermagem.					
29	Uma filosofia de enfermagem clara que atravessa o ambiente de cuidados ao cliente.					
30	Os enfermeiros participam ativamente nos esforços para controlar os custos.					
31	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.					
32	A equipa de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos.					
33	O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com um médico.					
34	A administração/direção ouve e responde às preocupações dos colaboradores.					
35	Existência de um Sistema de Gestão da Qualidade.					
36	Os enfermeiros são envolvidos na gestão interna da organização (p. ex.: comissões de ética e de práticas clínicas).					
37	Colaboração interdisciplinar					
38	Existe um programa de tutoria para enfermeiros recém-contratados.					
39	O cuidado de enfermagem é baseado num modelo de enfermagem e não no modelo biomédico.					
40	Os enfermeiros têm a oportunidade de integrar grupos de trabalho de enfermagem e da organização.					
41	Os contributos que os enfermeiros dão para os cuidados aos clientes são reconhecidos publicamente.					
42	Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários.					
43	O ambiente de trabalho é agradável atraente e confortável.					
44	Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado.					
45	Existem planos de cuidados/PII estabelecidos e atualizados para todos os clientes.					
46	A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao doente de um dia para o outro).					
47	Enfermeiros de um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço.					
48	Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários (i. e., que dias trabalham, descansam, etc).					
49	Políticas, procedimentos e normas de atuação de enfermagem, em vigor.					
50	Utilização de diagnósticos de enfermagem.					
51	Flutuação de enfermeiros, para que as dotações estejam iguais entre serviços.					
52	Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos.					
53	A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem o serviço e a organização.					
54	Planos de cuidados de enfermagem/PII são transmitidos oralmente entre enfermeiros.					

Anexo 9 - Retroversão da Versão T12 para a língua de origem: Versão BT-1

	In my current work place...	Totally Disagree	Partially Disagree	Neutral	Partially Agree	Totally Agree
		1	2	3	4	5
1	Appropriate support services that allow me to dedicate time to customers.					
2	Frequent multidisciplinary knowledge Exchange.					
3	Good integration program for newly hired nurses.					
4	The nurses feel supported by higher level management.					
5	Satisfactory income.					
6	The nursing team has the autonomy to manage and control their practice.					
7	Program of in-service and ongoing training for nurses.					
8	Opportunities for professional and career development.					
9	Opportunities for nurses to participate in organizational policies decisions.					
10	Support for new and innovative ideas for patient healthcare.					
11	Availability and opportunity to discuss patient healthcare with other nurses.					
12	Adequate nurse healthcare rationing for quality services.					
13	A good managing nurse which is a good manager and leader.					
14	A managing nurse which is present and accessible.					
15	Work schedule change flexibility.					
16	Sufficient nurse healthcare rationing.					
17	Autonomy to make important decisions about patient care and the work routine.					
18	Praise and recognition for a good work performance.					
19	Specialist nurses which are consulted about patient healthcare.					
20						
21						
22						
23	I'm able to oppose to perform tasks which I consider unethical.					
24	Management expects high quality patient healthcare.					
25	The nursing director has equal power and authority as other organization management roles.					
26	The healthcare professionals work in a multidisciplinary team.					
27	Possibility of career development.					
28	The nurse professionals are encouraged to enroll in academic development.					
29	A clear nursing philosophy that spans through the patient care environment.					
30	The nurses actively participate in cost reduction activities.					
31	I work with qualified nurses.					
32	The nursing team participates in choosing the new equipment.					
33	The managing nurse supports nursing decisions even when in direct conflict with a doctor.					
34	The management listens to employee concerns.					
35	Quality Management System existance.					
36	The nurses actively participate in the internal management of the organization.					
37	Interdisciplinary collaboration.					
38	Mentoring programs for recently hired nurses.					
39	The nursing care is based on a nursing model and not in the biomedical model.					
40	The nurses are given the opportunity to participate in nursing and organization workgroups.					
41	The healthcare contributions that nurses provide are recognized publicly.					
42	The managing nurses consult the nursing team on daily problems and procedures.					
43	The working environment is attractive comfortable and enjoyable.					
44	Opportunity to work in a highly specialized healthcare service.					
45	There are established and updated care plans for all patients.					
46	The distribution of patients fosters continuity of care.					
47	Nurses never have to float between services.					
48	Nurses actively participate in developing their schedules.					
49	Updated policies, procedures and nursing guidelines.					
50	Use of nursing diagnoses.					
51	Nursing team floating to rationalize the services.					
52	Each nursing service determines its policies and procedures.					
53	The nursing team has experienced nurses who know the healthcare service and the organization.					
54	Nursing care plans are transmitted orally among nurses.					

