

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

Tradução e validação para a população portuguesa da
Anticipated Turnover Scale

Susana Isabel Rodrigues de Sul

Lisboa
2019

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, horizontal bands in various shades of green, resembling a stylized wave or a series of brushstrokes.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em
Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

Tradução e validação para a população portuguesa da
Anticipated Turnover Scale

Susana Isabel Rodrigues de Sul

Orientador: Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

"O grande diferencial, a principal vantagem competitiva das empresas, decorre das pessoas que nelas trabalham".

(Chiavenato, 1999)

"Nurses do not leave hospitals, they leave managers".

(Ribelin, 2003)

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

AGRADECIMENTOS

A todos os enfermeiros, aos que conheço e os que não conheço, aos que me ajudaram na realização deste estudo e a todos os outros, é um prazer fazer parte desta grande virtuosa classe.

Ao Professor Doutor Pedro Lucas por acreditar neste projeto e em mim; por ser um professor excepcional e dedicado. Uma verdadeira fonte de inspiração. E à Professora Doutora Teresa Potra pelo seus contributos fundamentais e espírito crítico que tanto me ajudaram.

À Doutora Atwood e Doutora Hinshaw pela disponibilidade e amabilidade bem como palavras de incentivo.

Ao Tiago, o meu porto de abrigo e à Sónia, a minha para sempre melhor amiga, a minha melhor metade.

Ao meu querido pai por acreditar sempre em mim, desde o início, antes de eu própria o fazer e à minha destemida mãe, pela sua determinação e coragem que sempre me inspiraram.

Aos meus avós, pelo carinho e exemplo de perseverança e generosidade, o mundo é um sítio melhor por vocês existirem.

Aos meus sogros, por completarem a minha família de forma tão perfeita.

À minha tia pelo seu entusiasmo em ter uma enfermeira na família, pelo seu apoio incondicional. À Ritinha, por ser a primeira grande responsabilidade que assumi e da qual muito me orgulho. E também à sua mãe, por confiar em mim.

Ao David e à Susana, por serem a parte alargada da família, os melhores amigos que alguém pode pedir, a muitos anos e concretização de projetos juntos.

À Sofia, a minha parceira de mestrado e de sonhos, sem ti não teria sido uma experiência tão boa.

Aos meus colegas do 3.1 por todas as trocas e disponibilidade que demonstraram para me ajudar a concluir este percurso.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

APA - *American Psychological Association*

ATS - *Anticipated Turnover Scale*

EOHSP - *European Observatory on Health Systems and Policies*

EUA - Estados Unidos da América

ICN - *International Council of Nursing*

ICNM - *International Centre on Nurse Migration*

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

WHO - *World Health Organization*

WMA - *World Medical Association*

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

RESUMO

Existe uma crescente preocupação relativamente à falta de recursos humanos em saúde, entre eles a falta de enfermeiros. A sua escassez e elevadas taxas de *turnover* provoca uma severa diminuição na qualidade dos cuidados que são prestados, pondo ainda em causa a sustentabilidade dos serviços de saúde, devido ao grande impacto no ambiente da prática de enfermagem bem como a nível económico e financeiro, onde a perda de um enfermeiro e sua posterior substituição representa um gasto enorme para as instituições de saúde. Promover a sua retenção é assim essencial. Os enfermeiros gestores poderão impulsionar a retenção e posterior sustentabilidade organizacional através da antecipação da intenção dos enfermeiros em sair e em última análise, evitar tal fenómeno. Verificou-se que não existe em Portugal uma escala que permita avaliar este intento nos profissionais de enfermagem, pondo em causa o sucesso dos esforços realizados por estes gestores. Existe, no entanto, nos EUA, um instrumento de medida denominado *Anticipated Turnover Scale* (ATS) que avalia esta intenção. Deste modo, o objetivo do presente estudo é o de adaptar culturalmente e linguisticamente a escala ATS, dando origem à versão portuguesa da mesma. Para tal, recorrendo a um estudo do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal, o instrumento foi validado numa amostra de 259 enfermeiros pertencentes a um centro hospitalar. A sua aplicação ocorreu entre os meses de dezembro 2018 e janeiro de 2019. Maioritariamente a amostra pertence ao sexo feminino (78,4%) e apresenta uma média (\bar{x}) de 35,8 anos. Para validação do questionário foi solicitada autorização aos autores da escala ATS original, bem como ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da instituição envolvida. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do *Alfa de Cronbach* onde se obteve 0,910, com a exclusão de dois itens, e através da determinação da sua estabilidade temporal, testada pelo teste-reteste com a correlação de *Pearson* que originou um valor de 0,794. A validade de conteúdo foi garantida pela realização do teste de compreensão e a validade de constructo através da análise fatorial, cuja análise de componentes principais deu origem a uma matriz constituída por um (1) fator que explicava 58,18% da variância total da escala, concluindo-se assim que a escala avalia um único constructo - a intenção de *turnover*.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Palavras-chave: validação; escala; *turnover*; gestão em enfermagem; ambiente da prática de enfermagem.

ABSTRACT

There is a growing concern regarding the lack of human resources in health care, among them the lack of nursing staff. Its scarcity and high turnover rates lead to a severe decrease in the quality of care that is provided, putting in jeopardy the sustainability of health services. The turnover phenomenon also has a great impact on the nursing practice's environment and on economical and financial terms, where the loss of a nurse and its posterior replacement constitutes an immense expense for health care institutions. Promoting their retention is therefore essential. The nurse managers can boost retention and improve organizational sustainability by anticipating nurses' intention to leave and ultimately avoiding such phenomenon. It was found that there isn't a scale in Portugal that allows to evaluate this intent in nursing staff, jeopardizing the success of managers' efforts. However, in the USA, there is a measuring instrument called Anticipated Turnover Scale (ATS) that evaluates this intention. Thus, the objective of this study is to adapt culturally and linguistically the ATS scale, creating its Portuguese version. For such, using a quantitative, observational and descriptive-transversal study, the instrument was validated on a sample of 259 nurses belonging to a Hospital Center. Its application occurred between the months of December 2018 and January 2019. The sample is mostly female (78,4%) and has a mean (\bar{x}) of 35,8 years old. For the validation of the questionnaire it was requested the authorization of the original authors of the ATS scale, as well as of the Administration Council and Ethics Committee of the involved institution. The reliability was guaranteed through the determination of internal consistency, tested using Cronbach's Alpha, which got a result of 0,910, with the exclusion of two items; and through the determination of its temporal stability, tested using test-retest with Pearson correlation that originated a value of 0,794. The content's validity was assured by the execution of the comprehension test and the construct's validity was guaranteed through the factorial analysis, whose Principal Component Analysis produced a matrix formed by one (1) factor that explained 58,18% of the scale's total variance, hence concluding that the scale evaluates only one construct - the turnover intention.

Keywords: validation; scale; turnover; nursing management; work environment.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

INDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. O fenómeno de <i>Turnover</i> em Enfermagem	7
2. Ambiente da Prática de Enfermagem	13
3. Gestão em Enfermagem.....	27
4. Tradução e Validação Psicométrica de instrumentos de medida em saúde	35
PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO.....	43
1. Problemática e Justificação do estudo	45
2. Instrumento de Recolha de Dados	49
3. Questões éticas e formais	51
4. Metodologia.....	55
4.1 .. Processo de Tradução e Adaptação da ATS	56
5. Apresentação e Discussão de resultados	65
5.1 Caraterização da Amostra.....	66
5.2 Análise Psicométrica	69
5.3 Análise Fatorial Confirmatória.....	74
CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

ANEXOS

Anexo I - Escala *Antecipated Turnover Scale*

APÊNDICES

Apêndice I - Pedido de autorização às autoras da ATS e posterior aprovação

Apêndice II - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Apêndice III - Aprovação do pedido de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética para a Saúde

Apêndice IV - Exemplar dos questionários entregues aos participantes

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

Apêndice VI - Versão Consenso de A e B

Apêndice VII - Retroversão para língua-origem (inglês)

Apêndice VIII - Resposta da autora (dúvida)

Apêndice IX - Escala de Intenção de *Turnover*

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Caracterização da amostra relativamente ao local de exercício profissional.....	68
---	----

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Índice de Figuras

Figura 1 - Referencial teórico explicativo da influência do ambiente da prática de enfermagem no fenómeno de <i>turnover</i>	18
Figura 2 - Esquematização explicativa dos três parâmetros essenciais de Dubois et al. (2012)	23
Figura 3 - Diagrama das funções do gestor (adaptado de Carvalho, Bernardo, Sousa & Negas, 2015)	28
Figura 4 - Diagrama da relação entre enfermeiros, enfermeiro gestor e ambiente da prática de enfermagem.....	33
Figura 5 - Diagrama explicativo do processo de validação de um instrumento de medida	41
Figura 6 - Diagrama explicativo do papel do enfermeiro gestor no evitamento do ciclo vicioso do <i>turnover</i>	46
Figura 7 - Processo de tradução da ATS	63
Figura 8 - Análise fatorial confirmatória para validação dos itens da escala.....	76

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Referencial teórico explicativo da influência do ambiente da prática de enfermagem no fenómeno de <i>turnover</i>	50
Tabela 2 - Duas traduções independentes da ATS (versão A e B).....	57
Tabela 3 - Comparação da versão original com a versão resultante da retroversão da ATS.....	58
Tabela 4 - Tempo de preenchimento da ATS nos diferentes grupos em que foi aplicada.....	59
Tabela 5 - Comparação entre as afirmações 1 e 10 (em português).....	59
Tabela 6 - Comparação entre as afirmações 1 e 10 (em inglês).....	59
Tabela 7 - Comparação entre a versão final e a versão prévia à realização do pré teste da afirmação 1	60
Tabela 8 - Comparação entre a versão final e a versão prévia à realização do pré teste da afirmação 10	60
Tabela 9 - Taxa de Resposta.....	65
Tabela 10 - Caraterização da amostra relativamente à faixa etária	65
Tabela 11 - Caraterização da amostra relativamente ao género (sexo)	66
Tabela 12 - Caraterização da amostra relativamente às habilitações académicas	67
Tabela 13 - Caraterização da amostra relativamente à categoria profissional.....	67
Tabela 14 - Caraterização da amostra relativamente ao tipo de vínculo	68
Tabela 15 - Caraterização da amostra relativamente à existência de emprego duplo	69

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Índice de Quadros

Quadro 1 - Comparação entre a versão original e a versão final da ATS.....	62
Quadro 2 - Valores de coeficiente de fiabilidade (<i>Alfa de Cronbach</i>) para cada item.....	64
Quadro 3 - Análise Fatorial para os 12 itens com <i>eigenvalue</i> de 1.....	71
Quadro 4 - Análise Fatorial para os 11 itens com <i>eigenvalue</i> de 1.....	72
Quadro 5 - Valores de coeficiente de fiabilidade (<i>Alfa de Cronbach</i>) para os 10 itens.....	73

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

INTRODUÇÃO

Uma grande preocupação atualmente sentida pelas instituições de saúde prende-se com a necessidade de rentabilizar os serviços de saúde, tornando-os mais eficientes com o menor custo possível. Os enfermeiros são o maior grupo representativo dos recursos humanos do SNS português, tendo-se contabilizado em 2016 um total de 69,486 enfermeiros em Portugal. No mesmo ano, especificamente em hospitais do SNS, contabilizaram-se 341,3 enfermeiros por cada 100 mil habitantes, sendo estes seguidos pelos médicos cuja expressão era de 201,9 profissionais por cada 100 mil habitantes nos hospitais do SNS (PORDATA, 2018). Apesar de se reconhecer a importância dos recursos humanos, os relatórios oficiais de gestão e de atividades das instituições de saúde tendem a dar relevância aos aspetos relativos à produtividade e de ordem financeira, colocando em segundo plano indicadores relacionados com a gestão de recursos humanos. Assim, questões como o *turnover*, absentismo ou doenças ocupacionais são ainda pouco estudadas em Portugal, sendo desvalorizado o seu impacto nos serviços de saúde (Vicente, 2015).

Ainda assim, os recursos humanos bem como a sua gestão têm gradualmente vindo a ser compreendidos como peças fundamentais e diferenciadoras de qualquer empresa, sendo que as organizações de saúde não são exceção. Nas últimas décadas, o elemento humano tem sido objeto de crescente interesse na literatura organizacional; a compreensão de que estes afetam diretamente a competitividade e produtividade de uma empresa, levou a que cada vez mais se procure compreender o impacto positivo ou negativo do comportamento humano na organização (Massano, 2012).

Os recursos humanos são considerados, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), verdadeiros agentes de mudança, representando o maior custo mas também o maior investimento a nível da saúde. O comportamento que estes desenvolvem nos seus locais de trabalho influencia diretamente o custo dos serviços de saúde e, por esse motivo, deve haver uma preocupação no desenvolvimento de ambientes de trabalho favoráveis a uma prática de cuidados de qualidade, que promova a retenção dos enfermeiros.

Apesar de por vezes desvalorizado, o impacto do fenómeno de *turnover* na sustentabilidade dos serviços de saúde é enorme. Este apresenta, para as instituições de saúde, uma série de consequências negativas, que rapidamente ultrapassam os poucos benefícios que este fenómeno poderá oferecer. O *turnover* afeta a própria instituição que vê os custos económicos aumentar fruto da necessidade de recrutar, contratar e integrar novos elementos (Fallatah, Laschinger & Read, 2017; Halter, Boiko, Pelone, Beighton, Harris, Gale, Gourlay & Drennan, 2017); afeta os enfermeiros que ficam na organização, uma vez que estes ficam sobrecarregados, com menos elementos nas equipas ou responsáveis pela integração de novos colegas, diminuindo ainda a coesão da equipa e afetando o ambiente da prática de enfermagem (Galleta, Portoghese, Carta, D'Aloja & Campagna, 2016; Jangland, Nyberg & Yngman-Uhlin, 2017); e, por fim, as consequências atingem ainda os próprios utentes que, pela perda de capital intelectual e muitos anos de experiência dos enfermeiros que saem, são sujeitos a procedimentos inconsistentes que põem em causa a sua segurança, havendo consequentemente uma diminuição da qualidade dos cuidados que lhes são prestados e da sua satisfação com os serviços de saúde (Jones, 2008; Jangland, Nyberg & Yngman-Uhlin, 2017; Fallatah, Laschinger & Read, 2017). Assim, será importante conseguir antecipar este fenómeno e procurar evitá-lo.

Em Portugal não existe uma ferramenta que permita fazer a avaliação do *turnover* ou sua intenção especificamente em enfermeiros. Assim, pela importância e pertinência do fenómeno também em contexto nacional, considerou-se importante validar e adaptar para a população portuguesa uma escala que o permitisse fazer. A *Anticipated Turnover Scale* (ATS), desenvolvida por Hinshaw e Atwood em 1984, tem por objetivo exatamente avaliar a intenção dos enfermeiros em abandonar a sua atual posição laboral e, tem sido amplamente utilizada nos Estados Unidos da América (EUA) ao longo dos anos, com fortes indicadores da sua validade e fiabilidade.

Assim, partindo da questão de investigação: "Será que a *Anticipated Turnover Scale* apresenta características psicométricas para a população portuguesa?", delineou-se o objetivo geral de "adaptar culturalmente e linguisticamente a escala ATS, dando origem à versão portuguesa da mesma", bem como os seguintes objetivos específicos:

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

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

Delineou-se neste estudo quantitativo a existência de duas diferentes categorias. A primeira, denominada enquadramento teórico, onde se contextualiza o assunto numa perspetiva de fundamentação teórica, abordando-se o fenómeno de *turnover*, o ambiente da prática de enfermagem, a gestão em enfermagem e ainda, métodos de tradução e validação psicométrica de instrumentos de medida em saúde. A segunda parte, identificada como estudo empírico, onde é desenvolvida a metodologia e apresentados e discutidos os dados que conduziram à adaptação e validação da ATS. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo, bem como as referências, anexos e apêndices referentes ao mesmo.

O presente trabalho teve por base uma revisão *scoping* da literatura sobre as causas e consequências do fenómeno de *turnover* em enfermagem, submetida a publicação, e a partir da qual surgiu o interesse de continuar a aprofundar e estudar o tema presente nesta dissertação.

O estudo foi elaborado segundo as normas APA (*American Psychological Association*), de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2018) e encontra-se escrita conforme o novo acordo ortográfico.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

1 - O FENÓMENO DE *TURNOVER* EM ENFERMAGEM

O *turnover* tem sido estudado em diferentes áreas do conhecimento, pois de facto para a compreensão deste fenómeno é necessário mobilizar uma série de vários saberes, de várias disciplinas, desde economia, psicologia, gestão e comportamento organizacional. O seu entendimento pleno terá de incluir uma análise multidisciplinar. Globalmente, pode afirmar-se que o *turnover* consiste na saída de um colaborador da empresa onde exerce funções (Dessler, 2017). Morrel, Loan-Clarke & Wilkinson (2001, p.220) acrescentam que *turnover* é "a cessão voluntária da adesão de um empregado relativamente à sua organização". Ambos os autores supracitados reconhecem a necessidade de apresentar a dicotomia *voluntário/involuntário* quando se aborda o *turnover*. Assim, esclarecem que o *turnover* voluntário é o que ocorre quando o empregado decide abandonar determinado local de trabalho, estando muitas vezes esta decisão relacionada com insatisfação laboral, não sendo no entanto a única razão para tal fenómeno; por sua vez, o involuntário dá-se por decisão independente ao empregado mas que o afeta e o leva a ter de abandonar a organização, como é o caso de haver necessidade de reduzir a força de trabalho ou *performance* insatisfatória por exemplo (Morrel, Loan-Clarke & Wilkinson, 2001; Dessler, 2017).

O *turnover* pode ainda ser *externo* ou *interno*, consoante exista cessão de funções contratualizadas ou apenas mobilidade dentro da mesma empresa, respetivamente (Huber, 2006). Em enfermagem o *turnover* pode ser interno quando o enfermeiro muda de unidade de trabalho, exercendo funções noutros serviços da mesma instituição; ou externo quando a abandona por completo. Pode ainda falar-se de *turnover* quando o enfermeiro abandona a profissão (Barlow & Zangaro, 2010).

Na literatura portuguesa aparecem por vezes como sinónimos de *turnover*, rotatividade ou mobilidade, mas no presente trabalho optou-se por manter a palavra em inglês, por ser a que mais rigor apresenta na sua significação. Segundo Chiavenato (2010, p. 88) rotatividade refere-se "ao fluxo de entradas e saídas de pessoas numa organização", o que não está exatamente de acordo com o fenómeno em estudo, que é a saída voluntária do seu atual presente emprego. Ao longo do estudo, entende-se ainda

intenção de *turnover* como sinónimo de intenção em abandonar o cargo e/ou local de trabalho atual.

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

Na Europa, o risco de *turnover* dos enfermeiros foi aferido num estudo de Heinen, Achterberg, Schwendimann, Zander, Matthews, Kózka, Ensio, Sjetne, Casbas, Ball & Schoonhoven (2013), onde se avaliou em 10 países da União Europeia a intenção dos enfermeiros em abandonar o seu local de trabalho, os resultados revelaram que 33% dos enfermeiros europeus considera abandonar o seu emprego e 9% pensa mesmo abandonar a profissão. Neste estudo analisaram-se múltiplas variáveis, como o *burnout*, ambiente de trabalho e, entre outras, a intenção de *turnover*. Cada uma das variáveis foi testada com recurso a um instrumento de recolha de dados diferente, sendo que para a intenção de *turnover* recorreu-se a duas questões elaboradas pelos investigadores relativamente à intenção dos enfermeiros em abandonar o seu emprego e mesmo a profissão.

O *turnover* não deve ser automaticamente considerado como um fenómeno negativo, pois oferece possibilidades no que toca à possível entrada de novos elementos que se encontrem motivados e promovam a inovação a médio prazo no serviço que os acolhe. No entanto tem um grande potencial negativo, uma vez que a este processo de saída está associado a uma grande perda de capital intelectual bem como uma ameaça às dotações seguras, à segurança e à qualidade dos cuidados, aumentando tempos de internamento hospitalares, perda de utentes para outras instituições de saúde por falta de recursos e aumento da ocorrência de incidentes (Marquis & Huston, 2012). É ainda um processo dispendioso no que toca ao recrutamento, contratação e integração de novos enfermeiros, pondo em causa a sustentabilidade dos serviços de saúde (Kovner, Brewer, Fatehi & Jun, 2014; Hunt, 2009). De acordo com o estudo de Colosi (2016), o custo da saída de um enfermeiro, em contexto hospitalar nos EUA, revê-se num gasto entre 37

700 dólares a 58,400 dólares, representando para as organizações uma tremenda adversidade na procura de lucro e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Os gastos provocados pelo fenómeno de *turnover* acarretam uma grande sobrecarga financeira para as organizações que se veem obrigadas a substituir os enfermeiros. Mas os gastos vão muito além da necessidade de contratação e formação de novos profissionais. E começam logo a notar-se após a saída dos profissionais, quando, por um período mais ou menos prolongado, os colegas que permanecem ficam sobrecarregados pela diminuição dos rácios. Aiken, Sloane, Bruyneel, Heede, Griffiths, Busse, Diomidous, Kinnunen, Kózka, Lesaffre, McHugh, Moreno-Casbas, Rafferty, Schwendimann, Scott, Tishelman, Achterberg & Sermeus, (2014) mostraram que a mortalidade variava de hospital para hospital mas havia uma relação evidente entre o aumento da mortalidade e o aumento do número de utentes por enfermeiro. Estudos comprovam o papel essencial dos enfermeiros nos *outcomes* dos utentes, ainda assim, continuam a ser evidentes as tentativas recorrentes de tentar minimizar ao máximo os gastos com o pessoal de enfermagem, não se compreendendo que o desinvestimento nestes profissionais está associado ao aumento de complicações na situação clínica dos utentes, o que resulta em gastos adicionais com necessidade de recurso a testes de diagnóstico adicionais, cirurgias, medicação e internamentos mais prolongados que obviamente representam gastos financeiros avolumados (Aiken, Cerón, Simonetti, Lake, Galiano, Garbarini, Soto, Bravo & Smith, 2018).

