



Universidade Católica Portuguesa

AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

NURSING PRACTICE ENVIRONMENT IN PRIMARY
HEALTH CARE IN PORTUGAL

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Doutor em Enfermagem

Por

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

Instituto de Ciências da Saúde

Lisboa, Julho de 2022



Universidade Católica Portuguesa

AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

NURSING PRACTICE ENVIRONMENT IN PRIMARY
HEALTH CARE IN PORTUGAL

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Doutor em Enfermagem

Por

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

Sob orientação do Professor Doutor Élvio Henriques de Jesus e da
Professora Doutora Sofia Pinto de Almeida

Instituto de Ciências da Saúde
Lisboa, Julho de 2022

“AQUELES QUE PASSAM POR NÓS NÃO VÃO SÓS. DEIXAM UM POUCO DE SI, LEVAM UM POUCO DE NÓS.”

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

“DE TUDO QUANTO VEJO, ME ACRESCENTO (...)”

SOPHIA DE MELLO BREYNER ANDRESEN

“ABSQUE SUDORE ET LABORE NULLUM OPUS PERFECTUM EST”

Locução latina que significa que nada se consegue sem grande esforço,
sem muita diligência, actividade e energia.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Élvio Jesus por me ter acolhido como seu orientando, pela sua permanente disponibilidade, preocupação, conhecimento ímpar e incentivo, fundamentais na construção e no desenvolvimento deste trabalho e na respetiva divulgação científica.

À Professora Doutora Sofia Almeida por me ter acolhido como seu orientando, pela sua permanente disponibilidade, apoio e incansável ajuda e conhecimento fundamental para o desenvolvimento deste trabalho e da respetiva divulgação científica.

À Professora Doutora Beatriz Araújo pelo seu incentivo, sempre amável, e pronta disponibilidade no desenvolvimento deste trabalho e na divulgação científica.

À Professora Doutora Zaida Charepe pelo seu acolhimento e incentivo muito importantes ao desenvolvimento deste trabalho.

Ao Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e à Coordenação do Estudo RN4Cast Portugal a oportunidade de poder integrar o trajeto de tese de doutoramento neste estudo sobre os ambientes de prática de enfermagem.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e ao meu Departamento de Administração em Enfermagem, que me proporcionaram condições muito favoráveis para o desenvolvimento e *términus* deste trabalho, nomeadamente à Professora Doutora Filomena Gaspar e Professora Doutora Teresa Potra, por criarem um “ambiente de prática” muito favorável e que na fase final me substituíram nas nossas imensas responsabilidades profissionais.

À minha família e amigos por todo o apoio dado.

Muito obrigado a todos por me terem ajudado!

BEM HAJAM!

Resumo

O ambiente de prática de enfermagem (APE) tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, nos resultados nos clientes e nos enfermeiros, nomeadamente melhores desempenhos destes profissionais. Melhorar os APE nas organizações de saúde, é uma estratégia organizacional com baixos custos para obter maiores resultados nos clientes e para reter enfermeiros qualificados, melhorando os cuidados de enfermagem das unidades, das organizações e do sistema de saúde. Estudos sobre o APE nos cuidados de saúde primários (CSP) são muito mais escassos do que em contexto hospitalar.

Definiu-se como questão de investigação: Qual a relação e o impacto do APE na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos CSP em Portugal? e delineou-se um estudo quantitativo, descritivo, analítico e transversal.

Explorou-se as relações entre as variáveis: APE; qualidade dos cuidados; segurança dos clientes; cultura de segurança; satisfação profissional; intenção de saída; e *burnout* dos enfermeiros dos CSP em Portugal.

Como objetivo geral definiu-se: Avaliar a relação e o impacto do APE na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos CSP em Portugal.

Analisou-se as propriedades psicométricas da escala *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI), em CSP e avaliou-se o impacto do APE na qualidade dos cuidados, na segurança dos clientes, na cultura de segurança, na satisfação profissional, na intenção de saída, e na *burnout* dos enfermeiros dos CSP.

A avaliação das propriedades psicométricas da escala PES-NWI nos CSP em Portugal, foi o primeiro estudo no país, neste nível de cuidados, e o segundo no mundo, depois de Espanha. A escala PES-NWI nos CSP em Portugal, constituída por 28 itens, revelou uma estrutura adequada com bom desempenho psicométrico distribuídos por cinco dimensões: Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização; Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados; Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros; Adequação de Recursos Humanos e Materiais; e Relação Enfermeiro-Médico.