Anexo 10 - Retroversão da Versão T12 para a língua de origem: Versão BT-2

	Present in the current job...	Totally Disagree	Partially Disagree	Neutral	Partially Agree	Totally Agree
		1	2	3	4	5
1	Appropriate support services that allow me to spend time with customers.					
2	Often multidisciplinary joint.					
3	Good integration program for newly hired nurses					
4	Nurses feel supported by management					
5	Favorable remuneration					
6	The nursing team has the autonomy to manage and control their practice.					
7	Program of in-service training and continuing education for nurses.					
8	Opportunities for professional and career development.					
9	Opportunities for nurses to participate in decisions about organizational policies.					
10	Support for new and innovative ideas on the care of clients.					
11	Sufficient time and opportunity to discuss the care of clients with other nurses.					
12	Appropriation of enough nurses on staff to provide quality care to clients.					
13	A nurse manager who is a good manager and leader.					
14	A nurse manager highly visible and accessible to the nursing team.					
15	Flexibility in changing the work schedule.					
16	Enough to care appropriations.					
17	Autonomy to make important decisions about customer care and the organization of work.					
18	Praise and recognition for a job well done.					
19	Nurse specialists who are consulted on customer care.					
20	Method of teamwork as a method of organization and distribution of work. *					
21	Nurse Reference method as a method of organization and distribution of work. **					
22	Method of individual work as a method of organization and distribution of work. ***					
23	Not be placed on having to perform activities that are against my ethical position.					
24	The administration / management awaits high standards of nursing care.					
25	The head nurse has the same power and authority to other members of management of the organization.					
26	Health professionals working in a multidisciplinary team.					
27	Opportunity evolution.					
28	The nursing staff is encouraged to pursue academic studies in nursing.					
29	A clear philosophy of nursing that spans the customer care environment.					
30	Nurses actively participate in efforts to control costs.					
31	Working with clinically competent nurses.					
32	The nursing staff participates in choosing new equipment.					
33	The nurse manager supports the nursing staff in decision making, even when in conflict with a physician.					
34	The administration / management listens and responds to the concerns of employees.					
35	Existence of a System of Quality Management.					
36	Nurses are involved in the internal management of the organization (eg. Ethics committees and clinical practice).					
37	Interdisciplinary collaboration.					
38	There is a mentoring program for newly hired nurses.					
39	Nursing care is based on a nursing model and not on the biomedical model.					
40	Nurses have the opportunity to join groups of nursing work and the organization.					
41	The contributions that nurses give care to customers are recognized publicly.					
42	The nurse managers consult the nursing staff on daily problems and procedures.					
43	The work environment is attractive pleasant and comfortable.					
44	Opportunity to work in a highly specialized service.					
45	There are plans of care / PII established and updated for all clients.					
46	The distribution of customers fosters continuity of care (ie, the same nurse provides care to the patient from one day to the other).					
47	Nurses for a service you never have to float to another service.					
48	Nurses are actively involved in developing their schedules (ie, what days work, rest, etc.).					
49	Policies, procedures and operating standards of nursing in force.					
50	Use of nursing diagnoses.					
51	Floating nurses to ensure that appropriations are matched between services.					
52	Each nursing service determines its policies and procedures.					
53	The nursing team is experienced nurses who know the service and organization.					
54	Nursing care / IIP plans are transmitted orally among nurses.					