Atualmente, segundo dados da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2017), a retenção de enfermeiros europeus tem aumentado, ficando este facto a dever-se a dois fatores: por um lado o impacto sentido pela crise financeira levou a que estes profissionais, satisfeitos ou não, tenham optado por se manter na profissão e outros até regressar à sua prática; por outro lado, o esforço que tem vindo a ser desenvolvido por melhorar as condições de trabalho parece começar agora também a surtir algum efeito. Ainda assim, segundo a OECD (2017) a promoção da retenção de enfermeiros mantém-se uma prioridade a nível da saúde, uma vez que estes desempenham um papel essencial na promoção da saúde das pessoas e comunidades.

Nos EUA por sua vez, a taxa de *turnover* tem continuado a aumentar, sendo que a média nacional em 2016 se encontrava nos 17,2%, representando um aumento de 0,8% relativamente ao ano de 2014 (Colosi, 2016).

A problemática atual prende-se essencialmente com a crescente preocupação que, apesar dos esforços, num futuro próximo haverá falta de enfermeiros, ficando as principais razões a dever-se ao envelhecimento da população e às condições de trabalho destes profissionais, que continuam a não ser as mais favoráveis, bem como ao fim da profunda crise financeira vivida até aqui (OECD, 2017). Segundo a WHO (2013) e o *International Council of Nursing (ICN)* (2018) está estimado que até 2030 irá existir um défice mundial de cerca de 9 milhões de enfermeiros.

No caso específico de Portugal, começou por ter no ano 2000 uma média de enfermeiros *per capita* bastante afastada da média dos países da OECD, mas tem vindo nos últimos anos a convergir, sendo que atualmente conta com 6,3 enfermeiros por cada 1000 habitantes, o que ainda assim, fica bastante aquém da média de 9 enfermeiros por cada 1000 habitantes da OECD (OECD, 2017). No entanto, há que considerar que alguns destes países, para combater a falta de enfermeiros qualificados, têm vindo a substituí-los por assistentes de saúde, enfermeiros menos qualificados, reduzindo a massa salarial. Encontrando-se estes também representados nesta média.

O fenómeno da emigração que se tem assistido nos últimos anos nos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros põe também em causa a sustentabilidade dos serviços de saúde, motivo pelo qual o relatório da OECD & *European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP)* (2017) aponta para a necessidade extrema de conseguir motivar os profissionais, contendo e invertendo a sua intenção em sair do país.

Para poder intervir adequadamente e promover a retenção de enfermeiros é necessário antes de mais conhecer quais são os maiores grupos de risco. Segundo Colosi (2016) enfermeiros a trabalhar em serviços de emergência, medicina e cirurgia têm consistentemente apresentado níveis de *turnover* superiores à média nacional nos EUA, podendo por isso considerar-se que estes serão alguns dos locais onde se deverá intervir com mais urgência. Depois, um estudo de Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä (2010),

refere também que os grupos de enfermeiros com maior propensão a abandonar o seu serviço ou mesmo a profissão são os enfermeiros mais jovens, os mais qualificados e os do sexo masculino.

O fenómeno de *turnover* em enfermagem, aliado à escassez mundial de recursos humanos especificamente no contexto de enfermagem, tem vindo a ganhar relevância. Assim, surgiu recentemente a campanha global de 3 anos (2018-2020) apelidada *Nursing Now* que, em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermagem e a Organização Mundial de Saúde, pretende oferecer uma oportunidade de sensibilização e consciencialização, da sociedade em geral e do poder político, para a importância extrema dos enfermeiros na manutenção e promoção da sustentabilidade dos serviços de saúde, procurando impulsionar o investimento nesta área, tornando a profissão de enfermagem mais atrativa, empoderando e valorizando-a. Esta é uma campanha que conta com a participação da duquesa de Cambridge, Kate Middleton, como madrinha desta causa, sendo a mesma desenvolvida de momento em 16 diferentes países. Até ao fim de 2020 a campanha pretende, entre outros objetivos, eliminar a falta mundial de 9 milhões de enfermeiros que se prevê existir até 2030 (WHO, 2018).

Apoiando esta iniciativa, surgiu também um relatório do ICNM (2018) onde se analisou o poder de compra dos enfermeiros a nível mundial e percebeu-se que existe uma enorme estagnação salarial, motivada pela falta de investimento nos serviços de saúde. Este facto tem vindo a propiciar a ocorrência do fenómeno de *turnover* e o relatório aponta para a necessidade extrema de priorizar o desenvolvimento de estratégias sustentáveis para melhorar as condições de trabalho, quer a nível financeiro quer não financeiro, procurando entre outros, melhorar o ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

2 - O AMBIENTE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Nightingale (2010) foi a primeira no âmbito da enfermagem a interessar-se pelo estudo do ambiente, apesar de nunca ter utilizado o termo, esta debruça-se na sua obra sobre a necessidade de ar puro, limpeza, claridade e luz, água potável e eficiente drenagem de resíduos. Esta é uma visão que, apesar de ainda hoje correta e considerada essencial, pode considerar-se incompleta, uma vez que se debruça apenas sobre o ambiente físico. Ainda assim, a autora promove e sensibiliza pela primeira vez para a necessidade de se investir no ambiente circundante, por forma a manter ou recuperar a saúde. Esta é uma ideia absolutamente essencial relativamente ao papel fundamental do ambiente na promoção do bem estar e saúde dos indivíduos.

O carácter essencial do ambiente revê-se também no facto deste ser apresentado no metaparadigma da disciplina de enfermagem, entendido como um dos quatro conceitos principais que fundamentam a sua prática, sendo estes a pessoa, a saúde, a enfermagem e o ambiente. Este último apresenta-se descrito como sendo "o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem" e que é constituído por "elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 10).

Na prática de enfermagem, o ambiente é visto como essencial na procura pela qualidade dos cuidados, mas tem vindo a ser mais considerado a nível de intervenções de enfermagem de cariz técnico encaradas como prioritárias, como a redução dos acidentes, quedas e infeções nosocomiais (Lopes, 2015). A ação do enfermeiro é assim amplamente influenciada pelo ambiente e é conduzida de forma a que este focalize a sua intervenção na complexa interdependência da pessoa/ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A preocupação em manter a saúde dos indivíduos, enquanto profissionais no seu local de trabalho é uma realidade mais recente, a WHO (2010) definiu o conceito de ambiente de trabalho saudável, como sendo aquele considerado ideal e que se deve procurar obter em qualquer organização, sendo este

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

A promoção da segurança, higiene e saúde no trabalho de todos os trabalhadores, incluindo os profissionais de saúde, em Portugal foi também legislada e tem em vista a proteção do trabalhador face às condições adequadas que necessita para exercer as suas funções (Lei nº 102/2009 de 10 de setembro, 2009). No entanto, a definição oferecida pela WHO (2010) é bastante mais abrangente e demonstra que a preocupação por um ambiente de trabalho saudável vai além do ambiente físico e revê-se no ambiente social e psicológico que se estabelece pelos colaboradores entre si e também com a própria empresa (WHO, 2010). Ambientes de trabalho com elevados níveis de *stress*, onde existe a perceção por parte do colaborador de que a sua capacidade para dar resposta às exigências do seu trabalho se encontram postas em causa, resultam em reações desfavoráveis como: *stress*, cansaço, *turnover*, absentismo, menor concentração, ansiedade, *burnout*, entre outros. Este tipo de ambientes põem em causa a saúde dos profissionais e deterioram a sua capacidade de *coping* (Khamisa, Oldenburg, Peltzer & Ilic, 2015).

As necessidades de tratamento e cuidados de enfermagem preconizados por *guidelines* presentes nas organizações prestadoras de cuidados de saúde têm vindo a atingir patamares de excelência ao mesmo tempo que se tem vindo a tentar reduzir ao máximo os custos daí provenientes. Esta exigência entra muitas vezes em conflito com a redução de determinados recursos humanos e/ou materiais, destabilizando a capacidade de resposta por parte dos profissionais de saúde que acabam por se ver limitados, desencadeando um clima de *stress* e fadiga e pondo em causa a segurança dos utentes (Lopes, 2015).

O ambiente de trabalho onde se desenvolve, especificamente, a prática de enfermagem é um tema essencial nos dias de hoje tendo em conta a falta de enfermeiros a nível mundial. Melhorar o ambiente onde os enfermeiros exercem a sua prática é

considerado essencial por forma a reter os enfermeiros, impedindo o fenómeno de *turnover*, e garantindo a qualidade dos cuidados (Lake, 2007).

A intenção em abandonar a profissão de enfermagem encontra-se profundamente relacionada a causas pessoais e individuais; por outro lado, a intenção em abandonar o local onde se exerce funções, mas mantendo o exercício profissional de enfermagem é um fenómeno bastante mais comum e deve-se sobretudo a causas organizacionais relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem (Simon, Muller & Hasselhorn, 2010; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes, Laschinger & North, 2012; Leineweber, Chungkham, Lindqvist; Westerlund, Runesdotter, Alenius & Tishelman, 2016).

O ambiente da prática de enfermagem pode ser entendido, segundo Lake (2007), como aquele que permite ao enfermeiro exercer as suas funções ao mais alto nível da sua prática clínica, trabalhando de forma eficaz numa equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, onde este consegue mobilizar recursos rapidamente. Devendo ser um ambiente que realce por um lado a satisfação laboral e, por outro, a qualidade dos cuidados. O ambiente da prática de enfermagem pode ainda ser caracterizado pela sua exigência de tomada de decisão constante, segundo Papastavrou, Efstathiou, Acaroglu, Luz, Berg, Idvall, Kalafati, Kanan, Katajisto, Leino-Kilpi, Lemonidou, Sendir, Sousa, & Suhonen (2012) este é entendido como um complexo ambiente social onde há uma necessidade contínua de tomar decisões por parte dos profissionais individualmente, em grupo e/ou em conjunto com os utentes.

Segundo o ICN (2007, p.5) um dos motivos mais preponderantes pelo qual existe uma carência global da força de trabalho de enfermagem deve-se a “ambientes de trabalho pouco saudáveis, que enfraquecem o desempenho ou contribuem para o alheamento dos enfermeiros e os afastam de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão”. Assim, pode-se aferir que se os enfermeiros não dispuserem de ambientes favoráveis poderão sentir-se desencorajados e abandonar o seu cargo, emprego ou mesmo a própria profissão.

O ambiente da prática de enfermagem desempenha um papel fundamental na satisfação dos enfermeiros que aí exercem funções, estando também associados, quando

existem ambiente favoráveis, a baixos níveis de *burnout* e maior retenção de enfermeiros, bem como melhor qualidade de cuidados percebida pelos utentes (Lake, 2007).

O ambiente da prática de enfermagem revê-se nas relações interpessoais que se estabelecem com colegas, o estilo de liderança do enfermeiro gestor bem como a cultura e clima vivido na instituição (Hayes et al., 2012). Promover ambientes onde os profissionais de enfermagem se sentem ouvidos, estabelecem boas relações entre membros da equipa, identificam-se com os valores da instituição e se sentem eles próprios valorizados pelo enfermeiro gestor e pela própria instituição aumenta o seu comprometimento organizacional, reduzindo a probabilidade de ocorrência do fenómeno de *turnover* (Galleta et al., 2016).

Uma questão muito interessante encontrada muitas vezes na literatura, e que se relaciona em grande medida com o ambiente da prática de enfermagem, prende-se com o conflito interno muitas vezes sentido pelos enfermeiros por considerarem que não estão a prestar cuidados de qualidade com os quais se identificam e que, por esse motivo, não se encontram a ser autênticos nem eficazes na sua prática, havendo um grande sentimento de descomprometimento relativamente à organização que representam, levando a que a queiram abandonar (Fernet, Trépanier, Demers & Austin, 2017; Waeyenberg, Decramer & Anseel, 2015). Esta questão encontra-se visada pela Ordem dos Enfermeiros (2012) que define como padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do seu exercício profissional. Quando esta satisfação se encontra comprometida, a vontade de permanecer no presente local de trabalho poderá diminuir e os níveis de *stress* laboral aumentar (Boamah & Laschinger, 2016).

No documento da Ordem dos Enfermeiros (2012) sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, encontra-se também visada a necessidade de garantir um número adequado de enfermeiros face às necessidades de cuidados de enfermagem. Esta é uma problemática que muitas vezes se encontra presente devido ao fenómeno de *turnover*, que põe em causa dotações seguras e a própria segurança do cliente (Jangland, Nyberg & Yngman-Uhlin, 2017). Com a presença de tais comprometimentos, o *turnover* tende a gerar mais *turnover*, uma vez que os enfermeiros que ficam vêm-se

sobrecarregados e desmotivados, levando a que os próprios considerem abandonar a sua posição laboral (Chênevert, Jourdain & Vandenberghe, 2016).

Outra questão relacionada com o ambiente mas também com a qualidade dos cuidados de enfermagem prende-se com as políticas organizacionais de formação contínua dos enfermeiros, esta é uma questão também prevista pela Ordem dos Enfermeiros (2012) como sendo essencial para que existam cuidados de enfermagem de qualidade. Ambientes que não sejam promotores do desenvolvimento profissional estão também profundamente ligados ao fenómeno de *turnover*, uma vez que ambientes com poucas oportunidades de formação e falta de progressão e desenvolvimento profissional tendem a apresentar taxas de *turnover* mais elevadas (Poeira & Mamede, 2011). Os próprios enfermeiros gestores acabam por ter de se focar em conseguir adquirir e obter formação de base para os novos membros da equipa de enfermagem, ficando com menos tempo disponível para desenvolver iniciativas de melhoria da qualidade com os membros mais antigos da equipa, que ficam eles próprios sobrecarregados com a integração de novos elementos (Porter, McNulty, Fitzpatrick & Kolcaba, 2010). Serviços com elevadas taxas de *turnover* tendem a sofrer as consequências deste fenómeno de forma bastante severa e acentuada, pois a qualidade dos cuidados é profundamente afetada uma vez que estes levam consigo uma vasta gama de conhecimentos especializados que adquiriram ao longo dos anos (Porter et al, 2010). O ambiente da prática de enfermagem fica também irremediavelmente afetado havendo uma clara diminuição da coesão da equipa e diminuição da qualidade das relações (Fallatah, Laschinger & Read, 2017).

O ambiente da prática de enfermagem é extremamente relevante quando o assunto em discussão é o *turnover*, este acaba por ser um fator determinante na identificação tanto das causas como consequências deste fenómeno. Compreender a influência do ambiente, torna-se portanto primordial na compreensão do fenómeno de *turnover*. Assim, com esse objetivo, elaborou-se um referencial teórico que compreende a análise e interligação entre os seguintes autores e os seus conceitos:

- Modelo de Iniciado a Perito, de Patricia Benner (2001)

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

Estes acabam por se interligarem e servirem, em conjunto, como forma de consciencialização da profunda influência do ambiente da prática de enfermagem na propagação ou não do fenómeno de *turnover*.

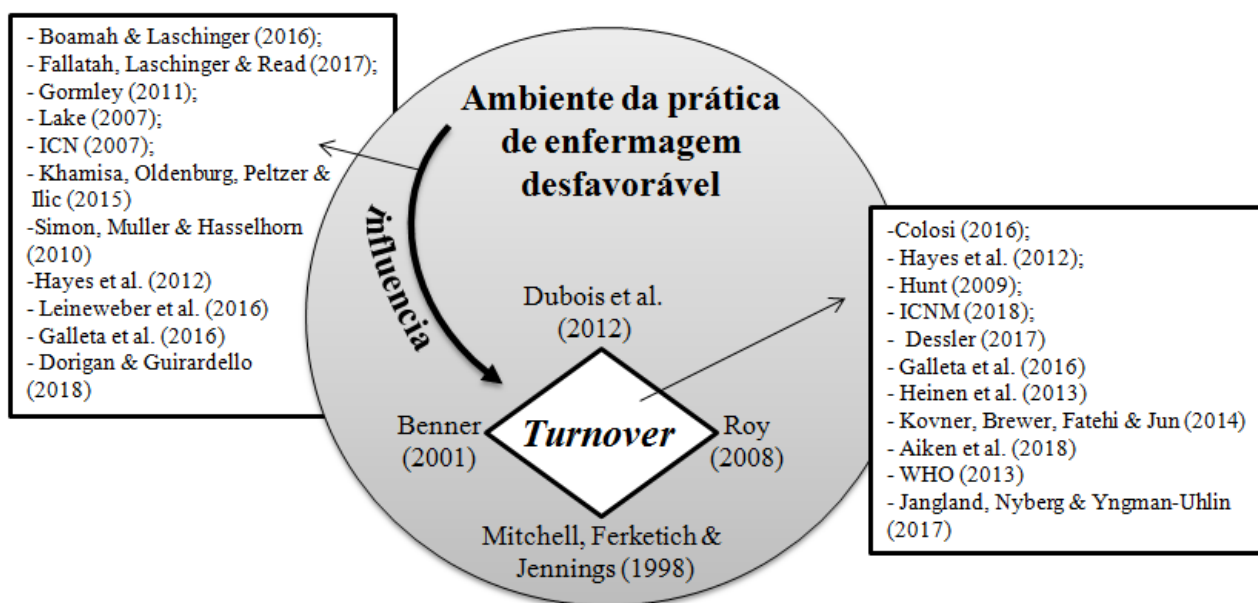


Figura 1 - Referencial teórico explicativo da influência do ambiente da prática de enfermagem no fenómeno de *turnover*

O Modelo de Benner (2001) que prevê o processo de aprendizagem que decorre entre iniciado a perito, pode ser utilizado como meio de consciencialização para os efeitos prejudiciais de elevadas taxas de *turnover*. A autora refere que “a complexidade do papel da enfermeira (...) torna as substituições muito onerosas” e entra em “contradição total com a noção de cuidados de qualidade” (Benner, 2001, p.200).

Na sua obra Benner (2001) identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo que o primeiro se caracteriza por não possuir nenhuma experiência e o seu desempenho ser baseado no cumprimento de instruções e normas. O presente modelo dá ênfase na experiência profissional, considerando que o conhecimento prático adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial associados a uma prática reflexiva são os fatores essenciais para atingir gradualmente o último estadió denominado de perito; neste, os enfermeiros têm já uma enorme experiência e atuam de forma intuitiva perante cada situação, lidando com elas de forma holística e com grande eficiência. Este é um processo de aquisição de competências lento e extremamente dinâmico que vai sofrendo alterações ao longo do tempo, sendo possível regressar a estadios anteriores, sempre que o enfermeiro muda o seu contexto laboral. Nestas situações é certo que o enfermeiro mantém a sua experiência profissional mas perante tal mudança terá de voltar a adquirir uma série de novas aprendizagens clínicas e conhecimento prático que são próprios de determinado contexto de trabalho de enfermagem.

Este modelo é bastante pertinente perante o fenómeno de *turnover*, uma vez que, segundo Benner (2001), enfermeiros que "mudam constantemente de serviço, não chegam a atingir a perícia, porque não ficam o tempo suficiente no mesmo ambiente para apreenderem todos os elementos e particularidades de uma determinada competência" (p.202). O ambiente é definido por Benner (2001) como sendo o local onde se desenvolve a prática de enfermagem, e que permite adquirir competências e conhecimentos que levam ao desenvolvimento profissional do enfermeiro. Assim, pode inferir-se que, no modelo de Benner (2001), o ambiente é visto como sendo essencial no desenvolvimento de aquisição de competências avançadas e especializadas, onde os enfermeiros desenvolvem uma tomada de decisão complexa.

O abandono da sua atual posição laboral por parte de enfermeiros em estadios de aquisição de competências avançados representa uma grande perda de capital intelectual para as organizações, uma vez que estas perdem elementos essenciais para a garantia de manutenção de qualidade e sustentabilidade dos cuidados de enfermagem. Além do mais, segundo Hayes et al. (2012), quantos mais anos de experiência profissional se tem num determinado contexto, menor será a intenção em abandonar a sua presente

posição laboral. Assim, promover a aquisição de competências e desenvolvimento profissional até ao nível de perito poderá ser importante por forma a reduzir a ocorrência do fenómeno de *turnover*.

Examinando também o Modelo de Adaptação de Roy, considera-se que o ambiente no qual o indivíduo se encontra inserido tem o potencial para o afetar. O ambiente é visto, neste modelo, como o que "inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa" (Roy & Andrews, 2008, p.32) e lhe fornece os mais variados estímulos.

Ainda que do âmbito de enfermagem, o ambiente descrito e estudado por Roy (2009) é muito mais global do que o que no presente estudo se analisa – o ambiente da prática de enfermagem. Ainda assim, é deveras interessante a reflexão relativamente à influência que o ambiente externo tem nos indivíduos que nele se encontram, levando ao aparecimento de respostas adaptativas por parte dos mesmos. Esta é uma ideia que será desenvolvida em seguida através do modelo de Roy (2009) e que se pode enquadrar no estudo, uma vez que, fazendo o paralelo, o *turnover* pode ser encarado como uma resposta adaptativa a um estímulo externo do ambiente – neste caso, do ambiente da prática de enfermagem.