Anexo 11 - Índice do Trabalho de Enfermagem – Revisto: Versão Pré-Final e Final

	Presente no trabalho atual...	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Nem concordo nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	5
1	Serviços de apoio adequado que me permitam dedicar tempo aos clientes.					
2	A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho.					
3	Bom programa de integração para enfermeiros recém-contratados.					
4	Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão					
5	Remuneração satisfatória.					
6	A enfermagem controla a prática.					
7	Programa de formação em serviço e formação contínua para enfermeiros.					
8	Oportunidades de desenvolvimento profissional e de carreira.					
9	Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional.					
10	Valorização de novas ideias sobre os cuidados a prestar.					
11	Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem.					
12	Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes.					
13	Um enfermeiro gestor que é um bom gestor e líder					
14	Um enfermeiro gestor bastante visível e acessível à equipa de enfermagem					
15	Flexibilidade na alteração do horário de trabalho.					
16	Dotações suficientes para a prestação de cuidados.					
17	Autonomia de tomar importantes decisões sobre os cuidados ao cliente e sobre a organização do trabalho					
18	Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito.					
19	Enfermeiros especialistas que são consultados sobre os cuidados ao cliente.					
20	Método de trabalho em equipa como método de organização e distribuição do trabalho. *					
21	Método de Enfermeiro de Referência como método de organização e distribuição do trabalho. **					
22	Método de trabalho individual como método de organização e distribuição do trabalho. ***					
23	Não ser colocado em posição de ter que realizar atividades que são contra os meus princípios éticos.					
24	A direção de enfermagem espera por altos padrões de cuidados de enfermagem.					
25	O enfermeiro diretor tem idêntico poder e autoridade a de outros membros da administração da organização					
26	Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar.					
27	Oportunidade de evolução.					
28	A equipa de enfermagem é incentivada a prosseguir estudos académicos em enfermagem.					
29	Uma filosofia de enfermagem clara que atravessa o ambiente de cuidados ao cliente.					
30	Os enfermeiros participam ativamente nos esforços para controlar os custos.					
31	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.					
32	A equipa de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos.					
33	O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos.					
34	A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores.					
35	Existência de um Sistema de Gestão da Qualidade.					
36	Os enfermeiros são envolvidos na gestão interna da organização (p. ex.: comissões de ética e de práticas clínicas).					
37	Existe colaboração multidisciplinar.					
38	Existe um programa de tutoria para enfermeiros recém-contratados.					
39	O cuidado de enfermagem é baseado num modelo de enfermagem e não no modelo biomédico.					
40	Os enfermeiros têm a oportunidade de integrar grupos de trabalho de enfermagem e da organização.					
41	Os contributos que os enfermeiros dão para os cuidados aos clientes são reconhecidos publicamente.					
42	Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários.					
43	O ambiente de trabalho é agradável atrativo e confortável.					
44	Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado.					
45	Existem planos de cuidados/PII estabelecidos e atualizados para todos os clientes.					
46	A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao doente de um dia para o outro).					
47	Enfermeiros de um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço.					
48	Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários.					
49	Políticas, procedimentos e normas de atuação de enfermagem, em vigor.					
50	Utilização de diagnósticos de enfermagem.					
51	Flutuação de enfermeiros, para que as dotações estejam iguais entre serviços.					
52	Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos.					
53	A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem o serviço e a organização.					
54	Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente entre enfermeiros.					

Anexo 12 – Póster: IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa

Nursing Work Index – Revised e a pertinência para as Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal

0. Introdução

O Sistema de Saúde Português tem sido alvo de profundas reformas em consequência de pressões financeiras, necessárias melhorias da qualidade e aumento da eficiência do sistema.

A criação das Unidades de Cuidados Continuados Integrados deu início a um novo contexto de prestação de cuidados, ainda pouco estudado a nível nacional.

Para compreender como a estrutura, a cultura e a organização das UCCI afetam os resultados de enfermagem, a literatura fornece ferramentas para avaliar a presença de certas características ambientais da prática profissional de enfermagem.

A *Nursing Work Index – Revised* é um instrumento de 57 items contendo quatro subescalas que permite identificar as características organizacionais que determinam o ambiente da prática profissional de enfermagem.

Palavras-Chave: Nursing Work Index-Revised; Nursing homes; Long Term Care; Organizational traits.

1. Objetivo

Avaliar a necessidade de ter um instrumento de mensuração das características organizacionais que determinam o ambiente da prática profissional de enfermagem.

Atentar à carência de aplicabilidade da *Nursing Work Index – Revised* nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal.

2. Metodologia

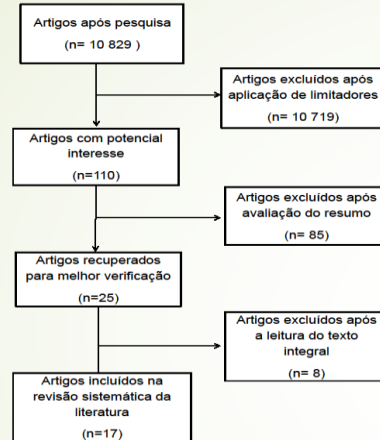
Revisão Sistemática da Literatura - recorreu-se à metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (2011).

A pesquisa de artigos científicos foi realizada em base de dados eletrónica com data de publicação entre 2006 e 2013. Os estudos foram selecionados, segundo critérios previamente definidos e centralizados na problemática em estudo.

Por não terem sido encontrados artigos referentes às Unidades de Cuidados Continuados – Realidade Portuguesa – foi feita uma revisão narrativa para o conceito.

3. Resultados

Fluxograma da revisão sistemática da literatura:



Características organizacionais que caracterizam um ambiente que fornece suporte para o desenvolvimento da prática profissional do enfermeiro

Controlo sobre a prática	Liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade do cuidado de enfermagem (Grindel et al.; 1996; Aiken e Patrician, 2000).
Suporte Organizacional	Relacionada às situações em que a organização fornece suporte para que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional (Aiken e Patrician, 2000).
Relação enfermeiro-médico	Respeito profissional para a construção de uma comunicação efetiva no alcance de um objetivo comum no que se refere ao cuidado ao utente (Grindel et al., 1996; Aiken e Patrician, 2000).
Autonomia	Liberdade que o enfermeiro possui na resolução de problemas que afetam a qualidade do cuidado de enfermagem (Grindel et al.; 1996; Aiken e Patrician, 2000).

Autora: Patrícia Martins Benito ^{1, 2}

Contacto: pbenito88@gmail.com

¹ Unidade de Cuidados Continuados Integrados, Associação para o Bem-Estar Infantil de Vila Franca de Xira, Quinta da Coutada, 2600-013 Vila Franca de Xira

² Mestranda em Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa



Pertinência da *Nursing Work Index - Revised*

Os enfermeiros fazem contribuições importantes para os resultados de cuidados de saúde, sendo estes afetados pelo ambiente em que os cuidados são prestados.

Os resultados obtidos ajudarão os responsáveis a intervir na adequação de recursos materiais e humanos, na otimização da colaboração interdisciplinar, na construção de uma gestão partilhada, existência de programas de formação contínua e *empowerment* e autonomia dos enfermeiros.

O impacto que as características do ambiente manifestam na prática profissional dos enfermeiros, nos *outcomes* profissionais, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde aclamam a necessidade de um instrumento que o avalie

Para as UCCI em Portugal

4. Discussão e Conclusão

Para compreender como a estrutura, a cultura e a organização das UCCI afetam os resultados de enfermagem, a literatura fornece ferramentas para avaliar a presença de certas características ambientais da prática profissional de enfermagem.

O *Nursing Work Index – Revised* revela ser um instrumento adequado para ser aplicado ao contexto das Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal, não só pelas suas características e especificidades de avaliação, como pela necessidade que este novo contexto tem de desenvolver investigação no âmbito desta temática, para ajudar gestores na definição de uma estrutura e de uma cultura própria para as UCCI.

A proatividade dos enfermeiros destaca-se na tomada de iniciativas, cujo objetivo é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem

O facto de grande percentagem dos enfermeiros iniciarem atividade neste novo contexto facilita a adoção de uma cultura própria para as UCCI e a adaptação a um contexto com uma estrutura diferente da praticada noutros contextos mais antigos. Porém enfermeiros mais novos têm maior probabilidade de rotatividade, apresentando-se como desafio cativar os jovens enfermeiros a permanecerem nos seus locais de trabalho participando ativamente para o seu desenvolvimento – este instrumento trará conhecimento empírico para contrariar esta tendência.