Segundo Roy & Andrews (2008), os estímulos podem ter três diferentes categorias: focais, contextuais ou residuais. A junção destes estímulos levará a um determinado nível de adaptação, levando a respostas por parte das pessoas, que poderão ser adaptáveis ou ineficazes.

Um estímulo focal é o estímulo que mais imediatamente confronta a pessoa atraindo a sua atenção. Tendo em conta que o ambiente está em constante mutação, muitas vezes um estímulo nunca chega a ser focal. A esses estímulos dá-se o nome de contextuais, apesar de estarem presentes em determinada situação e influenciarem a adaptação da pessoa, não são o seu centro de atenção. Ainda assim, têm o potencial de atenuar ou acentuar os estímulos focais. Por fim, existem ainda os estímulos residuais que são fatores ambientais dos quais a pessoa não possui consciência e que apesar dos efeitos não serem centrais são fatores influenciadores de determinada situação (Roy & Andrews, 2008).

Relativamente ao nível de adaptação de uma pessoa, segundo Roy & Andrews (2008), reconhece-se que a forma como se lida com uma situação está associada às exigências da situação e às condições internas atuais da pessoa, levando a uma resposta por parte da mesma. Esta resposta é resultado dos estímulos que ativam os mecanismos de resistência da pessoa e levam à sua adaptação enquanto sistema adaptável. A resposta ou comportamento revê-se nas ações internas e reações da pessoa sob circunstâncias específicas e que mostram se esta se encontra a adaptar bem ou não à mudança no ambiente.

As respostas adaptáveis são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos dos seus objetivos de adaptação. Por outro lado, as respostas ineficazes são aquelas que, se continuarem por algum tempo, ameaçam a sobrevivência, o crescimento, a reprodução ou o domínio (Roy & Andrews, 2008).

Quando se considera o *turnover*, e tendo por base o modelo de adaptação de Roy (2008), pode supor-se que o ambiente da prática de enfermagem onde o enfermeiro exerce funções, fornece ao mesmo um indeterminável número de estímulos, que requerem conseqüentemente uma resposta adaptável ou ineficaz. Um estímulo focal poderá, por exemplo, ser uma relação disfuncional estabelecida com o enfermeiro chefe, em conjunto com outros estímulos contextuais e residuais, como alto conflito trabalho-família ou falta de reconhecimento profissional, pode levar a que o enfermeiro não consiga adaptar-se à presente situação laboral e opte por abandonar o serviço ou mesmo a instituição. Uma ideia essencial a reter através da análise deste modelo é que de facto a pessoa e o ambiente estão em constante interação um com o outro e, por esse motivo, intervir sobre o mesmo é essencial por forma a conseguir lidar com a mudança e desenvolver respostas adaptáveis.

Considerando, por sua vez, o estudo de Dubois et al. (2012), modelos conceituais são reconhecidos como instrumentos chave para organizar e compreender sistemas de prestação de serviços. Estes ajudam a identificar os principais componentes de um determinado sistema de prestação de cuidados e ilustram os processos e as relações que estes estabelecem com os recursos existentes por forma a atingir *outcomes* específicos num determinado contexto.

Preocupações relativamente à falta de dotações seguras e escassez de enfermeiros tem levado a que se investiguem novos modelos relativamente à gestão dos recursos humanos e os *outcomes* para os utentes, mas esta procura tem se focado em características muito específicas e aspetos limitados da ação de enfermagem, ignorando a interdependência dos seus constituintes, como por exemplo, especificamente, as práticas de gestão e organização dos cuidados. Dubois et al (2012) referem então que, tendo em conta a crescente complexidade dos contextos de enfermagem e seu ambiente, é necessário compreender a realidade vivida na prestação de cuidados, focando-se cada vez mais em fatores que estudem as características específicas dos contextos em que se prestam cuidados, bem como a natureza desses mesmos cuidados, os processos que produzem *outcomes* para os utentes e os fatores que influenciam esse processo. Estes autores apontam que modelos de organização dos cuidados de enfermagem refletem a sua influência em três parâmetros essenciais: o pessoal de enfermagem, o âmbito da prática e o ambiente de trabalho.

Relativamente ao **pessoal de enfermagem**, este é visto como parâmetro essencial da prática de enfermagem eficaz, sendo necessário avaliar e determinar qual o apropriado número e tipos de competências necessários dos recursos humanos de enfermagem para dar resposta a um determinado contexto de prestação de cuidados (Dubois et al, 2012).

Depois, no que toca ao **âmbito da prática**, este deve também ser um aspeto considerado como essencial nos modelos de organização dos cuidados de enfermagem, uma vez que visam a prática, um componente significativo que identifica os cuidados que efetivamente correspondem às necessidades dos utentes e a compreensão do que isso representa em termos das capacidades e conhecimentos dos enfermeiros no dia-a-dia (Dubois et al, 2012).

Por fim, o **ambiente de trabalho** é outra dimensão fundamental. A garantia de que estão a ser prestados os melhores cuidados de enfermagem não depende apenas do pessoal de enfermagem, nem do âmbito da prática mas engloba também o ambiente em que os enfermeiros prestam os cuidados, sendo esta uma dinâmica recíproca em que um influencia o outro constantemente. Isto significa que é também extremamente pertinente

investir na criação de ambientes positivos por forma a criar nas organizações modelos de organização dos cuidados de enfermagem eficazes e inovadores (Dubois et al, 2012).

Segundo Dubois et al. (2012), estes três constituintes supracitados, encontram-se altamente relacionados e influenciam-se mutuamente. A compreensão desta base teórica apresentada pelos autores confere maior clareza relativamente aos componentes chave que compõem a organização dos cuidados de enfermagem, visando em última análise o desenvolvimento de intervenções que visem a sua melhoria. Esta ideia encontra-se esquematizada na figura 2.

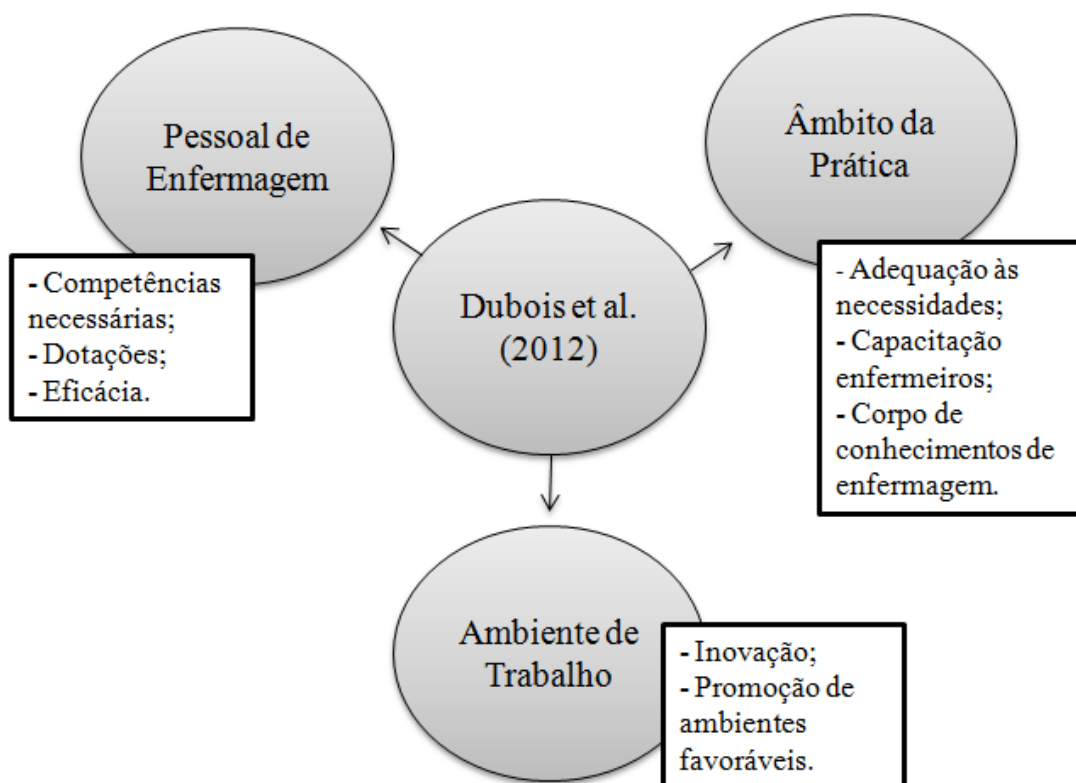


Figura 2 - Esquematização explicativa dos três parâmetros essenciais de Dubois et al. (2012)

Mais uma vez o ambiente da prática de enfermagem aparece, no estudo destes autores (2012), como sendo essencial para a prática de cuidados. De facto, esta ideia em tudo parece corroborada pelos estudos realizados relativamente às causas que levam ao

fenómeno de *turnover* (Boamah & Laschinger, 2016; Fallatah, Laschinger & Read, 2017; Gormley, 2011), sendo os ambientes desfavoráveis à prática de enfermagem associados a elevados níveis de *stress*, constantemente apontados como um dos principais potenciadores de *turnover*, o que obviamente colocará em causa a organização dos cuidados. Neste estudo, são apresentados quatro distintos modelos de organização dos cuidados de enfermagem, dois deles funcionais e dois profissionais. Sendo que os funcionais foram subdivididos em básico e adaptativo, e os profissionais em básico e inovador. Relativamente aos dois primeiros, estes eram caracterizados por apresentarem uma intervenção menos especializada e muito acentuada no âmbito da prática apenas, não sendo dada grande importância ao ambiente da prática de enfermagem. Por sua vez, os modelos profissionais, foram apresentados como recorrendo a profissionais com mais habilitações na prestação de cuidados mas também noutras áreas que ajudavam a inovar e melhorar a qualidade dos cuidados, como o investimento em ambientes da prática de enfermagem positivos (Dubois, D'Amour, Tchouaket, Clarke, Rivard & Balis, 2013).

Seguidamente foi então estudada a ocorrência de alguns *outcomes* negativos para os utentes (pneumonia, infeções do trato urinário e úlceras por pressão adquiridas em internamento, erros de administração de medicação, quedas e uso injustificado de contenção física) nos quatro diferentes modelos apresentados. Os resultados demonstraram que o risco dos pacientes experienciarem um evento adverso durante o internamento era significativamente inferior nos dois modelos profissionais, em comparação com os dois modelos funcionais. Sendo que o modelo profissional inovador era o que apresentava os melhores resultados para os utentes, contribuindo fortemente para a ideia de que tanto profissionais mais habilitados bem como ambientes da prática de enfermagem mais positivos estão associados a melhores *outcomes* para os utentes (Dubois et al., 2013).

Por último considera-se ainda o *Quality Health Outcomes Model*, um modelo desenvolvido por Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), a partir do enquadramento teórico oferecido por Donabedian (1966) em que este sugeriu a avaliação da qualidade dos cuidados através do modelo linear constituído pela estrutura, processo e *outcomes*. O modelo de Mitchell, Ferketich e Jennings (1998), baseando-se em Donabedian

(1966), vai mais longe e refere que a avaliação da qualidade dos cuidados não se estabelece de forma linear. Segundo os mesmos autores (1998), não são apenas as relações e intervenções estabelecidas diretamente com o utente que contribuem para a produção de resultados. Neste modelo assume-se que as relações que se estabelecem entre a estrutura, o processo e os resultados são dinâmicas, afetando e influenciando-se reciprocamente. Os efeitos e resultados que se atingem são mediados pelos clientes e suas características, pelas intervenções e por processos estruturais.

Neste modelo entende-se por intervenções todos os processos clínicos e atividades realizadas, direta e indiretamente, e que afetam o utente. Por sua vez, as características dos utentes assumem importância no modelo, uma vez que existe a crescente sensibilização para a necessidade de adaptação das intervenções e *outcomes* esperados consoante as necessidades, capacidades e preferências dos utentes. Relativamente aos *outcomes*, estes prendem-se com todos os resultados consequentes deste processo dinâmico, desde dados estatísticos sobre a prevalência da mortalidade e morbilidade à perceção dos utentes relativamente à sua saúde e satisfação com os cuidados, bem como custos a nível organizacional. Por fim, há que considerar ainda as características estruturais, estas prendem-se com fatores que contribuem para o desenvolvimento de todo este processo dinâmico, tendo a capacidade para o afetar positiva ou negativamente, bem como direta ou indiretamente; Algumas destas características estruturais do sistema prendem-se com os rácios enfermeiro-cliente, a qualidade do ambiente da prática, a utilização de tecnologia e inovação e qualificações dos profissionais, entre outros (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998).

Assim, o ambiente da prática de enfermagem, como característica estrutural no presente modelo, é entendida como influenciadora dos *outcomes*, tanto para os utentes, para as próprias organizações e até para os enfermeiros. Um dos resultados possíveis quando o ambiente da prática de enfermagem é negativo ou desfavorável é o fenómeno de *turnover*. Uma vez que este é um processo dinâmico, em vez de linear, o próprio *outcome* do *turnover*, irá influenciar e ter um impacto nas características do processo como nos clientes, nas intervenções, nos processos estruturais, bem como noutros *outcomes* resultantes deste processo dinâmico.

Em modo de conclusão, é seguro dizer que o ambiente da prática de enfermagem, ainda que não sendo o único, representa um dos principais fatores capazes de propiciar o fenómeno de retenção. Num estudo de correlação com 465 enfermeiros, de Dorigan & Guirardello (2018), mostrou-se que existe uma relação positiva entre os construtos ambiente da prática de enfermagem e intenção dos enfermeiros em manter o seu emprego. Mas o estudo em questão vai ainda mais longe e refere que ambientes da prática saudáveis estão associados a um aumento significativo (até 47%) nas intenções dos enfermeiros em manter os seus empregos. Assim, conclui-se que de facto apostar na melhoria do ambiente da prática de enfermagem e na perceção dos enfermeiros relativamente ao mesmo é essencial por forma a conseguir reter estes profissionais nos seus presentes cargos.

3 - GESTÃO EM ENFERMAGEM

Pode afirmar-se que a gestão, de uma forma simplificada, consiste na execução de um conjunto de atividades de forma sistematizada, onde utilizando vários recursos, se vão tomando decisões, com o objetivo de tornar a execução das atividades o mais eficientes possíveis. No entanto, há que reconhecer a diferença entre a gestão que resulta da mera repetição e bom senso e a gestão como metodologia científica (Carvalho, 2016).

A gestão enquanto disciplina, deve ser entendida como diversificada e complexa, uma vez que requer a apropriação dos mais variados recursos para o sucesso da mesma, sendo o mais importante o fator humano. Esta pode ser definida, segundo Marquis & Huston (2012, p.31) como "o processo de liderar e dirigir uma organização ou parte dela através da mobilização e manipulação de recursos"; por sua vez, segundo Carvalho, Bernardo, Sousa & Negas (2015, p.39) a gestão pode também ser entendida como "o processo de administração e coordenação de recursos de forma eficaz e eficiente de modo a atingir os objetivos da organização" e que tem como principais funções o **planeamento**, **organização**, **direção** e **controlo**. O **planeamento** é entendido como a capacidade de antecipar o que deve ser feito e como deve ser feito; por sua vez, a **organização** trata-se de conseguir estabelecer relações formais entre as pessoas e os recursos, por forma a atingir os objetivos propostos; a **direção** relaciona-se com o processo de influenciar as pessoas a nível comportamental através da liderança, motivação e comunicação; por fim, o **controlo** remete para a comparação entre o atual desempenho e o desempenho esperado e estipulado, avaliando possíveis necessidades de medidas corretivas (Carvalho et al., 2015; Huber, 2006).

Por sua vez, o gestor é definido como sendo a pessoa responsável por colocar em prática as quatro funções fundamentais supracitadas (Carvalho, Bernardo, Sousa & Negas (2015), tal como apresentado na figura 2.

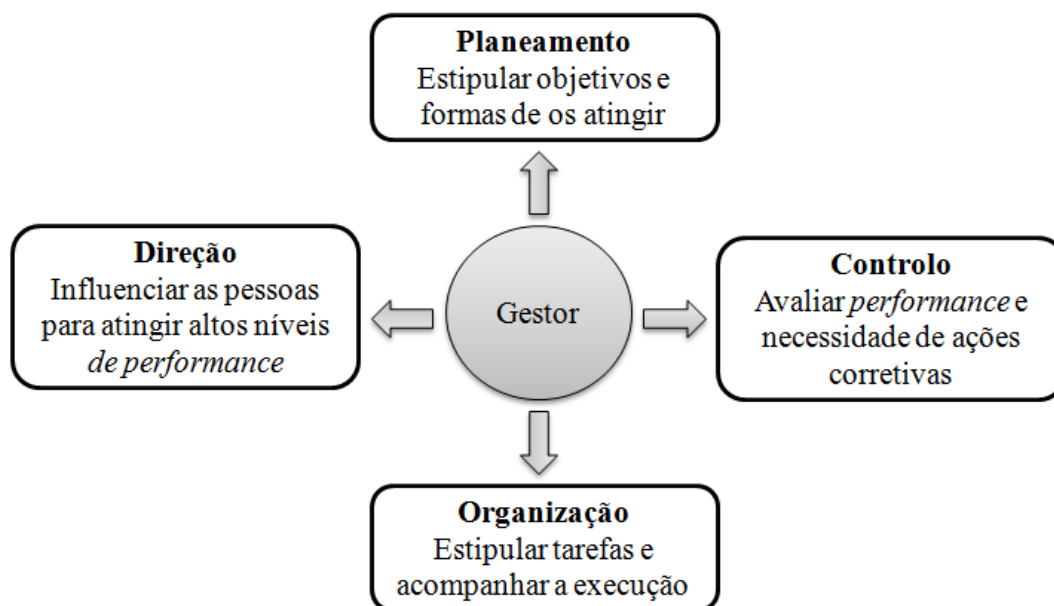


Figura 3 - Diagrama das funções do gestor (adaptado de Carvalho, Bernardo, Sousa & Negas, 2015)

O gestor é também caracterizado, segundo Marquis & Huston (2012), como alguém que tem uma legítima fonte de autoridade que lhe é delegada formalmente pela organização, tendo funções, deveres e responsabilidade específicas. Este exerce assim uma manipulação no ambiente, nos recursos monetários, de tempo, humanos e outros, for forma a alcançar os objetivos organizacionais.

Especificamente no caso da enfermagem, a gestão é definida por Huber (2006) como sendo o processo que permite a coordenação e integração dos recursos de enfermagem, por forma a atingir uma prestação de serviços de qualidade em que sejam atingidos os objetivos previamente propostos de forma o mais eficiente possível. Assim, a gestão neste contexto apresenta-se como sendo essencial para a organização e sustentabilidade dos serviços de saúde, atuando como "determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde" (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018, p.3478).

As competências de gestão em enfermagem reveem-se numa serie de domínios dos quais o enfermeiro deve ser detentor, sendo eles: desenvolver uma prática profissional, ética e legal de acordo com a deontologia profissional; procurar uma gestão de excelência que tenha como referência a melhoria contínua da qualidade e segurança da prestação de cuidados; procurar assegurar o desenvolvimento profissional e organizacional através da mudança; colocar em prática um funcionamento baseado no planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes do processo de gestão; e, por fim, procurar orientar a prática clínica para a obtenção de ganhos em saúde, através da orientação na evidência científica (Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, 2018).

Estas competências de gestão vão ao encontro das competências que os enfermeiros gestores devem apresentar sendo elas: garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; garantir que é dada resposta as necessidades dos utentes a nível de cuidados de saúde através da gestão do seu serviço/unidade e equipa; assegurar que a equipa que lidera tem a oportunidade de desenvolver competências profissionais; assegurar uma prática profissional baseada na evidência científica; e ainda, desempenhar um papel ativo na definição de políticas de saúde (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

O enfermeiro gestor é assim entendido como

o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...) sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015, p.5949).

Os enfermeiros gestores têm, assim sendo, um papel dinâmico e preponderante a desempenhar face à problemática do *turnover*, uma vez que faz parte das suas funções gerir os recursos humanos e garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor,

2015). Estes têm o potencial, segundo Heinen et al. (2013) para influenciar as intenções dos enfermeiros, podendo prevenir o *turnover* e promover a retenção. Segundo Flinkman, Leino-Kilpi & Salantera (2010), o período decorrente entre pensar em abandonar um serviço e de facto abandoná-lo pode levar em média cerca de 1 ano, motivo pelo qual, a intervenção atempada do enfermeiro gestor pode, sem dúvida, influenciar a decisão final dos enfermeiros, podendo ser bastante bem sucedido na promoção da sua retenção e, em última análise, bem sucedido na manutenção da sustentabilidade dos serviços de saúde.

Segundo Jangland, Nyberg & Yngman-Uhlin (2017) os enfermeiros gestores, quando confrontados com altos níveis de *turnover*, referem-se preocupados com a dificuldade em manter a qualidade dos cuidados que são prestados, sentindo o peso da sua responsabilidade em garantir a segurança dos cuidados. Estes vêm-se obrigados a exigir aos seus superiores, através de uma elevada ética de cuidar, os recursos necessários para que possam ser prestados cuidados de qualidade. Existe, por parte dos mesmos, uma elevada consciência de que nem sempre existem os recursos humanos necessários para prestar os cuidados de enfermagem e que esse facto os influencia negativamente. Estes reconhecem assim a necessidade de motivar os enfermeiros nestes momentos, reconhecendo o seu esforço (Potra, 2015). No entanto, é importante realçar que os enfermeiros gestores têm eles próprios de se sentir motivados, antes de poderem motivar os seus colaboradores (Marquis & Huston, 2012).

Essencialmente, os enfermeiros gestores devem aproveitar todas as ocasiões, especialmente quando se antevê um grande fluxo de *turnover*, para providenciar suporte e liderança aos enfermeiros, reconhecendo o valor dos mesmos enquanto membros da organização, fazendo-os recuar na sua intenção de abandonar o seu presente local de trabalho (Hayward et al., 2016), sob pena de não conseguir dar resposta à crescente complexidade e exigência dos cuidados que são prestados atualmente.

Tendo ainda em conta a escassez de enfermeiros a nível internacional, a preocupação com a necessidade de reter enfermeiros através de boas políticas e gestão de recursos humanos tem vindo, desde 2018, a ganhar mais ênfase e a receber mais atenção. O ICN (2018) lançou uma comunicação para a imprensa onde apresentaram algumas estratégias de gestão urgentes de serem aplicadas, por forma a investir-se na

retenção de enfermeiros, sendo elas essencialmente, o aumento do salário, progressão na carreira e melhoria das condições de trabalho. Esta comunicação surgiu após a realização de um estudo internacional que demonstrou que o poder de compra dos enfermeiros continua a baixar, levando a que cada vez menos esta profissão seja vista como atrativa; contribuindo, conseqüentemente, para a falta de enfermeiros que se espera sentir de forma cada vez mais intensa até 2030. A maioria das estratégias apresentadas por este relatório, encontram-se em larga medida fora do alcance dos enfermeiros gestores, sendo mais relacionadas com gestão empresarial de topo e políticas nacionais. No entanto, os enfermeiros gestores podem intervir sobre as condições de trabalho, influenciando de forma preponderante a retenção de enfermeiros, essencialmente através da sua intervenção junto da equipa de enfermagem, incentivando e promovendo a coesão, espírito de equipa e um bom ambiente da prática de enfermagem (Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015).

A melhoria do ambiente da prática de enfermagem tem vindo a ganhar relevância na gestão hospitalar. Os enfermeiros gestores devem aproveitar este facto para atuarem como agentes de mudança e ajudarem a desenvolver políticas e recomendações, baseadas em evidência científica, que promovam ambientes da prática de enfermagem saudáveis (Murray, 2017)

De acordo com Kutney-Lee, Wu, Sloane & Aiken (2013) os ambientes da prática de enfermagem são mutáveis, ou seja, a intervenção do enfermeiro gestor pode, de facto, alterar o ambiente e, em última análise, melhorá-lo. Para o fazer, o enfermeiro gestor deve conseguir identificar as fragilidades do ambiente da prática de enfermagem. Assim, segundo Lake (2007), estes devem ter acesso a rigorosos, válidos e fiáveis instrumentos que lhes permitam intervir atempadamente na sua equipa. A existência destes instrumentos servirá de referência para os enfermeiros gestores relativamente à compreensão das dificuldades com que este se deparam a nível da gestão da sua equipa e do ambiente da prática de enfermagem.

Murray (2017, p.218) apresenta como estratégia principal a adotar pelos enfermeiros gestores para combater a tendência de *turnover*, a criação de ambientes da prática de enfermagem positivos, onde os profissionais possam encontrar "meaning and joy", ou seja, alegria e sentido no desenvolvimento da sua prática profissional. Para tal,

a autora faz uma série de recomendações aos enfermeiros gestores. Esta refere a importância de unir as equipas de enfermagem e gerir as diferenças geracionais, uma vez que na mesma unidade coexistem várias gerações de enfermeiros, cada uma delas com características específicas, diferentes éticas de trabalho e expectativas. Assim, o enfermeiro gestor deve identificar estratégias de promoção da coesão da equipa e evitar estereótipos, tentando encontrar objetivos comuns a todos e aproveitar o melhor que cada uma das diferentes gerações tem a oferecer. A autora refere ainda a importância do reconhecimento e elogio, como forma de promover a satisfação dos enfermeiros e a produtividade; por outro lado, refere-se também à crítica construtiva e corretiva como sendo essencial, por forma a ajudar o enfermeiro a melhorar e ser bem sucedido na sua função (Murray, 2017).

Resumidamente e em modo de conclusão, é notória a relação profunda que os enfermeiros estabelecem com o seu ambiente da prática de enfermagem e a influência que o enfermeiro gestor pode ter sobre os mesmos, dando origem aos mais variados *outcomes*, sendo o fenómeno de *turnover* um deles. Esta é uma relação que se pretendeu articular ao longo dos três primeiros capítulos e que aparece seguidamente esquematizada no diagrama abaixo (Figura 4).

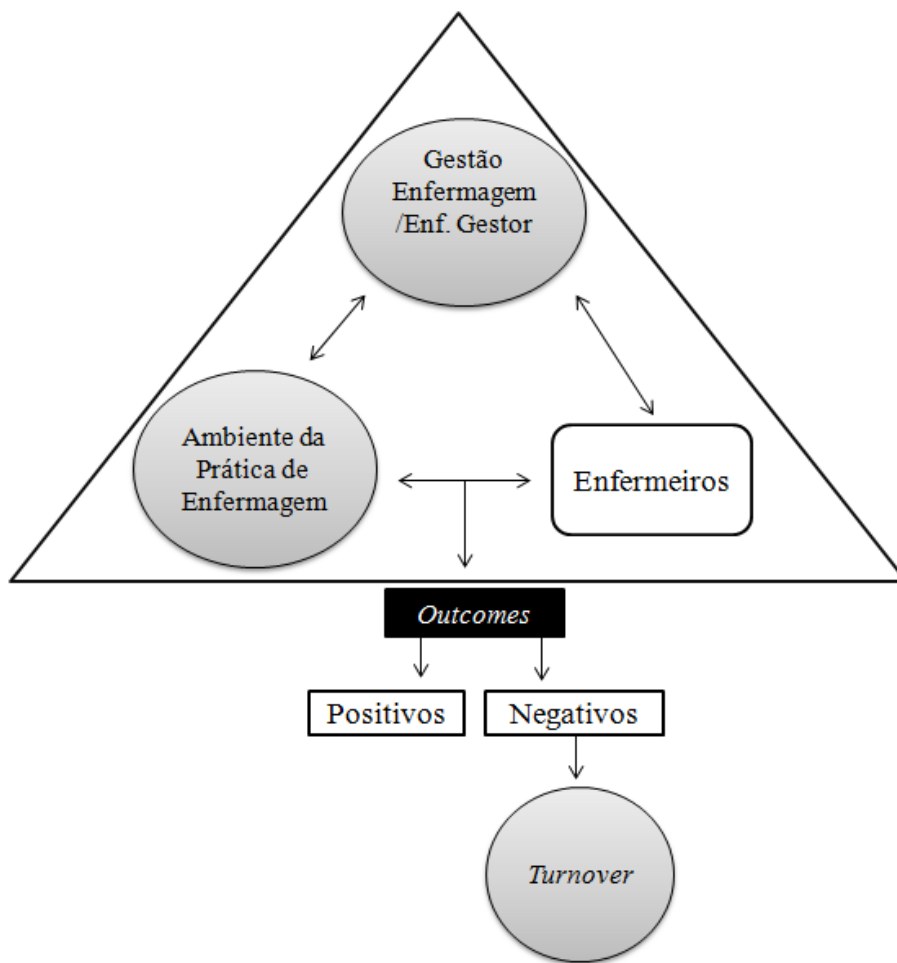


Figura 4 - Diagrama da relação entre enfermeiros, enfermeiro gestor e ambiente da prática de enfermagem

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

4 - TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A maior parte dos instrumentos de colheita de dados relacionados com a saúde encontram-se publicados em língua inglesa e são direcionados para populações que falam esse idioma. É também sabido que a construção de um instrumento é um processo mais dispendioso quer em termos de tempo, quer financeiramente, relativamente à adaptação cultural dos instrumentos. Assim, recorre-se muitas vezes a esta última opção uma vez que é, comparativamente, menos dispendiosa. No entanto, o processo de validação de uma escala numa outra cultura não deixa de ser complexo e criterioso, exigindo grande planeamento e rigor científico (Oliveira, Kuznier, Souza & Chianca, 2018).

Segundo Vilelas (2017), a utilização de um instrumento numa população e cultura diferentes daquela em que ele foi criado necessita de passar por uma série de processos e validações rigorosas para que se possa realizar a sua tradução e adaptação cultural, bem como uma avaliação das suas propriedades de medida. Assim, a tradução de uma escala deverá permitir a comparação de conceitos entre inquiridos pertencentes a culturas diferentes; este processo de adaptação vai muito além da tradução literal, pressupondo uma adaptação e conservação da significação dos conceitos da escala original na língua-alvo (Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

Existem algumas diferentes propostas no que toca ao processo de adaptação transcultural de instrumentos, segundo Oliveira et al. (2018), a partir da análise da sua amostra, concluíram que 78,6% das adaptações culturais e linguísticas de instrumentos de medida na área da saúde realizam-se através da metodologia proposta por Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz (2000). Neste pressupõe-se o atingimento de uma equivalência linguística, conceptual, idiomática e, por fim, equivalência psicométrica. Estes critérios encontram-se também contemplados em Ribeiro (2007) e Sousa & Rojjanasrirat (2011) como sendo essenciais para a obtenção de uma apropriada e válida adaptação cultural.

Assim, numa primeira fase começa-se por realizar a equivalência linguística, concetual e idiomática, com o objetivo de "tentar produzir equivalência entre o

instrumento de origem e o alvo através da análise do seu conteúdo" (Beaton et al., 2000, p. 3186). Para tal, deverá realizar-se uma tradução inicial, efetuada por 2 tradutores altamente qualificados, com domínio de ambas as línguas e culturas, sendo um deles conhecedor da temática da escala e informado sobre o objetivo do estudo. Neste momento, o objetivo será preservar ao máximo o mesmo significado de cada item da língua de origem para a língua alvo da adaptação. Em seguida, prevê-se a realização de uma reunião de peritos onde, em conjunto, se analisará ambas as escalas traduzidas e se fará uma versão fruto do consenso de ambas (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017).

Seguidamente realiza-se a retroversão, nesta etapa, com a utilização da versão consenso, volta a traduzir-se a escala para a língua-origem. Nesta fase, utiliza-se um terceiro tradutor, que nunca tenha visto a escala original, com domínio de ambas as línguas, sem conhecimento na área e elabora-se uma escala que deverá ser comparada com a versão original para analisar a possibilidade de interpretações incorretas ou ambíguas (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017).

Depois, faz-se novamente reunião de peritos onde se comparam a versão original e a versão gerada pela retroversão, avaliando item por item, estando especialmente atentos a vocábulos ou expressões potencialmente duvidosas ou imprecisas, até se verificar consenso, criando finalmente uma versão na língua-alvo pronta a ser testada (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Ribeiro, 2007).

Nesta fase supracitada, não é apenas a equivalência linguística que é avaliada, simultaneamente inicia-se também o processo de equivalência concetual e cultural. Este pauta-se por ser relativo à relevância e ao significado, noutra cultura, de um conceito ou dimensão tidos por relevantes na cultura original e é um aspeto que terá de se ter em conta durante a tradução e retroversão da escala, não recorrendo apenas a uma tradução literal que pode perder a sua significação durante a mudança e adaptação cultural (Beaton et al., 2000; Ribeiro, 2007).

Recomenda-se que, esta primeira fase, termine com um teste de compreensão ou pré-teste, numa perspetiva mais etnográfica, em que se envolve um grupo de indivíduos com características comuns para verificar a opinião dos mesmos relativamente à

compreensão da versão final da escala traduzida, possibilitando esclarecer e refinar os itens bem como medir o tempo que demora a aplicação da mesma. No fim do preenchimento da escala, procede-se à discussão relativamente à compreensão do significado das questões e se a mesma suscita quaisquer dúvidas. (Beaton et al., 2000; Ribeiro, 2007; Sousa & Rojjanasrirat, 2011; Vilelas, 2017). Relativamente ao número da amostra a que o pré-teste deve ser aplicado, não existe consenso na literatura, muitos autores omitem tais valores, outros referem a necessidade de uma amostra o maior possível, outros referem intervalos de valor bastante diferentes não havendo uma explicação relativamente ao motivo pelo qual fazem tal sugestão. Beaton et al. (2000) apontam para a necessidade de recorrer a uma amostra de 30 a 40 pessoas; por sua vez, Sousa & Rojjanasrirat (2011) referem 10 a 40 indivíduos. Assim, recorreu-se a um estudo denominado "Sample size for pre-tests of questionnaires" que se debruçou sobre analisar matematicamente qual o tamanho necessário da amostra para a realização do pré-teste com alguma segurança, tendo em conta a prevalência de problemas com os itens da escala. O estudo revelou que um mínimo de 22 indivíduos são necessários para se conseguir detetar 90% dos problemas da escala (Perneger, Hudelson, Courvoisier & Gayet-Ageron, 2015). Se mais de 20 por cento tiverem dúvidas relativamente à escala, esta terá de voltar a ser analisada e possivelmente traduzida (Beaton et al., 2000; Ribeiro, 2007; Vilelas, 2017).

Todos os passos supracitados representam, segundo Vilelas (2017), a fase qualitativa do processo de tradução e validação de uma escala. Em seguida, inicia-se a fase quantitativa onde se realiza a testagem da versão traduzida numa amostra da população-alvo. Procede-se então à análise da equivalência psicométrica. Segundo Vilelas (2017, p.342)

não há consenso na literatura acerca do melhor método utilizado para o processo de adaptação cultural, porém é notório que traduzir um instrumento, mesmo que os termos sejam adaptados e contextualizados, não significa validá-lo. As propriedades psicométricas de um instrumento devem ser avaliadas para se verificar a precisão da medida após a sua adaptação.

Assim, a equivalência psicométrica é entendida como a avaliação da qualidade de um instrumento de medida baseada na prova de fiabilidade e de validade, ou seja, terá de se garantir que a escala mede o que pretende medir, e não outro aspeto parecido

(validade) e acautelar que se a medição for repetida, nas mesmas condições, com os mesmos indivíduos, o resultado será idêntico (fiabilidade) (Grove, Sutherland & Gray, 2017; Ribeiro, 2007; Vilelas, 2017). Quando se traduz uma escala de medida, de uma língua para outra, altera-se a fiabilidade e a validade assim, para que os resultados obtidos com a tradução sejam de boa qualidade, a escala deverá ser sujeita a uma série de testes estatísticos (Sousa & Rojjanasrirat, 2011). Todo este processo supracitado encontra-se esquematizado na figura 5.

Segundo Grove, Sutherland & Gray (2017), o grau de fiabilidade é apresentado sob a forma de um coeficiente de correlação (r) podendo variar entre 0 (ausência de correlação) e 1 (correlação perfeita). Ainda que em resultados de estudos nunca se consiga obter uma correlação perfeita pois os instrumentos têm sempre algum erro de medida. O coeficiente alfa de Cronbach é o teste mais utilizado quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento das pontuações, como na escala de *Likert*, e pode ser definido como o teste que permite determinar até que ponto cada item de um determinado instrumento mede um dado conceito da mesma forma que os outros. Uma boa consistência interna deverá exceder um alfa de 0,80, mas em escalas recém criadas ou com um número de itens baixo são aceitáveis valores acima dos 0,60 (Grove, Sutherland & Gray, 2017; Ribeiro, 2007). Poderá ainda ser vantajoso avaliar-se a estabilidade temporal do instrumento, ou seja, a sua reprodutibilidade ao longo do tempo quando a condição do sujeito não se alterou. Para tal, recorre-se ao teste-reteste, o tempo ótimo para aplicação deste teste é altamente variável conforme aquilo que os instrumentos pretendem avaliar, o mais importante será sempre que o investigador consiga justificar o intervalo de tempo escolhido (Grove, Sutherland & Gray, 2017). Este deverá recorrer ao teste para amostras emparelhadas, que nos dá uma correlação de *Pearson*, para amostras que apresentam distribuição normal, sendo que os valores resultantes irão oscilar entre zero e um, esperando-se que quanto mais próximos de um, maior a estabilidade temporal. Caso seja uma amostra com distribuição que viole a normalidade utiliza-se o método não-paramétrico correspondente, o coeficiente de correlação de Spearman (Grove, Sutherland & Gray, 2017; Vilelas, 2017).

Por sua vez, a validade é referente ao grau de precisão do instrumento em conseguir refletir e avaliar o construto a que se propôs (Grove, Sutherland & Gray,

2017) e pode ser dividido em 3 diferentes tipos: a) validade de conteúdo, b) validade de critério e c) validade de construto.

A validade de conteúdo assegura, através de evidência, que os itens de um instrumento abrangem e representam adequadamente o que está a ser medido, sendo esta verificada por peritos e tradutores durante o processo de conceção do instrumento (Ribeiro, 2007; Vilelas, 2017; Grove, Sutherland & Gray, 2017).

A validade de critério, por sua vez, propõe-se avaliar a capacidade de um teste em prever um comportamento em determinada situação, fazendo a comparação entre o instrumento proposto e outra medida conhecida que sirva de critério e avalie deste modo a sensibilidade do instrumento para o mesmo fenómeno (Ribeiro, 2007; Grove, Sutherland & Gray, 2017; Vilelas, 2017).

Por fim, a validade de construto, prende-se com a determinação se a escala mede o construto definido teoricamente, uma vez que estes são atributos abstratos, que não têm existência física como a medição da motivação, felicidade, bem-estar, etc. Para determinar a validade de construto o procedimento mais usualmente utilizado tende a ser a análise fatorial (Ribeiro, 2007; Grove, Sutherland & Gray, 2017; Vilelas, 2017).

A análise fatorial é, segundo Grove, Sutherland & Gray (2017, p.552), uma técnica utilizada "para determinar as relações estabelecidas entre um largo número de variáveis, com o objetivo de as reduzir em pequenos subcomponentes ou dimensões, identificados como *clusters*, que são mais intimamente relacionados (fatores)". Após a realização deste agrupamento, o investigador deverá atribuir um nome a cada fator, tendo em conta o elemento comum que resulta na junção desse *cluster*. Esta pode ainda ser dividida em: análise fatorial exploratória, quando analisa as relações que se estabelecem entre os vários itens do instrumento, e posteriormente os agrupa em *clusters* conforme a proximidade da sua relação; e, análise fatorial confirmatória, quando o investigador pretende confirmar e validar o número de fatores ou subcomponentes do instrumento, sendo que itens que não se relacionam com nenhum fator podem ser eliminados (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

Antes de realizar a análise fatorial é necessário definir se as correlações entre as variáveis originais são elevadas o suficiente para que a aplicação desta técnica de análise de dados tenha utilidade. Assim, utiliza-se inicialmente o teste de Esfericidade de Bartlett, cujos resultados deverão ser $p\text{-value} < 0.001$ por forma a garantir que as variáveis se correlacionam de forma significativa; e a medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), "uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis" (Marôco, 2018, p.467), esta deverá apresentar valores acima de 0.50 sob pena de serem inaceitáveis, a partir de 0.8 considera-se existir uma boa recomendação para a utilização da análise fatorial.

Após realizada a extração de fatores, deverá reter-se "apenas o número mínimo de fatores que nos permitam explicar convenientemente o fenómeno em estudo" (Marôco, 2018, p.472), assim para auxiliar o investigador a decidir qual o número de fatores apropriado pode utilizar-se o critério de Kaiser (ou regra do *eigenvalue* superior 1) que diz que devem reter-se apenas os fatores que expliquem mais informação do que a informação estandardizada de uma variável original (que é 1). Esta regra deve ser considerada em conjunto com outros critérios como é o caso do critério do *Scree plot*, este diz que devem-se reter fatores até o ponto de inflexão em que o ganho da variância total explicada já não é considerável, este critério é ilustrado em gráfico e traduz-se numa curva gerada por uma abrupta descida no *eigenvalue*. De modo geral, pode considerar-se que se terá de extrair um número de fatores mínimo por forma a explicar pelo menos 50% da variância total (Marôco, 2018).

Por fim, poderá recorrer-se à rotação de fatores com o objetivo de tornar a solução fatorial mais facilmente interpretável. A rotação dos eixos fatoriais poderá fazer-se através do método *varimax*, e não há qualquer alteração nas comunalidades ou na variância específica, o objetivo é somente "obter uma estrutura fatorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único fator, e pouco associada com os restantes" (Marôco, 2018, p.475).

Para realização das testagens estatísticas das propriedades de um instrumento deverá recorrer-se a um programa informático de estatística para ciências sociais, como é exemplo o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) (Marôco, 2018).