Os cuidados de saúde prestados caracterizam-se pela interdisciplinaridade e complementaridade nos cuidados, sendo o grupo profissional de enfermagem o que mais tem investido neste processo de cuidar.

A criação das UCCI deu início ao novo contexto de prestação de cuidados, com uma estrutura, uma cultura e uma organização própria, ainda pouco estudado a nível nacional e para o qual este instrumento trará conhecimento empírico.

Introdução de um novo modelo conceptual centrado na avaliação biopsicossocial e da noção de que a pessoa é o centro dos cuidados

Introdução de novos paradigmas no modelo de trabalho e prestação de cuidados incorporados nas equipas de profissionais (multidisciplinaridade e interdisciplinaridade)

Desenvolvimento de um sistema único de registo e monitorização e novos interfaces de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados intervenientes (Hospitais e Centros de Saúde).

Ambiente de menos complexidade

Uma percentagem considerável de profissionais têm na RNCC o seu primeiro emprego

As práticas dos profissionais de saúde na RNCCI ainda são, em larga medida, marcadas pelas suas culturas profissionais de referência de outros contextos de onde são oriundos ou onde trabalham

5. Bibliografia

- Aiken, L., Clark, S., & Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 5-14.
- Doran, D., Sidani, S., Kealings, M., & Dode, D. (January of 2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), pp. 29-39.
- Grindel, C., K., P., M., K., & T., T. (1996). The practice environment project: a process for outcome evaluation. *JONA*, 29(5), pp. 43-51.
- Hirno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Caring Studies*, 133-134.
- Liu, K., You, L.-M., Chen, S.-X., Hao, Y.-T., Zhu, X.-W., Zhang, L.-F., & Aiken, L. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 1476-1485.
- OPSS. (2013). Relatório de Primavera: duas faces da saúde: Rede (Novembro de 2011). Crescer com Qualidade. 19. Aniversário: Paraténs REDE. 2.
- Slater, P., & McCormack, B. (2007). An Exploration of the Factor Structure of the *Nursing Work Index*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 30-39.
- Zurmehe, J., Martin, P. A., & Fitzpatrick, J. J. (2009). Registered nurse empowerment and intent to leave current position and/or profession. *Journal of Nursing Management*, 17, pp. 353-361.

Anexo 13 - Póster: 5º Congresso Internacional da APEGEL

Adaptação e Validação do *Nursing Work Index – Revised* para o idioma e contexto português



Patrícia Martins Benito ^{1,2}; Pedro Bernardes Lucas ³

¹ Unidade de Cuidados Continuados Integrados, Associação para o Bem-Estar Infantil de Vila Franca de Xira

³ Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Contacto: pbenito88@gmail.com

0. Introdução

Desde os anos 80 que o ambiente da prática dos cuidados tem sido objeto de análise, por se acreditar que a promoção de ambientes favoráveis seria fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (1,2).

Os resultados relacionados com a:

- satisfação e segurança do cliente (2),
- satisfação do profissional de enfermagem (2-6),
- organização (2-4, 7),

são resultados sensíveis à prática de enfermagem (8) que são afetados por fatores ambientais (2,4), tais como:

- Autonomia,
- Controlo sobre o ambiente de trabalho,
- Relações Enfermeiro-Médico,
- Suporte Organizacional,

afetando a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (6).

A *Nursing Work Index – Revised* (2) é um instrumento não validado para o contexto português e que tem demonstrado bons resultados na identificação de variáveis manipuláveis nas organizações que são importantes para os resultados de enfermagem.

Descritores: Enfermagem, Administração de Serviços de Saúde, Gestão em saúde, Estudos de Validação, Tradução.

1. Objetivo

Traduzir, adaptar e validar o *Nursing Work Index-Revised* para o contexto e cultura portuguesa, para ser aplicado em contexto de internamento hospitalar e em Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados.