Por fim, para que possa haver um correto processo de validação transcultural, há ainda que considerar a amostra. A amostra consiste na fração de uma população sobre a qual se faz um estudo devendo esta ser representativa da mesma através da presença de certas características em todos os seus elementos. Especificamente para a tradução e adaptação cultural de uma escala, o número mínimo de respostas válidas (N), deverá ser calculado através da fórmula $N = 5 \times K$, sendo K o número de itens da escala, ou seja, por cada item terá de se ter uma amostra mínima de 5 indivíduos (Vilelas, 2017); ainda assim, para que possa ter alguma expressão a nível científico deverá apontar-se para os 10 indivíduos por item (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

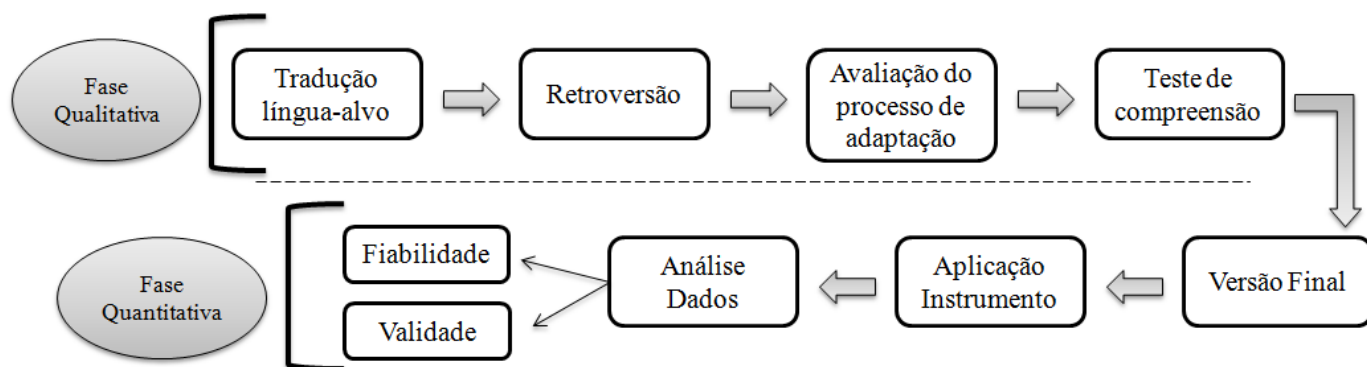


Figura 5 - Diagrama explicativo do processo de validação de um instrumento de medida
(adaptado de Beaton et al., 2000; Vilelas, 2017)

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O fenómeno de *turnover* pode, de facto, ter um impacto positivo nas instituições, uma vez que permite a entrada de novos membros, possivelmente mais motivados que compensam a sua inexperiência com ideias novas e formas de trabalhar inovadoras, trazendo a sua experiência profissional para novos contextos e impedindo a estagnação das organizações (Bae, Mark e Fried, 2010). No entanto, o seu potencial negativo é imenso, a problemática prende-se com o facto de, sempre que um enfermeiro abandona o seu local de trabalho, há custos tanto para os colegas que ficam, como para a própria instituição, como também para os utentes. A saída de enfermeiros gera uma perda de conhecimentos particulares e adaptados à complexidade específica de cada unidade de cuidados e organização, bem como experiência profissional e técnica que não podem ser rapidamente repostas. Por sua vez, este acontecimento gera uma diminuição na continuidade dos cuidados bem como na qualidade dos mesmos, pondo ainda em causa a produtividade das organizações. Revê-se ainda em gastos financeiros acrescidos. Os enfermeiros que permanecem tendem a apresentar-se menos satisfeitos, uma vez que a saída de colegas representa uma sobrecarga para os mesmos e uma diminuição da qualidade das relações e coesão na equipa, gerando em última instância, um ciclo vicioso gerador de mais intenção de *turnover*. Este ciclo mantém-se porque o fenómeno de *turnover* surge como consequência de ambientes da prática de enfermagem desfavoráveis, e a sua ocorrência influencia novamente negativamente estes ambientes, levando a que estes tendam a piorar e sejam geradores de mais *turnover* (Chênevert, Jourdain & Vandenberghe, 2016; Bae, Mark & Fried, 2010). Na figura 6 é ilustrado este processo gerador de *turnover*.

Os enfermeiros gestores têm um papel preponderante a desempenhar face à problemática apresentada, uma vez que faz parte das suas funções gerir os recursos humanos e garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, 2015). Estes têm o potencial, segundo Heinen et al. (2013) para influenciar as intenções dos enfermeiros, podendo prevenir o *turnover* e promover a retenção, sobretudo através da melhoria do ambiente da prática de enfermagem.

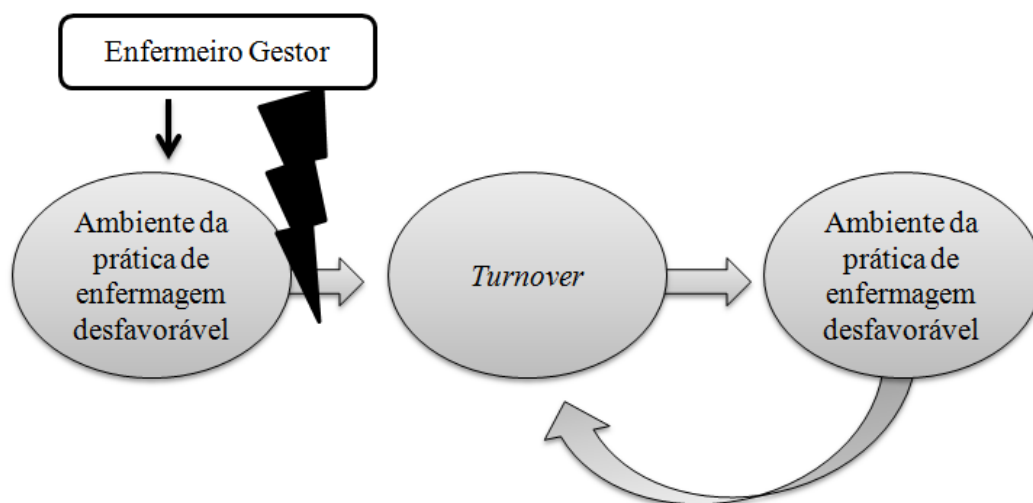


Figura 6 - Diagrama explicativo do papel do enfermeiro gestor no evitamento do ciclo vicioso do *turnover*

Assim, fornecer aos enfermeiros gestores escalas que lhes permitam realizar uma avaliação relativamente às intenções dos enfermeiros da sua equipa em abandonar a sua atual posição laboral é importante para que estes possam realizar um primeiro diagnóstico da situação da sua equipa (Lake, 2007).

A realização deste estudo poderá assim ter um impacto expressivo para os enfermeiros gestores e para a gestão de enfermagem mas não só, a expectativa é que possa também ter implicações na prática diária dos enfermeiros e possa contribuir para a melhoria dos ambientes da prática de enfermagem, bem como implicações para a investigação, onde a existência e utilização de uma escala que avalie a intenção de *turnover* possa ser vantajosa para estudos futuros.

Na literatura portuguesa, existe uma escala sobre o comprometimento organizacional, assunto bastante abordado na área da psicologia, que se debruça, entre outros aspetos, sobre a intenção de *turnover*. Esta escala denomina-se *Organizational Commitment Questionnaire* de Allen e Meyer (1997), adaptada e validada por Nascimento, Lopes e Salgueiro (2008). No entanto, é uma escala utilizada em amostras muito diferentes, não sendo específica de enfermagem; nem específica da intenção de *turnover*, sendo este apenas um dos constituintes avaliados.

A intenção de *turnover* especificamente em enfermagem é um assunto esporadicamente abordado em alguns estudos nesta área. No entanto, não existe, tanto quanto é conhecido, uma escala traduzida, validada e adaptada culturalmente para a população portuguesa que avalie esta intenção do enfermeiro em abandonar a sua atual posição laboral. Ter acesso a um instrumento de recolha de dados exclusivamente aplicado em enfermeiros e cuja validade e fiabilidade foi já comprovada vastas vezes nos mais variados estudos ao longo dos anos, permitirá alcançar processos de investigação nesta área mais eficientes e de maior qualidade. Sendo que a mera tradução literal de instrumentos não garante a validade de medida, motivo pelo qual é necessário realizar uma adaptação, segundo criteriosos e reconhecidos padrões científicos por forma a que o instrumento se torne relevante e compreensível na língua-alvo, mantendo a integridade dos itens originais (Vilelas, 2017). Assim, conclui-se que não existe uma escala que avalie a intenção de *turnover* em enfermeiros, validada e adaptada para o contexto cultural português.

Tendo em conta o supracitado, e uma vez que a retenção de enfermeiros pode promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, surgiu o interesse de validar para o contexto cultural português uma escala que, através da avaliação da intenção dos enfermeiros em abandonar a sua atual posição laboral, auxiliasse o enfermeiro gestor na retenção da sua equipa. Assim, partindo da **questão de investigação**: "Será que a escala *Anticipated Turnover Scale* (ATS) apresenta características psicométricas para a população portuguesa?", procurou-se delinear um **objetivo geral**, sendo este "Adaptar culturalmente e linguisticamente a escala ATS, dando origem à versão portuguesa da mesma". São ainda propostos os seguintes **objetivos específicos**:

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

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados denomina-se, originalmente, *Anticipated Turnover Scale (ATS)*. Esta escala (anexo I), desenvolvida por Hinshaw e Atwood, em 1984, avalia a intenção dos enfermeiros em abandonar voluntariamente a sua presente posição, quer seja com o intuito de realizar um processo de *turnover* interno, externo ou mesmo abandonar a profissão. Sendo a mesma constituída por 12 itens, de resposta fechada tipo *likert*, entre 1 (Discordo completamente) e 7 (Concordo Completamente). Existem 6 itens invertidos por forma a evitar viés assim, as afirmações 1, 3, 6, 8, 9 e 10 encontram-se na negativa, pelo que a sua pontuação será inversa. A variação total dos resultados poderá ir desde 12 a 84 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação maior será o risco de *turnover* (Hinshaw & Atwood, 1984; Barlow & Zangaro, 2010; Rosenkranz, 2012).

A definição conceptual de *turnover antecipado* é, segundo Hinshaw & Atwood (1984), o grau em que um membro da equipa de enfermagem é da opinião que irá voluntariamente abandonar a sua presente posição. Ou seja, *turnover* antecipado, avalia a intenção de abandonar, antes de efetivamente acontecer.

A escala continua a ser amplamente utilizada no seu país de origem (Estados Unidos da América) (Volk & Lucas, 1991; Shader, Broome, Broome, West & Nagle, 2001; Hart, 2005; Brady-Schwartz, 2005; Hunt, 2013), esta é considerada como sendo fácil de preencher, bem como tendo uma linguagem apropriada ao nível de leitura e compreensão de enfermeiros. Prevê-se que para a completar se demore cerca de 5 minutos. Pontuar e interpretar os resultados é também considerado simples (Barlow & Zangaro, 2010).

Relativamente à sua validade e fiabilidade, no estudo original de Hinshaw & Atwood (1984), a consistência interna teve um α Cronbach de 0.84 e a análise fatorial revelou dois fatores que justificavam 54,9% da variância. Barlow & Zangaro (2010) fizeram inclusive uma meta-análise da fiabilidade e validade da ATS, para tal analisaram 12 diferentes estudos onde foi utilizada a presente escala e os resultados revelaram que esta é precisa e fiável na sua função de avaliar a intenção dos enfermeiros em abandonar a sua atual posição, tendo a sua consistência interna sido de 0.89.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Apresenta-se, na tabela 1, os resultados relativos à análise da fiabilidade, através da consistência interna, da ATS em alguns diferentes estudos. Relativamente à sua validade através de análise fatorial não foram encontrados dados nestes artigos.

Segundo Barlow & Zangaro (2010) antecipar este fenómeno em estudo antes de ele acontecer é essencial para que os enfermeiros em cargos de gestão possam desenvolver estratégias que aumentam a retenção dos seus colaboradores enfermeiros. Os mesmos autores, no fim do seu artigo, deixam a recomendação que investigadores de outros países considerem usar a escala ATS nos seus estudos sobre retenção e *turnover*. Para tal, e porque não se identificou nenhuma escala que avalie a intenção de *turnover* em enfermeiros no contexto português, decidiu-se proceder à tradução e validação da presente escala, por forma a que esta possa ser posteriormente utilizada em investigação para se poder contribuir para melhorar a gestão das equipas bem como o próprio ambiente da prática de enfermagem.

Tabela 1 - Referencial teórico explicativo da influência do ambiente da prática de enfermagem no fenómeno de *turnover*

Estudos (ano) Escala ATS	País	N amostral	Contexto	Cronbach α
Atwood & Hinshaw (1984)	EUA	1525	Hospitalar	0.84
Volk & Lucas (1991)	EUA	81	Hospitalar	0.93
Shader, Broome, Broome, West & Nagle (2001)	EUA	241	Hospitalar	0.86
Hart (2005)	EUA	463	Hospitalar	0.94
Brady-Schwartz (2005)	EUA	470	Hospitalar	0.84
Barlow & Zangaro (2010)	EUA	Meta-análise de 12 estudos em que se utilizou a ATS		0.89

3 - QUESTÕES ÉTICAS

A investigação que ocorre em seres humanos põe muitas vezes em causa os direitos e liberdade dos mesmos, por esse motivo “a realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões éticas e morais” (Vilelas, 2017, p.423). A Declaração de Helsínquia, primeiramente adotada pela *World Medical Association* (WMA) na 18ª Assembleia Geral, em Junho de 1964, na Finlândia, prevê que antes de se iniciar um projeto de investigação deverá ter-se em conta os riscos e incómodos inerentes para os participantes; e a investigação só deverá ser realizada se ficar comprovado que os benefícios expectáveis são superiores aos possíveis malefícios para os sujeitos alvos de investigação (WMA, 2013). Assim, segundo a Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, tem de haver uma garantia para os participantes que os seus direitos serão respeitados ao longo de todo o processo de investigação, independentemente do âmbito do mesmo; os seus interesses e bem-estar deverão prevalecer sobre o interesse da ciência e da sociedade (UNESCO, 2006).

No presente estudo, de acordo com Scott (2017) e Grove, Sutherland & Gray (2017), foram tidos em conta os seguintes princípios:

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

- Princípio da justiça em que se pressupõe o direito a um tratamento justo e equitativo, em que todos os participantes receberão a mesma informação e receberão o mesmo tratamento .

Outro passo essencial, que vai ao encontro de todos os pontos supracitados, é a obtenção do consentimento livre, esclarecido e informado. Segundo Scott (2017), há dois elementos cruciais para a aquisição do mesmo: primeiro, o participante tem de ter a capacidade para compreender a informação que lhe está a ser oferecida relativamente ao estudo e suas implicações, bem como capacidade cognitiva para consentir a sua participação; em segundo, o participante tem de estar livre de coação, ou seja, tem de se garantir que participando ou não na investigação o indivíduo está sempre livre de repercussões. Ainda relativamente ao consentimento, segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, artigo 6.º, esta deverá conter informação compreensível e suficiente para que possa ser tomada uma decisão informada, sendo que a qualquer momento o indivíduo pode retirar o seu consentimento sem que daí resultem quaisquer desvantagens ou prejuízos para si (UNESCO, 2006).

O investigador deverá ainda deixar bem claro o que será realizado com as respostas dos participantes após o fim do estudo. As informações pessoais dos participantes deverão ser eliminadas por forma a proteger a intimidade dos mesmos, ou caso se pretenda utilizar os dados noutros futuros estudos, os participantes deverão dar o seu consentimento já sabendo desta particularidade (Scott, 2017).

As questões éticas abrangem ainda a necessidade de obtenção de autorização para realizar a colheita de dados nas organizações pretendidas, bem como a necessidade de outro tipo de autorizações que possam eventualmente existir e ser relevantes como é o caso do respeito pelos direitos de autor (Scott, 2017). Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a Declaração de Helsínquia, o protocolo de investigação deve ser submetido a aprovação por uma comissão de ética para a investigação antes de se iniciar o estudo, comissão essa que deverá ser independente e transparente no seu funcionamento. Esta deverá averiguar se o projeto apresenta uma cuidadosa avaliação dos riscos e propõe medidas que os minimizem (UNESCO, 2006; WMA, 2013).

A fim de realizar a validação e adaptação cultural e linguística da escala *Anticipated Turnover Scale* procedeu-se então à obtenção de todas as autorizações ético-legais necessárias para a realização deste estudo. Inicialmente foi pedida permissão formal via *e-mail* aos autores da escala ATS (Apêndice I), assegurando deste modo o cumprimento dos direitos de autor. Após o pedido ter sido aceite (Apêndice I), foi entregue ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar em questão (Apêndice II), um pedido formal para realização da aplicação dos questionários, onde se facultaram todas as informações relativamente ao estudo bem como esclarecimentos e garantia no cumprimento dos direitos de confidencialidade e anonimato dos participantes, bem como proteção dos seus dados de acordo com a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei da Proteção de Dados Pessoais Portuguesa) e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia. Tendo este pedido sido também posteriormente aceite (Apêndice III)

O estudo respeitou os princípios de respeito pela autonomia, direito à confidencialidade e anonimato. Para tal foram contactados os enfermeiros responsáveis de cada hospital e, seguidamente, de cada serviço, por forma a que pudessem ser explicados os objetivos da investigação bem como possíveis benefícios. Foi ainda explicado que não se espera que venha a ocorrer quaisquer riscos ou perigos para os participantes, estes nunca serão identificados em nenhuma publicação dos resultados e ainda, que a sua participação no estudo era totalmente voluntária, sendo que aos mesmos se reserva o direito de abandonar o estudo a qualquer momento. Todas estas informações foram fornecidas por forma a que estes pudessem decidir se pretendiam ou não participar. Foi também assegurada a natureza confidencial do instrumento de colheita de dados através do fornecimento de envelopes posteriormente selados pelos participantes por forma a garantir que nunca seriam identificados.

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

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

4. METODOLOGIA

Face ao tema, questão de investigação e objetivos apresentados, o modo de abordagem da dissertação de natureza científica é do tipo quantitativo, observacional e descritivo-transversal. É quantitativo, uma vez que, tem por objetivo pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, visando a generalização à população alvo através dos resultados obtidos com amostras, recolhendo para tal metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisando-os com a ajuda de técnicas estatísticas (Grove, Sutherland & Gray, 2017). É também observacional, tendo em conta que, o investigador não pretende intervir, mas antes descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, bem como as relações que estabelecem com as diferentes variáveis e o efeito das mesmas nos sujeitos em estudo (Ribeiro, 2007; Almeida, 2017). E é descritivo-transversal pois fornece informação acerca da população em estudo, através da utilização de um grupo representativo sendo os dados colhidos num único momento (Ribeiro, 2007; Almeida, 2017; Grove, Sutherland & Gray, 2017).

A população alvo do estudo foram os enfermeiros portugueses, mas não sendo realista a recolha de informação de todo o universo populacional, optou-se por recolher uma amostra representativa da mesma. O método de amostragem deste estudo é **não probabilística**, uma vez que nem todos os elementos da população apresentam a mesma possibilidade de serem escolhidos e, **conveniente**, tendo em conta que a seleção dos elementos da amostra foi realizada por conveniência do investigador, tendo em conta limitações de tempo e de recursos (Ribeiro, 2007; Marôco, 2018).

Para proceder à colheita de dados foram entregues os questionários pessoalmente pelo investigador nos serviços selecionados, em formato de papel. Estes foram dados ao enfermeiro responsável/chefe de cada serviço, a quem se realizou uma breve explicação acerca dos objetivos e modo de preenchimento dos mesmos, para que este possa seguidamente encaminhá-los aos enfermeiros do respetivo serviço. Os questionários estiveram disponíveis para serem preenchidos entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019, sendo que foram depois recolhidos dos serviços em envelopes selados para garantir o anonimato.

O documento final entregue a todos os enfermeiros que participaram era constituído pela *Antecipated Turnover Scale* traduzida para a população portuguesa e um questionário de caracterização sociodemográfica, profissional, académica e laboral (Apêndice IV); Para tal, recolheu-se informação relativa à idade, género, habilitações académicas, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional, tempo de serviço, vínculo profissional, unidade hospitalar onde trabalha, categoria profissional e exercício de funções noutra organização.

Por forma a potencializar a taxa de resposta, foram utilizadas algumas estratégias apresentadas por Vilelas (2017), sendo elas: a utilização de sistemas de perguntas simples, existência de instruções de preenchimento claras e acessíveis, bem como utilização do reforço. Esta última é deveras importante pois ao ser reforçado e esclarecido, no momento da entrega dos questionários, a sua utilidade científica, a taxa de resposta tenderá a aumentar, uma vez que a utilidade se torna evidente para o inquirido.

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso ao programa IBM SPSS Statistics, V.25, para Windows, um programa de computador que realiza análises estatísticas para ciências sociais (Marôco, 2018; Vilelas, 2017).

4.1 Processo de Tradução e Adaptação da ATS

O processo de tradução e adaptação iniciou-se, após autorização formal por parte das autoras Hinshaw e Atwood, com a tradução de inglês para português da escala por dois tradutores independentes, um bilingue, fluente em português mas cuja língua materna é o inglês, com conhecimentos na área de enfermagem e um tradutor profissional sem conhecimentos na área da saúde. A tradução e adaptação consistiu numa análise exaustiva, não se baseando apenas na dimensão lexical mas também na adaptação cultural à realidade portuguesa, por forma a garantir que os itens mantinham o significado idêntico ao da língua original.

Seguidamente, foi realizada uma análise das duas versões (Apêndice V), numa reunião constituída pela investigadora e pelo orientador, procedendo à análise de cada

item individualmente com o objetivo de originar uma versão consenso (1ª versão - português) (Apêndice VI). Nesta fase constatou-se que ambas as traduções estavam bastante semelhantes, recorrendo a muitas palavras sinónimas que de uma versão para a outra, mantinham a mesma significação, como é o caso de:

Tabela 2 - Duas traduções independentes da ATS (versão A e B)

Versão A	Versão B
Item 4 - (...) não é uma questão essencial para mim (...)	Item 4 - (...) não é, para mim, um assunto crucial (...)
Item 7 - (...) o tempo que desejei (...)	Item 7 - (...) tanto tempo quanto quis (...)
Item 10 - (...) pretendo continuar com este emprego (...)	Item 10 - (...) pretendo manter este emprego (...)
Item 12 - (...) pretendo deixar (...)	Item 12 - (...) planeio deixar (...)

Estas foram pequenas questões que se resolveram através do consenso sobre quais as expressões que mais simplificavam e promoviam a compreensão das afirmações.

Nesta fase, a maior dificuldade prendeu-se com a tradução da expressão "my position" que foi traduzida na versão A como sendo "meu cargo" e na versão B "minha posição laboral". Inicialmente optou-se por manter a expressão obtida na versão B, mas concluiu-se que "meu local de trabalho" era a expressão que mais rapidamente se associaria ao serviço, entendido como local onde se exercem funções como enfermeiro; enquanto que "posição laboral" (ou mesmo "meu cargo") poderia latamente estar mais associado apenas ao abandono da função enquanto enfermeiro especialista, enfermeiro chefe, entre outros, mas possivelmente mantendo-se na mesma unidade/ serviço, o que não se constitui como sendo um fenómeno de *turnover*, segundo a definição apresentada no estudo e oferecida pelas autoras da escala. Assim, e após conferenciar com um dos especialistas tradutores, optou-se por colocar a expressão "meu local de trabalho".

A partir da versão consenso, numa terceira etapa, realizou-se a retroversão por um terceiro tradutor, profissional, desconhecedor da versão original, dando origem à

versão retrovertida (2ª versão - inglês) (Apêndice VII). Nesta etapa constatou-se que todas as 12 afirmações traduzidas novamente para o inglês mantiveram o mesmo significado das afirmações originais, sendo as diferenças associadas apenas à utilização de alguns sinónimos como se pode constatar na tabela 3. Até a expressão "meu local de trabalho" em que havia algum receio relativamente ao significado que iria adquirir com a retroversão apresentou resultados bastante satisfatórios, sendo que esta foi traduzida para a língua origem novamente como "my job". Segundo o Cambridge Advanced Learner's Dictionary, e também de acordo com a profissional de tradução que realizou a retroversão, um dos sinónimos de "my job" pode ser, nas circunstâncias apropriadas, "my position" (McIntosh, 2013).

Tabela 3 - Comparação da versão original com a versão resultante da retroversão da ATS

Versão Original	Versão resultante da retroversão
Item 2 - I am quite sure (...)	Item 2 - I am fairly certain (...)
Item 3 - (...) not a critical issue for me at this point in time.	Item 3 - (...) not an essential question at the moment.
Item 6 - (...) my present (...)	Item 6 - (...) my current (...)
Item 11 - There are big doubts in my mind (...)	Item 11 - I have serious doubts (...)
Item 12 - (...) shortly.	Item 12 - (...) very soon.

Numa quarta etapa, realizou-se uma comparação dos itens da escala original com a retrovertida, procurando desvendar quaisquer ambiguidades ou discrepâncias que pudessem ter resultado do processo de adaptação. Uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre as escalas (original e retrovertida) decidiu-se após nova reunião do investigador com o orientador, efetivar-se a 3ª versão (em português) da escala, com o intuito de proceder ao teste de compreensão.

O teste de compreensão (ou pré-teste) foi aplicado a uma amostra de 22 enfermeiros. Em quatro momentos separados, a escala foi preenchida e o tempo médio para completar a escala foi de 5:18 min. Este tempo de preenchimento vai ao encontro

dos resultados obtidos por Barlow & Zangaro (2010) em que se demorou uma média de 5 minutos.

Tabela 4 - Tempo de preenchimento da ATS nos diferentes grupos em que foi aplicada

Grupos/ nº enfermeiros	Tempo de preenchimento
7	5:23 min
6	5:12 min
4	4:30 min
5	4:50 min
MÉDIA	5:18 min

Os 22 inquiridos foram convidados a explorar o que entendiam relativamente ao significado das afirmações e se as mesmas suscitavam quaisquer dúvidas. Desta discussão surgiram as seguintes questões:

- a) Dois dos inquiridos (n=2) questionaram a semelhança entre as afirmações 1 e 10.

Tabela 5 - Comparação entre as afirmações 1 e 10 (em português)

1. Eu pretendo ficar no meu local de trabalho por algum tempo.

10. Pretendo manter este emprego por algum tempo.

De facto, existe uma evidente semelhança que se fica a dever à perda do significado e conteúdo das afirmações durante o processo de tradução. No original, as frases apresentavam-se da seguinte forma:

Tabela 6 - Comparação entre as afirmações 1 e 10 (em inglês)

1. I plan to stay in my position awhile.

10. I plan to hang on to this job awhile.

Por forma a esclarecer a diferença entre ambas, sem correr o risco de alterar o significado original das afirmações, foi validado com a autora da escala original a diferença entre as mesmas. Da resposta oferecida pela Dra Atwood (Apêndice VIII), compreendeu-se que a afirmação 1 tem que ver com a posição exata em que o enfermeiro, de momento, se encontra a exercer funções, ou seja, o seu local de trabalho atual, como por exemplo numa unidade de cuidados intensivos. A afirmação 10, por sua vez, refere-se à intenção do enfermeiro em manter o seu emprego na organização, mas não especificamente no mesmo local de trabalho, ou seja, deixar de exercer funções numa unidade de cuidados intensivos e passar a trabalhar num serviço de urgência, sem que isso signifique abandonar a organização. Assim, as afirmações sofreram as seguintes modificações:

Tabela 7 - Comparação entre a versão final e a versão prévia à realização do pré teste da afirmação 1

1. Pré-Teste: Eu pretendo ficar no meu local de trabalho por algum tempo.
1. Versão Final: Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.

Tabela 8 - Comparação entre a versão final e a versão prévia à realização do pré teste da afirmação 10

10. Pré-Teste: Pretendo manter este emprego por algum tempo.
10. Versão Final: Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.

b) Um dos inquiridos (n=1) considerou que a escala de resposta utilizada (*likert* 7 pontos) era demasiado extensa, sendo difícil escolher entre concordo/discordo ligeiramente, moderadamente e fortemente.

A escala tipo *likert* de 7 pontos é uma variação da mesma escala com 5 pontos. Existem várias linhas de pensamento relativamente a qual das duas oferece melhores características quando se trata de avaliar o nível de concordância dos inquiridos relativamente a um determinado assunto. Ainda assim, a escala de 7 pontos é considerada como sendo menos radical, oferecendo um espectro de respostas mais amplo, o que permite ao participante ser mais exato na sua resposta. Segundo Joshi,

Kale, Chandel & Pal (2015), a escala de 7 pontos está associada a graus mais elevados de fiabilidade dos instrumentos que a usam, uma vez que, fornecendo mais opções aos inquiridos, é lhes concedida a hipótese de serem mais exatos relativamente às suas realidades, diminuindo a ambiguidade das respostas.

Assim, tendo em conta, por um lado, que o questionário original é cotado através da escala *likert* de 7 pontos, e por outro lado, que o problema não surgiu mais vezes, decidiu-se manter tudo inalterado no que concerne a esta questão.

Os restantes inquiridos (n=19), aproximadamente 86% da amostra, não encontraram quaisquer problemas com a escala durante o preenchimento. Estes consideraram-na de rápido e simples preenchimento, tendo compreendido o significado de todas as afirmações apresentadas. Assim, e após correção do ponto **a)** apresentou-se a versão final (4ª versão).

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Quadro 1 - Comparação entre a versão original (em inglês) e a versão final (em português) da
ATS

Versão Original	Versão Final
1. I plan to stay in my position awhile.	1. Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.
2. I am quite sure I will leave my position in the foreseeable future.	2. Tenho quase a certeza de que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.
3. Deciding to stay or leave my position is not a critical issue for me at this point in time.	3. Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.
4. I know whether or not I'll be leaving this agency within a short time.	4. Eu já tomei a decisão relativamente a permanecer ou abandonar esta organização dentro de pouco tempo.
5. If I got another job offer tomorrow, I would give it serious consideration.	5. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.
6. I have no intentions of leaving my present position.	6. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.
7. I've been in my position about as long as I want to.	7. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.
8. I am certain I will be staying here awhile.	8. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.
9. I don't have any specific idea how much longer I will stay.	9. Não tenho nenhuma ideia específica de quanto mais tempo ficarei.
10. I plan to hang on to this job awhile.	10. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.
11. There are big doubts in my mind as to whether or not I will really stay in this agency.	11. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.
12. I plan to leave this position shortly.	12. Planeio deixar este local de trabalho brevemente.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Por forma a sintetizar o processo acima descrito elaborou-se o seguinte resumo esquemático:

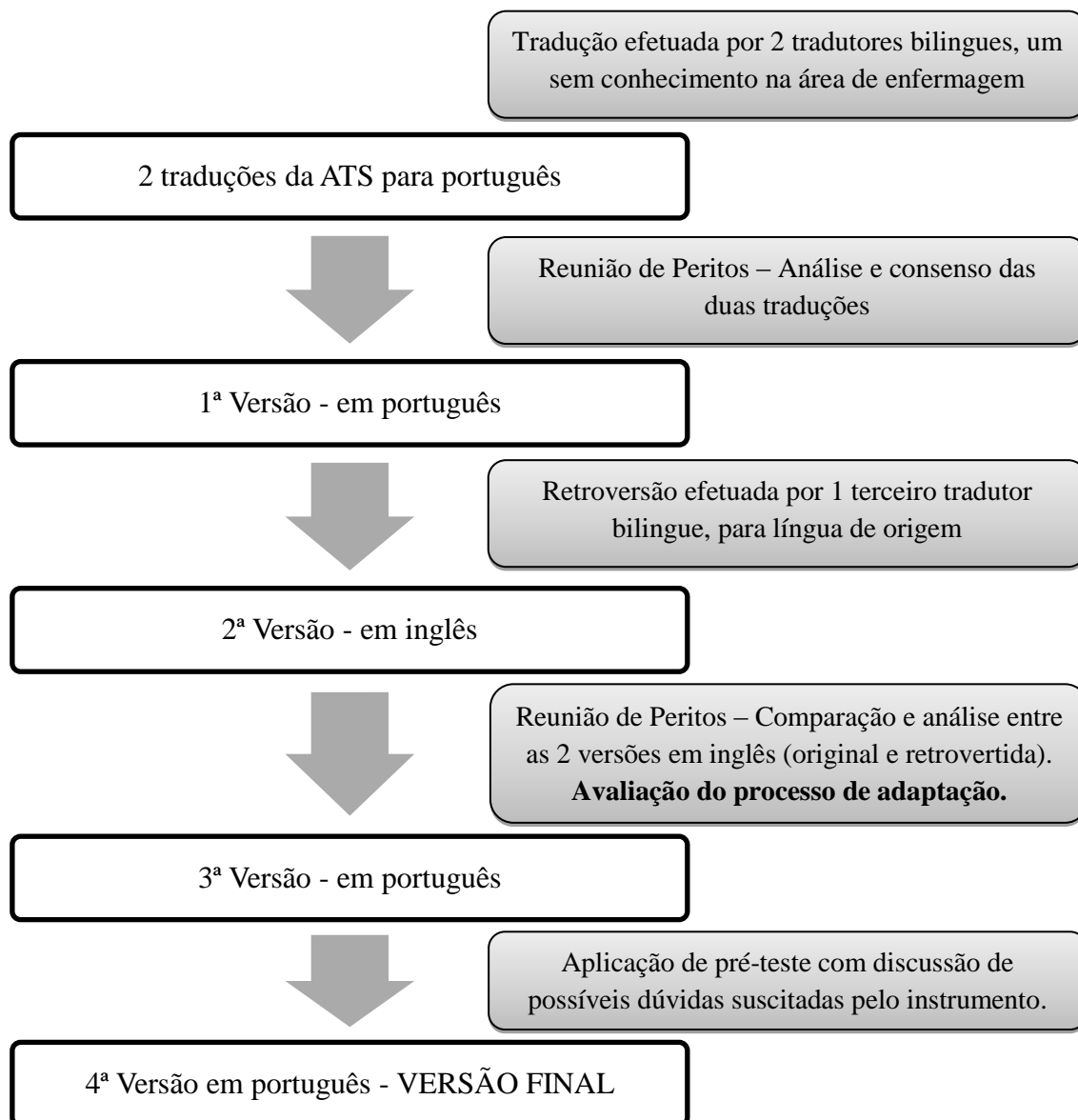


Figura 7 - Processo de tradução da ATS

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

Através da análise dos dados, verifica-se que, dos 550 questionários distribuídos pelos três hospitais em causa, foram recebidos 297, o que corresponde a uma taxa de resposta de 59,5% (Tabela 10). Desses 297 questionários, 38 foram excluídos por não terem finalizado o preenchimento completo da escala. A distribuição dos questionários foi realizada no início do mês de dezembro de 2018 e esteve disponível durante um (1) mês em todos os serviços para preenchimento, até início do mês de janeiro de 2019, altura em que foram recolhidos.

Tabela 9 - Taxa de Resposta

Instituição	Questionários entregues (N)	Questionários Recebidos (N)	Taxa de Resposta
Hospital A	150	86	57,3 %
Hospital B	300	163	54,3 %
Hospital C	100	48	48,0 %
TOTAL	550	297	59,4 %

O presente estudo foi assim realizado numa amostra de 259 enfermeiros de um centro hospitalar, com idades compreendidas entre os 22 e os 60 anos, com uma idade média de 36 ($\bar{x} = 35,8$) e moda (M_o) de 25 anos. Utilizando a fórmula de *Sturges* (Mello & Guimarães, 2015) foram elaboradas 9 classes para representar as diferentes faixas etárias da amostra (Tabela 11), a mais prevalente, representando 23,2% do total, correspondeu à faixa etária dos 22 aos 26 anos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2018), 68,8% dos enfermeiros em atividade, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, em 2016, tinham entre 31 e 60 anos. Relativamente à amostra do presente estudo, 66,4% dos enfermeiros tinham entre 31 e 60 anos.

Tabela 10 - Caracterização da amostra relativamente à faixa etária

Faixa Etária (em anos)	N	%
22 - 26	60	23,2
27 - 30	27	10,4
31 - 34	41	15,8
35 - 39	45	17,4

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

40 - 43	26	10,1
44 - 47	20	7,7
48 - 52	22	8,5
53 - 56	11	4,2
57 - 60	7	2,7
TOTAL	259	100

A amostra é maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 78,4% de todos os inquiridos (Tabela 12). Os resultados relativamente ao género vão ao encontro daquela que é a realidade portuguesa, segundo o INE (2018), em 2016, 82% dos enfermeiros eram do sexo feminino.

Tabela 11 - Caraterização da amostra relativamente ao género (sexo)

Género	N	%
Feminino	203	78,4
Masculino	56	21,6
TOTAL	259	100

O tempo de exercício profissional variou entre o mínimo de 1 e o máximo de 37 anos, sendo a média (\bar{x}) 12,6 anos. Seguidamente, o tempo de exercício profissional especificamente no serviço onde exerce atualmente funções apresentou resultados semelhantes, tendo variado entre o mínimo de 1 e o máximo de 37 anos e uma média (\bar{x}) de 11,1 anos.

Relativamente às habilitações, a maioria da amostra (58,7%) apresenta o grau de licenciado, excetuando 2,3% dos enfermeiros que tinham ainda o grau de bacharelato. Ainda de relevar que a menor percentagem correspondia ao grau de doutorado, em que apenas 0,8% da amostra apresentava tais habilitações académicas. Por fim, 16,6% dos enfermeiros apresentavam especialidade e 9,2% possuíam ainda mestrado, associado ou não a especialidade.

Tabela 12 - Caracterização da amostra relativamente às habilitações académicas

Habilitações Académicas	N	%
Bacharelato	6	2,3
Licenciatura	152	58,7
Pós-Graduação	45	17,4
Especialidade	30	11,6
Mestrado	11	4,2
Mestrado e Especialidade	13	5,0
Doutoramento	2	0,8
TOTAL	259	100

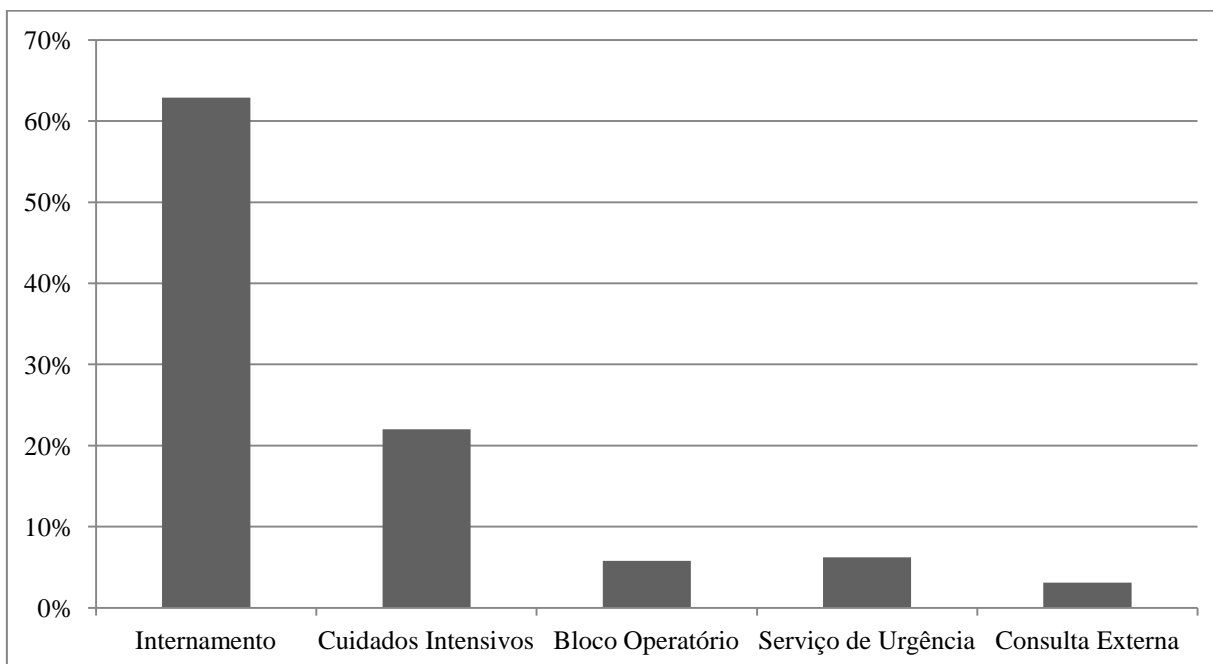
Apesar desta percentagem de 16,6% de enfermeiros com especialidade, o estudo revelou que apenas 3,5% da amostra exerce funções como enfermeiro especialista. Uma esmagadora maioria de 96,1% dos inquiridos tem categoria profissional de enfermeiro. Da amostra de 259 enfermeiros, apenas 1 (correspondente a 0,4%) apresenta categoria profissional de enfermeiro chefe. Segundo o INE (2018), os dados relativos à categoria profissional dos enfermeiros em 2016 eram menos acentuados, contando com 14,2% a exercer funções enquanto enfermeiros especialistas e 85,8% enfermeiros de cuidados gerais.

Tabela 13 - Caracterização da amostra relativamente à categoria profissional

Categoria Profissional	N	%
Enfermeiro	249	96,1
Enfermeiro Especialista	9	3,5
Enfermeiro Chefe	1	0,4
TOTAL	259	100

Relativamente ao local de exercício profissional, em ordem decrescente, 62,9% da amostra exerce funções em serviços de internamento, seguida de unidades de cuidados intensivos (UCI) (22%), bloco operatório (5,8%), serviços de urgência (6,2%) e, por fim, consulta externa, a corresponder a 3,1% dos inquiridos.

Gráfico 1 - Caracterização da amostra relativamente ao local de exercício profissional



O vínculo dos enfermeiros da amostra relativamente à instituição onde exercem funções é maioritariamente de contrato sem termo (68,3%), seguida de contrato de trabalho em funções públicas (30,1%); havendo ainda 1,5% da amostra com um vínculo de contrato a termo.

Tabela 14 - Caracterização da amostra relativamente ao tipo de vínculo

Tipo de Vínculo	N	%
Recibos Verdes	0	0,0%
Contrato a Termo	4	1,5%
Contrato sem Termo	177	68,3%
Contrato Trabalho em Funções Públicas	78	30,1%
TOTAL	259	100,0

Dos inquiridos é ainda pertinente denotar que 71% não exercem funções noutras organizações. Dos 29% que exercem funções em duplo, 46,7% fá-lo num total de 20 horas semanais, sendo que este valor varia entre o mínimo de 6 e o máximo de 35 horas semanais, e uma média (\bar{x}) de 17,5 horas.

Tabela 15 - Caracterização da amostra relativamente à existência de emprego duplo

Emprego duplo	N	%
Sim	75	29,0
Não	184	71,0
TOTAL	259	100,0

5.2 Análise Psicométrica

Partindo dos doze (12) itens da escala procedeu-se à análise do estudo de fiabilidade, determinando a consistência interna através do *Alfa de Cronbach*. Através deste obteve-se um valor de 0,865. No quadro 2 pode observar-se a correlação existente entre todos os itens e o total da escala, bem como qual é o comportamento do *Alfa de Cronbach* quando o item é excluído. Como se pode observar, a presença de todos os itens melhora a fiabilidade da escala, exceto o item 9 e o item 4 que diminuem a fiabilidade da escala. Ainda assim optou-se por, num momento inicial, manter os itens para que se pudesse analisar o seu comportamento durante a análise fatorial.

Quadro 2 - Valores de coeficiente de fiabilidade (*Alfa de Cronbach*) para cada item

	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 1 - Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.	0,800	0,839
Item 2 - Tenho quase a certeza de que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	0,694	0,845
Item 3 - Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	0,412	0,864
Item 4 - Eu já tomei a decisão relativamente a permanecer ou abandonar esta organização dentro de pouco tempo.	0,232	0,878

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Item 5 - Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.	0,548	0,855
Item 6 - Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	0,790	0,837
Item 7 - Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.	0,498	0,858
Item 8 - Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.	0,746	0,844
Item 9 - Não tenho nenhuma ideia específica de quanto mais tempo ficarei.	0,135	0,893
Item 10 - Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.	0,803	0,841
Item 11 - Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	0,549	0,855
Item 12 - Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	0,844	0,836

Relativamente à validade, como já foi referido anteriormente existem três tipos, a de conteúdo, critério e de construto.