2. Metodologia

Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitativo • Descritivo • Observacional • Transversal
Pergunta de Investigação	O NWI-R é um instrumento adequado para identificar as características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro em contexto de internamento em Portugal?
Critérios de Inclusão	Apresentarem uma gestão centrada na enfermagem, um diretor técnico enfermeiro e aceitarem participar no estudo até junho de 2014
PICO	<p>População = Amostra não probabilística de enfermeiros;</p> <p>Intervenção = Traduzir e validar a NWI-R para o contexto português de internamento;</p> <p>Comparações = Se existem;</p> <p>Outcomes = Adequação do NWI-R na identificação das características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro.</p>

Processo de Tradução

Título: *Nursing Work Index – Revised – Versão Portuguesa (NWI-R-PT)*
 Dimensões Relação Enfermeiro-Médico
 Itens: Excluíram-se 3 itens, ficando o NWI-R-PT com 54 itens e não com os 57 iniciais

Fiabilidade & Validade

NWI-R-PT	α	α (1)
Autonomia	0,785	0,85
Controle sobre a prática	0,831	0,91
Relação multidisciplinar	0,807	0,84
Suporte organizacional	0,833	0,84
Total dos itens	0,951	0,96

- Validade de Conteúdo: Peritos
- Validade prática: análise fatorial do tipo confirmatória.
- KMO > 0,5 e Bartlett's = 0,000

3. Resultados e Discussão

População

Total: 192 enfermeiros
 ♀: 83,9%
 < 30 anos de idade: 51,3%
 < 10 anos de atividade profissional: 69,8%
 Enf. Generalista: 69,8%

A predominância do género feminino traduz a tendência da profissão. A amostra é relativamente jovem, onde a maioria tem menos de uma década de experiência. A maioria dos enfermeiros presta cuidados diretos ao utente.

A dimensão Relação Enfermeiro-Médico foi desconsiderada em prol da dimensão Relação Multidisciplinar. Uma vez que o ensino está orientado para as relações multidisciplinares e para a descentralização da medicina nos cuidados aos utentes. O itens retirados não constituem influência no contexto português.

As dimensões Relação multidisciplinar ($\alpha=0,807$) e Suporte organizacional ($\alpha=0,833$) apresentaram uma boa fiabilidade tal como o estudo pioneiro (2). Relativamente às dimensões Controle sobre o ambiente de trabalho ($\alpha=0,831$) e Autonomia ($\alpha=0,785$) apresentaram resultados mais baixos que os do estudo pioneiro mas superiores a outros estudos semelhantes (6-7).

Os resultados demonstraram lacunas ao nível da dimensão Relação Multidisciplinar que será indicativo de que as instituições em questão necessitam de mais investimento ao nível do clima organizacional.

4. Conclusão

Este estudo demonstrou que o NWI-R-PT apresenta uma boa análise psicométrica, considerando-se, por isso, um instrumento adequado para identificar características do ambiente de trabalho das organizações de saúde que podem influenciar a prática profissional do enfermeiro, quando aplicado à cultura portuguesa ao contexto hospitalar e das unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

5. Bibliografia

1. Lake, E. T. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25(3): 176-188.
2. Aiken, Linda e Patricia. Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*. 2000; 45(3):146-153.
3. Kanao-Pak, Masako, et al. Poor work environments and nurse experience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17: 3324-3329.
4. Liu, Ke, et al. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21:1476-1485.
5. Gasparino, Renata C., Guirardello, Edinís de Brito e Aiken, Linda H. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20: 3494-3501.
6. Aiken, L., Sloane, D., Clark, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal of Quality in Health Care*. 2011; 23(4): 357-364.
7. Cortesou-Ward, Kendall H., Unruh, Lynn e Fottler, Myron D. The effect of work environment on intent to leave the nursing profession: a case study of bedside registered nurses in rural Florida. *Health Services Management Research*. 2010; 23: 185-192.
8. Doran DM. Nursing outcomes: the state of the science. 2nd ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2011.
9. Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. B. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. (I. F. Health, Ed.) Institute for Work & Health, Institut de Recherche sur le Travail et la Santé; 2007.