A validade de conteúdo foi assegurada ao longo do desenvolvimento da tradução e adaptação da escala para a população portuguesa na parte qualitativa, em que se recorreu a profissionais e ao teste de validação (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

A validade de critério não foi aferida, uma vez que não é conhecida uma escala, na população portuguesa, que avalie este mesmo aspeto que se encontra a ser testado - a intenção de *turnover*. Assim, não foi possível avaliar a sensibilidade da ATS através de outra que avalie o mesmo aspeto (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

A validade de construto foi examinada recorrendo à análise fatorial. Inicialmente determinou-se o *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett* a fim de se verificar se os dados são adequados para a análise fatorial. O valor resultante do teste KMO foi 0,922 e teste de Esfericidade de Bartlett 0,000 o que mostra uma

excelente recomendação para a utilização da análise fatorial (Grove, Sutherland & Gray, 2017). Com *eigenvalue* de 1 e o critério do *scree plot*, observou-se que uma matriz de 2 fatores explicava 58,89% da variância total, a primeira componente era constituída pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11 e 12; da segunda componente faziam parte os itens 4 e 9 (Quadro 3). Após terem sido extraídos os fatores, foi calculado até que ponto as variáveis saturam nesses fatores através da rotação ortogonal *varimax*, considerando-se como ponto de corte o valor de 0,4 que é a prática estatística que se refere Almeida (2017).

Quadro 3 - Análise Fatorial para os 12 itens com *eigenvalue* de 1

	Componente de matriz rotacionada	
	1	2
Item 1	,858	
Item 2	,774	
Item 3	,477	
Item 4		,629
Item 5	,657	
Item 6	,872	
Item 7	,614	
Item 8	,834	
Item 9		,808
Item 10	,861	
Item 11	,646	
Item 12	,899	

Foi, de seguida, realizado o cálculo do *Alfa de Cronbach* para a subescala constituída pelos itens 4 e 9 e o resultado foi de 0,219 o que representa um valor inaceitável (Almeida, 2017). Pelo que se ponderou forçar os dois itens a pertencer ao fator 1. No entanto, segundo Streiner & Norman (2008), os itens devem apresentar uma correlação superior a 0,200 com o total da escala, assim e uma vez que o item 9

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

apresentava uma correlação de 0,135 este foi excluído. Realizando novamente o *Alfa de Cronbach* para os 11 itens sobranes observou-se que o item 4 ficava com uma correlação de 0,197 pelo que também se optou pela sua exclusão (Quadro 4).

Quadro 4 - Análise Fatorial para os 11 itens com *eigenvalue* de 1

	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 1	0,821	0,875
Item 2	0,713	0,880
Item 3	0,389	0,901
Item 4	0,197	0,914
Item 5	0,558	0,890
Item 6	0,796	0,874
Item 7	0,524	0,891
Item 8	0,834	0,876
Item 10	0,835	0,876
Item 11	0,582	0,888
Item 12	0,863	0,872

Assim, iniciou-se novamente o processo de análise da validade de construto da escala já sem os dois itens excluídos (4 e 9). O *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett* foram de 0,934 e 0,000 respetivamente, o que continua a demonstrar uma excelente recomendação para a utilização da análise fatorial. De realçar ainda o ligeiro aumento do KMO que passou de 0,922 para 0,934. Com *eigenvalue* de 1 e o critério do *scree plot*, observou-se que uma matriz constituída por um (1) fator explicava 58,18% da variância total. Uma vez que apenas um componente foi extraído a solução não sofreu rotação.

Os resultados desta análise diferem do estudo original em que se obteve dois fatores para explicar 54,9% da variância (Hinshaw & Atwood, 1984). Ainda assim, segundo Barlow & Zangaro (2010), Hinshaw numa comunicação pessoal em março de

2008 referiu que a ATS não possuía subescalas, tornando-a num instrumento unifatorial.

Assim, e tendo em conta os resultados obtidos, considerou-se que o fator extraído correspondia à intenção de *turnover*, sendo este o único constructo que a escala avalia. Sendo que todos os dez (10) itens contribuem para explicar este fenómeno.

Realizou-se então novamente a avaliação da fiabilidade da escala através da análise da consistência interna, e obteve-se um valor de *Alfa de Cronbach* de 0.910, o que corresponde a uma consistência interna muito boa (Almeida, 2017). Uma consistência mais elevada comparativamente ao estudo original em que se obteve um alfa de 0,84. No quadro 5 é apresentada a correlação existente entre os itens que se mantiveram e o total da escala.

O item 3 apresentam uma correlação com o total da escala inferior aos restantes itens (0,412) baixando inclusive ligeiramente o *Alfa de Cronbach* da escala na sua totalidade, no entanto segundo Streiner & Norman (2008) os itens devem apresentar uma correlação superior a 0,200 com o total da escala, o que se verifica; além de que é a primeira vez que esta escala está a ser utilizada no contexto cultural português, pelo que se decidiu manter a restante escala inalterada.

Quadro 5 - Valores de coeficiente de fiabilidade (*Alfa de Cronbach*) para os 10 itens

	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 1	0,811	0,893
Item 2	0,703	0,899
Item 3	0,412	0,919
Item 5	0,568	0,908
Item 6	0,824	0,891
Item 7	0,526	0,910
Item 8	0,769	0,896
Item 10	0,816	0,894
Item 11	0,567	0,907

Item 12	0,853	0,890
---------	-------	-------

Para a fiabilidade foi ainda testada a estabilidade temporal utilizando o teste-reteste. O instrumento foi aplicado a 22 enfermeiros que responderam duas vezes ao questionário com um intervalo de 2 semanas, período em que os intervenientes referiram não terem alterado significativamente as suas intenções relativamente ao fenómeno de *turnover*. Através da análise da correlação do coeficiente de *r* de *Pearson*, excluindo-se já os itens 4 e 9, obteve-se um valor de 0,794, que corresponde a uma correlação forte de acordo com Grove, Sutherland & Gray (2017), concluindo-se assim que a escala apresenta fiabilidade.

5.3 Análise Fatorial Confirmatória

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) preliminar para a solução unifatorial com 10 variáveis observáveis através do método de Máxima Verosimilhança. A análise revelou que nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violações severas à distribuição normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$) (Marôco, 2014), apresentando um valor de curtose multivariada aceitável ($KuMult=46.786$) ($KuMult < 70$ afastamento da normalidade não crítico para AFC). O modelo original foi ajustado a uma amostra de 259 indivíduos, tendo revelado uma qualidade de ajustamento sofrível ($\chi^2_{(35)}=103.286$; $CMIN/DF=2.951$; $GFI=.902$; $CFI=.783$; $PCFI=.609$; $RMSEA=.087$; $P[rmsea \leq 0.05]=.001$).

De modo a melhorar o ajustamento do modelo global, foram eliminadas 12 observações cujos valores de D^2 sugeriam tratar-se de *outliers* multivariados ($p1$ e $p2 < .001$), pelo que foram excluídos da análise fatorial confirmatória. Por sugestão de índice de modificação, foi incluída no modelo uma trajetória entre os resíduos das variáveis B_P3 e B_P5.

Decorrente, o valor de curtose multivariada decresceu para cerca de metade ($KuMult=25.157$) e a qualidade do ajustamento revelou-se sofrível a boa, com uma

melhoria dos respetivos índices ($\chi^2_{(34)}=81.529$; CMIN/DF=2.398; GFI=.926; CFI=.841; PCFI=.635; RMSEA=.075; P[rmsea \leq 0.05]=.024).

A figura 8 apresenta os valores do modelo em termos de ajustamento local, nomeadamente dos pesos fatoriais estandardizados e da fiabilidade individual de cada item. Como se pode observar, todos os itens apresentam pesos fatoriais estandardizados (λ) superiores a 0.5 à exceção de B_P3, com um valor de 0.46 e fiabilidades individuais (λ^2) superiores a 0.25, à exceção de B_P3, com um valor de 0.21, revelando assim que o fator apresenta validade fatorial. A fiabilidade compósita do fator revelou-se elevada, apresentando um valor superior a 0.7 (FC=0.940), e a validade convergente adequada, apresentando um valor superior a 0.5 (VEM=0.619).

O fator comum (fator 1) apresenta um excelente índice de fiabilidade (Alpha de Cronbach = 0.910), pelo que se considera a solução obtida viável para análises subsequentes.

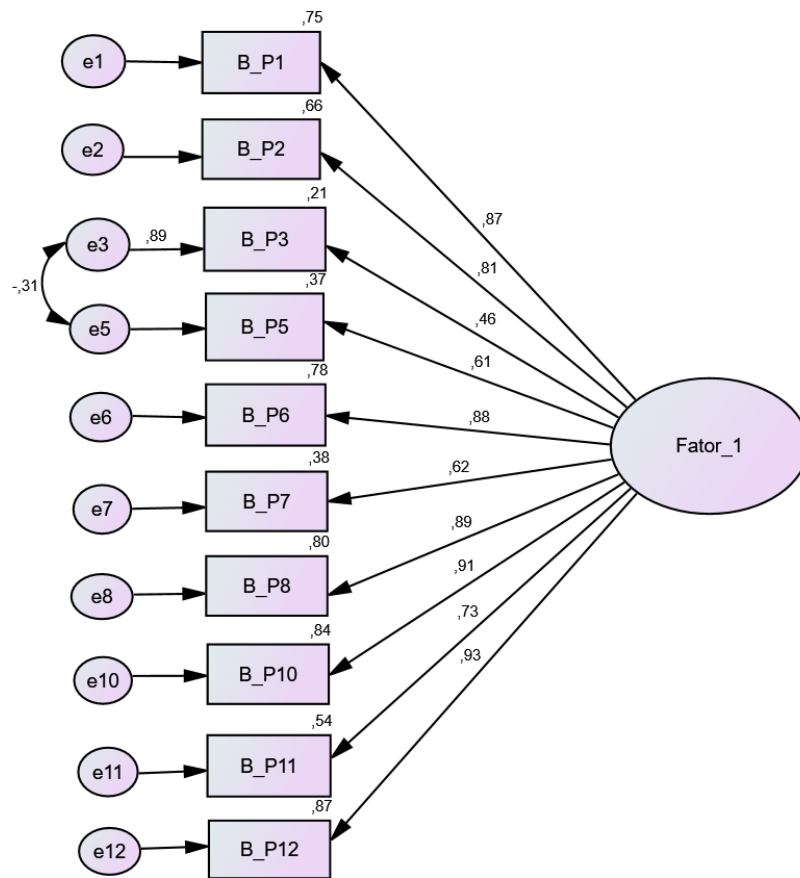


Figura 8 - Análise fatorial confirmatória para validação dos itens da escala

As sugestões de modificação do software IBM®SPSS® Amos v.21.0.0, com o qual se realizou a AFC, deu indicação para colocar o item 3 a covariar com o item 5. A covariância deste par pode estar associada à existência de uma fonte de variação comum dos itens não explicada totalmente pelo fator comum presente no modelo (Marôco, 2014).

CONCLUSÕES

A realização do presente estudo teve como convicção a vontade de contribuir para o combate à problemática do *turnover*, oferecendo um método que auxilie a avaliação precoce da sua intenção no contexto nacional, por forma a poder evitar tal fenómeno. Teve ainda como propósito adjacente a consciencialização dos enfermeiros em cargos de gestão para o papel preponderante que estes podem desempenhar na retenção dos seus enfermeiros, através da melhoria dos ambientes da prática de enfermagem. Entende-se que estas convicções bem como os objetivos propostos foram cumpridos.

Inicialmente a realização da revisão *scoping* permitiu obter uma linha de pensamento mais clara sobre o que é o fenómeno de *turnover*, bem como as suas causas e consequências. Este foi um ponto importante que serviu como fio condutor ao longo da elaboração do estudo e que justifica a sua realização.

Pode-se afirmar que a metodologia adotada e os dados obtidos através da amostra são aceitáveis para a finalidade do presente estudo; permanece a convicção de que os passos metodológicos foram executados com rigor e baseados em evidência científica. A AFC confirmou a estrutura unifatorial do instrumento. A ATS, após ter sofrido as adaptações necessárias, apresentou boas características psicométricas para a população portuguesa, provando ser um instrumento fiável e válido na medição da intenção de *turnover*, pelo que sugerimos que a mesma seja aplicada em futuros estudos.

Com a escala reduzida a 10 itens, convém lembrar que assim sendo a pontuação máxima será de 70 pontos e a mínima de 10 pontos, quanto mais elevada a pontuação maior será a intenção de *turnover*. De realçar que na versão traduzida os itens que se encontram na negativa, e que por esse motivo são cotados ao contrário, são os 1, 3, 5, 7 e 8. A *Antecipated Turnover Scale*, passa assim na sua versão portuguesa a ser denominada Escala de Intenção de *Turnover* (Apêndice IX).

Relativamente às limitações do estudo, considera-se a falta de validação de critério no presente estudo, que não foi realizada pela impossibilidade de recorrer a

outra escala que avaliasse também a intenção de *turnover*, no entanto este era um aspeto que poderia ter conferido maior robustez e suporte relativamente à validade do instrumento. Aponta-se ainda a dificuldade sentida na obtenção de alguns dados relativamente aos resultados obtidos noutros estudos dos EUA onde se utilizou a ATS, e que, na eventualidade da sua aquisição, poderiam ter servido para comparar e sustentar os resultados obtidos no presente estudo.

Reiteramos que a escala avalia apenas a intenção de *turnover*, sendo que os resultados que advêm da sua aplicação não tecem quaisquer hipóteses relativamente ao que propicia esse evento. Ao longo do estudo foram sendo apresentadas algumas circunstâncias que promovem este fenómeno, como o tem demonstrado a investigação científica um pouco por todo o mundo; no entanto, fica a recomendação que cada caso, cada serviço e cada organização faça uma profunda análise e avaliação de quais são os principais propiciadores de *turnover* com que se deparam. Recomenda-se ainda que seja sempre associado ao preenchimento desta escala uma breve explicação relativamente ao que se considera por intenção de *turnover*, como apresentado no Apêndice IX, uma vez que a intenção poderá ser só de abandonar o presente local de trabalho (serviço/unidade), a organização ou até mesmo a profissão. Mais uma vez convém realçar que a escala apenas revela a intenção de realizar *turnover*, não especificando qual o seu tipo, no entanto a sua distinção é importante ao longo do preenchimento do instrumento.

Entendemos que a investigação realizada neste estudo é pertinente para o contexto da gestão em enfermagem e oferece contributos importantes, não só para a investigação futura, como também para a prática da enfermagem, nomeadamente para a gestão de equipas. É por isso que se deseja que este seja um instrumento que venha a ser amplamente utilizado, quer a nível da prática quer a nível da investigação científica. A presente escala oferece uma contribuição substancial para a enfermagem e contribui para a melhoria do Ambiente e Prática de Enfermagem nos mais variados contextos de trabalho dos enfermeiros, quer sejam estes ambientes hospitalares, comunitários, Cuidados Continuados Integrados ou Estruturas Residências para pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L.; Cerón, C.; Simonetti, M.; Lake, E.; Galiano, A.; Garbarini, A.; Soto, P.; Bravo, D. & Smith, H. (2018) Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 29 (3). 322-327.
- Aiken, L.; Sloane, D.; Bruyneel, L.; Heede, K.; Griffiths, P.; Busse, R.; Diomidous, M.; Kinnunen, J.; Kózka, M.; Lesaffre, E.; McHugh, M.; Moreno-Casbas, M.; Rafferty, A.; Schwendimann, R.; Scott, P.; Tishelman, C.; Achterberg, T.; Sermeus, W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 383, 1824-1830.
- Almeida, S. (2017) *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde*. Loures: Lusodidacta.
- American Nurses Credentialing Center (2018). Magnet Recognition Program Publications. Acedido em 10/06/2018, disponível em: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/MagnetProductsServices/Magnet-PublicationsManuals>
- Bae, Mark & Fried (2010) Impact of Nursing Unit *Turnover* on Patient Outcomes in Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(1). 40-49.
- Barlow, K. & Zangaro, G. (2010) Meta-analysis of the reliability and validity of the Anticipated *Turnover* Scale across studies of registered nurses in the United States. *Journal of Nursing Management*. 18, 862-873.
- Beaton, D.; Bombardier, C.; Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 25(24), 3186-3191.
- Benner, P. (2001) *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Boamah, S. & Laschinger, H. (2016) The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and *turnover* intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*. 24. 164-174.
- Brady-Schwartz, D. (2005) Further evidence on the magnet program recognition. *Journal of Nursing Administration*. 35(9), 397-403.

- Carvalho, J. (2016) *Gestão de Empresas - Princípios Fundamentais*. 4ªed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, L.; Bernardo, M.; Sousa, I. & Negas, M. (2015) *Gestão das Organizações - Uma abordagem integrada e prospetiva*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Chênevert, D.; Jourdain, G. & Vandenberghe, C. (2016) The role of high-involvement work practices and professional self-image in nursing recruits' turnover: A three-year prospective study. *International Journal of Nursing Studies*. 53, 73-84.
- Chiavenato, I. (2010) *Gestão de pessoas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Colosi, B. (2016) 2016 *National Healthcare Retention & RN Staffing Report*. Pennsylvania: Nursing Solutions, Inc.
- Dessler, G. (2017) *Human Resource Management*. 15th Ed. Boston: Pearson.
- Dorigan, G. & Guirardello, E. (2018) Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. *Revista Latino-Americana*. 2-8.
- Dubois, C.; D'Amour, D.; Tchouaket, E.; Rivard, M.; Clarke, S. & Blais, R. (2012) A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 12, 1-15.
- Dubois, C.; D'Amour, D.; Tchouaket, E.; Clarke, S.; Rivard, M. & Balis, R. (2013) Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 25(2), 110-117.
- Fallatah, F.; Laschinger, H. & Read, E. (2017) The Effects of Authentic Leadership, Organizational Identification, and Occupational Coping Self-efficacy on New Graduate Nurses' Job Turnover Intentions in Canada. *Nursing Outlook*. 65(2), 172-183.
- Fernet, C.; Trépanier, S.; Demers, M. & Austin, S. (2017) Motivational pathways of occupational and organizational turnover intention among newly registered nurses in Canada. *Nursing Outlook*. 65(4), 444-454.
- Flinkman, M.; Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010) Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 66(7), 1422-1434.

- Galleta, M.; Portoghese, I.; Carta, M.; D'Aloja, E. & Campagna, M. (2016) The Effect of Nurse-Physician Collaboration on Job Satisfaction, Team Commitment, and *Turnover* Intention in Nurses. *Research in Nursing & Health*.39(5), 375-385.
- Godinho, N. (2018) *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gormley, D. (2011) Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse *turnover*. *Journal of Nursing Management*.19(1). 33-40.
- Grove, S.; Sutherland, S. & Gray, J. (2017) *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 8th Ed. Missouri: Elsevier.
- Halter, M.; Boiko, O.; Pelone, F.; Beighton, C.; Harris, R.; Gale, J.; Gourlay, S. & Drennan, V. (2017) The determinants and consequences of adult nursing staff *turnover*: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*.17(1). 824-244.
- Hart, S. (2005) Hospital ethical climates and registered nurses *turnover* intentions. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(2), 173–177.
- Hayes, L.; O'Brien-Pallas, L.; Duffield, C.; Shamian, J.; Buchan, J.; Hughes, F.; Laschinger, H. & North, N. (2012) Nurse *Turnover*: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*. 49 (7), 887-905.
- Hayward, D.; Bungay, V.; Wolff, A. & MacDonald, V. (2016) A qualitative study of experienced nurses' voluntary *turnover*: learning from their perspectives. *Journal of Clinical Nursing*. 25(9), 1336-1345.
- Heinen, M.; Achterberg, T.; Schwendimann, R.; Zander, B.; Matthews, A.; Kózka, M.; Ensio, A.; Sjetne, I.; Casbas, T.; Ball, J. & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*. 50(2), 174-184.
- Hinshaw, A. & Atwood, J. (1984) Instrument: Anticipated *Turnover* Scale (ATS) (trabalho não publicado e cedido por Jan Atwood por email para a autora)

- Huber, D. (2006) *Leadership and Nursing Care Management*. 3th ed. Philadelphia: Saunders.
- Hunt, D. (2013) Does value congruence between nurses and supervisors effect job satisfaction and turnover? *Journal of Nursing Management*. 22(5). 572–582.
- Hunt, S. (2009) *Nursing turnover: Costs, Causes & Solutions*. California: SuccessFactors, Inc.
- ICN (2007) *Ambientes favoráveis a prática*. Genebra: ICN.
- ICN (2018) World's nurses need a pay rise and better working conditions, concludes new report. Atas de *International Council of Nurses Workforce Forums*. Geneva, 17 May 2018. ICN.
- ICNM (2018) Policy Brief: Nurse Retention. Philadelphia: ICN.
- Instituto Nacional de Estatística (2018) *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa: INE.
- Jangland, E.; Nyberg, B. & Yngman-Uhlin, P. (2017) ‘It’s a matter of patient safety’: understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(2), 323-331.
- Jones, C. (2008) Revisiting Nurse *Turnover* Costs: Adjusting for Inflation. *The Journal of Nursing Administration*.38(1). 11-18.
- Joshi, A.; Kale, S.; Chandel, S. & Pal, D. (2015) Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*. 7(4). 396-403.
- Khamisa, N.; Oldenburg, B.; Peltzer, K. & Ilic, D. (2015) Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 12, 652-666.
- Kovner, C.; Brewer, C.; Fatehi, F. & Jun, J. (2014) What does nurse *turnover* rate mean and what is the rate? *Policy, Politics & Nursing Practice*. 15, 64-71.
- Kutney-Lee, A.; Wu, E.; Sloane, D. & Aiken, L. (2013) Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: An analysis of panel data. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 195–201.
- Lake, E. (2007) The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*. 64(2), 104–122.

- Lei nº 102/2009 de 10 de setembro (2009). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República 1ª Série*, Nº 176 (10-09-2009). 6167-6192.
- Lei nº 67/1998 de 26 de outubro (1998). Lei da Proteção dos Dados Pessoais. *Diário da República 1ª Série*, Nº 247 (26-10-1998). 5536-5546.
- Leineweber, C.; Chungkham, H.; Lindqvist, R.; Westerlund, H.; Runesdotter, S.; Alenius, L. & Tishelman, C. (2016) Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study. *International Journal of Nursing Studies*. 58, 47-58.
- Lopes, F. (2015) O Ambiente Hospitalar nos Cuidados de Enfermagem. *Tese de Doutoramento*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Major, M. & Magalhães A. (2014) Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*. 49(3), 476-490.
- Marôco, J. (2014) *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number
- Marôco, J. (2018) *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7ª Ed. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marquis, B. & Huston, C. (2012) *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 7th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Massano, D. (2012) O clima organizacional em unidades hospitalares públicas e privadas: a perspectiva dos técnicos de radiologia. *Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa.
- McIntosh, C. (2013) *Cambridge Advanced Learner's Dictionary*. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mello, F. & Guimarães, R. (2015) *Métodos Estatísticos para o ensino e a investigação nas ciências da saúde*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mitchell, P.; Ferketich, S. & Jennings, B. (1998) Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship*. 30(1), 43-46.

- Morrell, K., Loan-Clarke, J., & Wilkinson, A. (2001) Unweaving leaving: the use of models in the management of employee turnover. *International Journal of Management Reviews*. 3(3), 219-244.
- Murray, E. (2017) *Nursing Leadership and Management for Patient Safety and Quality Care*. Philadelphia: F.A. David Company.
- Nascimento, J.; Lopes, A. e Salgueiro, M. (2008) Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*. 14(1), 115 - 133.
- Nightingale, F. (2010) *Notes on Nursing & Notes on Nursing for the Labouring Classes*. New York: Springer Publishing Company.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2017) *Relatório de Primavera 2017 - Viver em Tempos Incertos, Sustentabilidade e Equidade na Saúde*. Lisboa, OPSS.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Oliveira, F.; Kuznier, T.; Souza, C. & Chianca, T. (2018) Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 27(2), 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) & European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP) (2017) *State of Health in the EU Portugal Perfil de Saúde do País 2017*. European Commission, Brussels.
- Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Acaroglu, R.; Luz, M.; Berg, A.; Idvall, E.; Kalafati, M.; Kanan, N.; Katajisto, J.; Leino-Kilpi, H.; Lemonidou, C.; Sendir, M.; Sousa, V. & Suhonen, R. (2012) A seven country comparison of nurses’ perceptions of the professional practice environment. *Journal of Nursing Management*. 60, 236-248.
- Perneger, T.; Hudelson, P.; Courvoisier, D. & Gayet-Ageron, A. (2015) Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*. 24, 147-151.

- Poeira, A. & Mamede, R. (2011) Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. *Revista de Enfermagem Referência*. 4, 107-114.
- PORDATA (2018) *Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes - Portugal*. Acedido a 28/03/2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+e+outro+pessoal+de+sa%C3%BAde+por+100+mil+habitantes-639>
- Porter, C.; McNulty, S.; Fitzpatrick, J. & Kolcaba, K. (2010) The Effect of a Nursing Labor Management Partnership on Nurse Turnover and Satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*. 40(5), 205-210.
- Potra, T. (2015) *Gestão de Cuidados de Enfermagem: das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Tese de Doutoramento*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Jornal Oficial da União Europeia*. 119, 1-88.
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 48 (10-03-2015). 5948-5952.
- Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro (2018) Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 21. 3478-3487.
- Ribeiro, J. (2007) *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis Editora.
- Rosenkranz, A. (2012) The Influence of Values and Psychosocial Job Characteristics on Intent to Leave among Hospital Nurses. *PhD Thesis*. George Mason University, Virginia.
- Roy, C. & Andrews, H. (2008) *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. London: Pearson Education.
- Roy, C. (2009) *The Roy adaptation model*. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson.

- Scott, P. (2017) *Key Concepts and Issues In Nursing Ethics*. Cham: Springer International Publishing.
- Shader, K.; Broome, K.; Broome, C.; West, M. & Nagle, M. (2001) Factors influencing job satisfaction and anticipated *turnover* in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*. 31(4), 210–217.
- Simon, M.; Muller, B. & Hasselhorn, H. (2010) Leaving the organization or the profession – a multilevel analysis of nurses’ intentions. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (3), 616–626.
- Sousa, V. & Rojjanasrirat, W. (2011) Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 17. 268-274.
- Streiner, D. & Norman, G. (2008) *Health and Measurement Scales. A Practical Guide for Their Development and Use*. 4th Ed. Oxford: Oxford University Press.
- UNESCO (2006) Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: UNESCO.
- Upenieks, V. & Sitterding, M. (2008) Achieving Magnet Redesignation: A Framework for Cultural Change. *The Journal of Nursing Administration*. 38(10), 419-428.
- Vicente, S. (2015) Efeito dos comportamentos de mobilização dos enfermeiros nos resultados organizacionais: um estudo empírico realizado em contexto hospitalar. *Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Vilelas, J. (2017) *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. 2ªEd. Lisboa: Edições Sílabo.
- Volk, M. & Lucas, M. (1991) Relationship of management style and anticipated *turnover*. *Dimensions in Critical Care*. 10(1), 35–40.
- Waeyenberg, V.; Decramer, A. & Anseel, F. (2015) Home nurses’ *turnover* intentions: the impact of informal supervisory feedback and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*. 71(12), 2867-2878.
- World Health Organization (2007) *Raising Awareness of Stress at Work in Developing Countries*. Geneva: WHO.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

- World Health Organization (2010) *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013) *A universal truth: No health without a workforce*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. Press Release (2018) *Global nursing campaign launched by HRH the Duchess of Cambridge with nurses and health leaders across the world Nursing Now campaign to empower and support nurses in meeting 21st century health challenges*. Acessível em www.who.int
- World Medical Association (2013) *Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Brazil: WMA General Assembly.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

APÊNDICES E ANEXOS

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Anexo I - Escala *Anticipated Turnover Scale*

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Anticipated Turnover Among Nursing Staff

ANTICIPATED TURNOVER SCALE

by

(Hinshaw, A.S. and Atwood, J.R.)

Response Options

AS	=	Agree Strongly
MA	=	Moderately Agree
SA	=	Slightly Agree
U	=	Uncertain
SD	=	Slightly Disagree
MD	=	Moderately Disagree
DS	=	Disagree Strongly

Directions: For each item below, circle the appropriate response. Be sure to use the full range of responses (Agree Strongly to Disagree Strongly).

Scoring

Key	Options	Item
(-)	AS MA SA U SD MD DS	1. I plan to stay in my position awhile.
(+)	AS MA SA U SD MD DS	2. I am quite sure I will leave my position in the foreseeable future.
(-)	AS MA SA U SD MD DS	3. Deciding to stay or leave my position is not a critical issue for me at this point in time.
(+)	AS MA SA U SD MD DS	4. I know whether or not I'll be leaving this agency within a short time.
(+)	AS MA SA U SD MD DS	5. If I got another job offer tomorrow, I would give it serious consideration.
(-)	AS MA SA U SD MD DS	6. I have no intentions of leaving my present position.
(+)	AS MA SA U SD MD DS	7. I've been in my position about as long as I want to.
(-)	AS MA SA U SD MD DS	8. I am certain I will be staying here awhile.
(-)	AS MA SA U SD MD DS	9. I don't have any specific idea how much longer I will stay.
(-)	AS MA SA U SD MD DS	10. I plan to hang on to this job awhile.
(+)	AS MA SA U SD MD DS	11. There are big doubts in my mind as to whether or not I will really stay in this agency.
(+)	AS MA SA U SD MD DS	12. I plan to leave this position shortly.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Apêndice I - Pedido de autorização às autoras da ATS e posterior aprovação

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED TURNOVER SCALE*

Anticipated Turnover Scale - request

Inbox x



SUSANA ISABEL RODRIGUES DE SUL <susana.sul@campus.esel.pt>

Apr 29 (8 days ago) ☆



to ada.hinshaw, prlucas ▾

Dear Dr. Hinshaw

My name is Susana Sul, I'm a nurse in _____, Portugal. I come together with Dr. Pedro Bernardes Lucas PhD, MSc, MScN, RN, professor at the Nursing College of Lisbon, who is guiding me in my master thesis. I would like to ask for your permission to validate to the portuguese population your survey "*Anticipated Turnover Scale*".

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

Yours faithfully
Susana & Pedro



Ada Sue Hinshaw

May 1 (6 days ago) ☆



to ahinshaw, atwoodj, me ▾

Dr Atwood and I are pleased you wish to use the ATS in your masters research. We are pleased to provide permission for you to translate and use the Anticipated Turnover Scale in your study. Best of success with your research.
Sent from my iPad

⋮

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

**Apêndice II - Pedido de Autorização ao Conselho de Administração e à Comissão
de Ética para a Saúde**

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Nome: Susana Sul

Morada:

Telefone: Email: susana.sul@gmail.com

Exma. Comissão de Ética para a Saúde do

Rua

Assunto: Pedido de Autorização para Aplicação de Questionário a Enfermeiros

Susana Isabel Rodrigues de Sul, enfermeira a exercer funções no serviço de com o a frequentar o 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver dissertação de natureza científica, intitulada "Tradução e validação para a população portuguesa da *Antecipated Turnover Scale*", sob orientação do Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas.

O respetivo estudo apresenta os seguintes objetivos: adaptar culturalmente e linguisticamente a escala ATS, dando origem à versão portuguesa da mesma; traduzir para português os 12 itens da escala ATS; adaptar ao contexto cultural português os 12 itens da escala ATS; e, determinar as características psicométricas da escala ATS.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, autorização para a aplicação de questionários aos enfermeiros que exercem funções nas Unidades Hospitalares do Centro Hospitalar

O instrumento de recolha de dados a utilizar neste estudo é um questionário de auto-preenchimento, denominado *Antecipated Turnover Scale* de Hinshaw e Atwood (1984), autorizado pelos mesmos. Ao preenchimento do questionário está inerente a garantia de que serão salvaguardados os princípios éticos da livre participação e do consentimento informado dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar neste estudo, sendo assegurada ainda a confidencialidade e anonimato dos intervenientes de acordo com a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei da Proteção de Dados Pessoais Portuguesa) e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 da União Europeia.

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

O Orientador da Dissertação,



(Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas)

A Enfermeira,



(Susana Isabel Rodrigues de Sul)

Lisboa, 11 setembro 2018

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

**Apêndice III - Aprovação do pedido de autorização ao Conselho de Administração
e à Comissão de Ética para a Saúde**

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 15.11.2018
Processo n.º628/2018

Título: "Tradução e validação para a população portuguesa da Antecipated Turnover Scale"

Relator:

Investigadora: Susana Isabel Rodrigues Sul - (Mestranda em Enfermagem- Área de Especialização de Gestão em Enfermagem)

Local:

Parecer:

O estudo submetido a análise insere-se num projecto de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem e tem como objectivo adaptar culturalmente e linguisticamente a escala Antecipated Turnover Scale, dando origem à versão portuguesa da mesma.

Para a consecução dos objectivos, a investigadora prevê a utilização de um questionário e a aplicação da referida escala como método de recolha de dados.

O questionário é de preenchimento livre e voluntário e a investigadora assegura o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A resposta ao questionário pressupõe o consentimento informado e esclarecido do participante.

O estudo obteve parecer favorável da Exmª Srª Enfermeira Directora

Conclusão:

O presente estudo não levanta questões do ponto de vista ético, respeitando as normas de boa prática clínica e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Apêndice IV - Exemplar dos questionários entregues aos participantes

Aos Enfermeiros

O presente trabalho académico tem como objetivo traduzir e validar para a população portuguesa uma escala denominada *Antecipated Turnover Scale*, escala essa que avalia a intenção dos enfermeiros em abandonar a sua presente posição laboral. Este é um estudo necessário por forma a que estas intenções de sair possam ser identificadas e conseqüentemente realizada uma tentativa de promoção da retenção dos enfermeiros, através da melhoria dos diversos contextos de trabalho. Assim, e uma vez que não existe uma escala portuguesa que faça esta avaliação especificamente em enfermagem, está a ser realizado este trabalho académico, com a orientação do Sr. Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Desde já agradecemos a sua participação.

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm respostas certas ou erradas, pretende apenas recolher a sua opinião pessoal. Devido a esse fato, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Na parte 1 do questionário pretende-se caracterizar os profissionais, pelo que se solicita que responda a todos os itens com (X) na resposta que mais se adequar à sua situação.

Na parte 2 pretende-se adquirir a perceção dos enfermeiros sobre a sua intenção de abandonar ou não o local em que exercem funções, podendo esta intenção ser de abandono do serviço (atual local de trabalho), da própria organização ou mesmo da profissão.

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

Atenciosamente,

Enfermeira Susana Sul

Parte A - Caracterização

1. Dimensão Sociodemográfica

1.1 Género: Feminino Masculino

1.2 Idade: _____ anos

2. Dimensão Profissional

2.1 Tempo de exercício profissional: _____ anos _____ meses

2.2 Tempo de serviço nesta organização: _____ anos _____ meses

3. Habilitações Académicas

Bacharelato Licenciatura Mestrado
Doutoramento Pós-Graduação
Curso de Especialização Qual? _____

4. Dimensão laboral

4.1 Serviço onde exerce funções

Internamento Urgência
Unidade Cuidados Intensivos Consulta Externa
Bloco Operatório Outro _____

4.2 Tipo de Vínculo

Recibos Verdes Contrato a Termo Contrato Sem Termo
Contrato Trabalho em Funções Públicas

4.3 N° de horas de trabalho semanal _____

4.4 Categoria Profissional _____

4.5 Exerce funções noutra organização? Sim Não

Se sim, quantas horas semanais? _____

Parte B – Escala de Antecipação de *Turnover*

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

1	2	3	4	5	6	7
Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo/nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente

1. Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho quase a certeza de que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu já tomei a decisão relativamente a permanecer ou abandonar esta organização dentro de pouco tempo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.	1	2	3	4	5	6	7
6. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	1	2	3	4	5	6	7
7. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.	1	2	3	4	5	6	7
8. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Não tenho nenhuma ideia específica de quanto mais tempo ficarei.	1	2	3	4	5	6	7
10. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
11. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	1	2	3	4	5	6	7
12. Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	1	2	3	4	5	6	7

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

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

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

1	I plan to stay in my position awhile.
	A: Eu pretendo ficar no meu cargo por algum tempo.
	B: Eu pretendo ficar na minha posição laboral por algum tempo.
2	I am quite sure I will leave my position in the foreseeable future.
	A: Tenho a certeza que deixarei o meu cargo num futuro próximo.
	B: Tenho bastante certeza de que deixarei a minha posição laboral num futuro próximo.
3	Deciding to stay or leave my position is not a critical issue for me at this point in time.
	A: Decidir ficar ou deixar o meu cargo não é uma questão essencial para mim neste momento.
	B: Decidir ficar ou deixar o meu cargo não é, para mim, um assunto crucial neste momento.
4	I know whether or not I'll be leaving this agency within a short time.
	A: Eu sei se vou ou não deixar esta agência em pouco tempo.
	B: Eu sei se vou ou não deixar esta organização dentro de pouco tempo.
5	If I got another job offer tomorrow, I would give it serious consideration.
	A: Se eu recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu a consideraria seriamente.
	B: Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.
6	I have no intentions of leaving my present position.
	A: Não tenho intenções de deixar o meu cargo atual.
	B: Não tenho intenções nenhuma de deixar a minha posição laboral presente.
7	I've been in my position about as long as I want to.
	A: Estive no meu cargo durante o tempo que desejei.
	B: Já estive na minha posição laboral tanto tempo quanto quis.
8	I am certain I will be staying here awhile.
	A: Estou certo de que vou ficar aqui por algum tempo.
	B: Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.
9	I don't have any specific idea how much longer I will stay.
	A: Não tenho nenhuma ideia específica de quanto tempo ficarei.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

	B: Não tenho nenhuma ideia específica de quanto mais tempo ficarei.
10	I plan to hang on to this job awhile.
	A: Pretendo continuar com este emprego por algum tempo.
	B: Pretendo manter este emprego por algum tempo.
11	There are big doubts in my mind as to whether or not I will really stay in this agency.
	A: Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta agência.
	B: Tenho grandes dúvidas sobre se irei ou não ficar nesta organização.
12	I plan to leave this position shortly.
	A: Eu pretendo deixar este cargo em breve.
	B: Planeio deixar esta posição laboral brevemente.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Apêndice VI - Versão Consenso de A e B

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

1. Eu pretendo ficar no meu local de trabalho por algum tempo.
2. Tenho quase a certeza de que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.
3. Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.
4. Eu já tomei a decisão relativamente a permanecer ou abandonar esta organização dentro de pouco tempo.
5. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.
6. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.
7. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.
8. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.
9. Não tenho nenhuma ideia específica de quanto mais tempo ficarei.
10. Pretendo manter este emprego por algum tempo.
11. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.
12. Planeio deixar este local de trabalho brevemente.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Apêndice VII - Retroversão para língua-origem (inglês)

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

1	Original: I plan to stay in my position awhile.
	Retroversão: I intend to keep my job for a while.
2	Original: I am quite sure I will leave my position in the foreseeable future.
	Retroversão: I am fairly certain I will quit my job in the near future.
3	Original: Deciding to stay or leave my position is not a critical issue for me at this point in time.
	Retroversão: Deciding to keep or quit my job is not an essential question at the moment.
4	Original: I know whether or not I'll be leaving this agency within a short time.
	Retroversão: I have already made the decision to remain or leave this company in a short time.
5	Original: If I got another job offer tomorrow, I would give it serious consideration.
	Retroversão: If I got another job offer tomorrow, I would seriously consider it.
6	Original: I have no intentions of leaving my present position.
	Retroversão: I have no intention to quit my current job.
7	Original: I've been in my position about as long as I want to.
	Retroversão: I have had this job for the length of time I wanted.
8	Original: I am certain I will be staying here awhile.
	Retroversão: I am sure I will stay here for a while.
9	Original: I don't have any specific idea how much longer I will stay.
	Retroversão: I have no idea how much longer I will stay.
10	Original: I plan to hang on to this job awhile.
	Retroversão: I intend to keep this employment for a while.
11	Original: There are big doubts in my mind as to whether or not I will really stay in this agency.
	Retroversão: I have serious doubts whether or not I will stay in this company.
12	Original: I plan to leave this position shortly.
	Retroversão: I plan to quit this job very soon.

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED*
TURNOVER SCALE

Apêndice VIII - Resposta da autora (dúvida)

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED TURNOVER SCALE*



JAN ATWOOD

to me, ahinshaw

Fri, Nov 9, 9:27 PM (10 days ago)



Dear Researcher Sul,

Your question is an important one. Thank you for asking. In English the two questions have a subtle but important difference that helps distinguish leavers from stayers. Such differences are sometimes lost in translation, as you have experienced.

Question 1 refers to staying in the exact position they are in at the time, e.g., head nurse, ICU.

Question 10 refers to staying with that employer or organization, perhaps regardless of to what specific position or units they are assigned, e.g., ICU, Emergency, Pediatrics. It can also mean staying in their exact post as in 1., but our data showed enough difference to keep the item.

It sounds like your work is progressing well. We hope it keeps going that way for you.

All the best,

Jan R. Atwood, PhD, RN (retired), FAAN

CC: Dr. Hinshaw

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA DA *ANTECIPATED
TURNOVER SCALE*

Apêndice IX - Escala de Intenção de *Turnover*

Escala de Intenção de *Turnover*

Com o preenchimento deste questionário, pretende-se adquirir a percepção dos enfermeiros sobre a sua intenção de abandonar ou não o local em que exercem funções, podendo esta intenção ser de abandono do serviço (atual local de trabalho), da própria organização ou mesmo da profissão. Considerando a sua opinião, assinale com uma bola (O) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito, utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo/nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente

1. Eu pretendo ficar no meu atual local de trabalho por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho quase a certeza de que deixarei o meu local de trabalho num futuro próximo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Decidir ficar ou deixar o meu local de trabalho não é uma questão essencial para mim neste momento.	1	2	3	4	5	6	7
4. Se recebesse outra oferta de emprego amanhã, eu iria considerá-la seriamente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Não tenho nenhuma intenção de deixar o meu local de trabalho atual.	1	2	3	4	5	6	7
6. Já estive neste local de trabalho o tempo que quis.	1	2	3	4	5	6	7
7. Estou certo de que ficarei aqui por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Pretendo manter o meu emprego nesta organização por algum tempo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tenho grandes dúvidas sobre se realmente irei ficar ou não nesta organização.	1	2	3	4	5	6	7
10. Planeio deixar este local de trabalho brevemente.	1	2	3	4	5	6	7