Concluiu-se que os enfermeiros consideram que existe nos CSP em Portugal um APE desfavorável e misto, associado a uma perceção de boa qualidade dos cuidados, com segurança dos clientes aceitável, com cultura de segurança aceitável, com uma baixa satisfação profissional, com uma intenção de saída moderada e com *burnout* reduzido. A relação do APE é maior com a cultura de segurança, seguida da qualidade dos cuidados, satisfação profissional e segurança dos clientes. O APE esteve negativamente correlacionado com *burnout*, e as suas dimensões exaustão emocional, despersonalização e perda de realização profissional. Os resultados do presente estudo confirmaram as hipóteses do impacto positivo do APE sobre a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, e *burnout* dos enfermeiros.

Palavras-Chave: Ambiente de Prática de Enfermagem; Cuidados de Saúde Primários; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Segurança dos Clientes; Cultura de Segurança; Satisfação Profissional; Intenção de Saída; *Burnout*; Gestão em Enfermagem; RN4Cast.

Abstract

The nursing practice environment (NPE) has consequences on the quality of nursing care, patient and nurse outcomes, namely better performances by these professionals. Improving NPE in health care organizations is a low-cost organizational strategy to achieve higher patient outcomes and retain qualified nurses, thus improving the nursing care of units, organizations, and the health system. Studies on NPE in primary health care (PHC) are much scarcer than in hospital settings.

Our research question was defined: What is the relationship and impact of the NPE on quality of care, patient safety, safety culture, job satisfaction, intention to leave, and burnout of PHC nurses in Portugal? and a quantitative, observational, analytical, and cross-sectional study was designed.

We explored the relationships between the variables: NPE; quality of care; patient safety; safety culture; job satisfaction; intention to leave; and burnout of PHC nurses in Portugal.

The aim of this study was defined: To assess relationship and impact of the NPE on quality of care, patient safety, safety culture, job satisfaction, intention to leave, and burnout of PHC nurses in Portugal.

The psychometric properties of the Practice Environment Scale - Nursing Work Index (PES-NWI) were analysed in PHC and the impact of the NPE on the quality of care, patient safety, safety culture, job satisfaction, intention to leave, and burnout of PHC nurses was assessed.

The assessment of the psychometric properties of the PES-NWI in PHC in Portugal was the first study on this level of care in Portugal and the second worldwide, after Spain. The PES-NWI in PHC in Portugal, composed of 28 items, revealed an adequate structure with good psychometric performance distributed by five factors: Participation of Nurses in the Governance of the Organization; Fundamentals of Nursing for Quality Care; Competences of Nurse Manager, Leadership and Support to Nurses; Adequacy of Human and Material Resources; and Nurse-Physician Relationship.

It was concluded that nurses consider that there is an unfavourable and mixed NPE in PHC in Portugal, associated with a perception of good quality of care, acceptable patient safety, acceptable safety culture, low job satisfaction, moderate intention to leave and low burnout. The association of NPE was higher with safety culture, followed by quality of care, job satisfaction and patient safety. NPE was negatively correlated with burnout and its dimensions emotional exhaustion, depersonalization, and loss of professional fulfilment. Our results confirmed the hypotheses of the positive impact of NPE on the nurses' quality of care, patient safety, safety culture, job satisfaction and burnout.

Keywords: Work Environment; Primary Health Care; Quality of Nursing Care; Patient Safety; Safety Culture; Job Satisfaction; Intention to Leave; Burnout; Nursing Management; RN4Cast.

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1: As quatro funções da gestão	73
Figura 2: Impacte do desempenho do Enfermeiro Gestor	77
Figura 3: Quadro explicativo das influências sobre a gestão em enfermagem	87
Figura 4: Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde	90
Figura 5: Modelo de cinco dimensões da escala PES-NWI em CSP em Portugal	120

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1: Variáveis do APE	10
Quadro 2: Hierarquia das necessidades de Maslow	31
Quadro 3: Fatores motivadores e fatores higiênicos	34
Quadro 4: Valores de referência do alfa de Cronbach	116
Quadro 5: Componentes da escala PES-NWI nos CSP em Portugal	118
Quadro 6: Análise da validade de construto da escala PES–NWI em CSP em Portugal	121
Quadro 7: Valores de referência das correlações	129
Quadro 8: Componentes da MBI	141
Quadro 9: Síntese das variáveis independentes significativas	166

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1: Distribuição da amostra por Classes Etárias	109
Tabela 2: Análise descritiva dos dados sócio-demográficos	110
Tabela 3: Distribuição da amostra por Região de Saúde	111
Tabela 4: Distribuição da amostra por Unidade Funcional	111
Tabela 5: Valores médios e desvio padrão das dimensões da escala PES-NWI em CSP em Portugal	122
Tabela 6: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão <i>Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização</i>	122
Tabela 7: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão <i>Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados</i>	123
Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão <i>Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros</i>	124
Tabela 9: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão <i>Adequação de Recursos Humanos e Materiais</i>	124
Tabela 10: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão <i>Relação Enfermeiro-Médico</i>	125
Tabela 11: Frequência absoluta e relativa da classificação do <i>APE</i> favorável/desfavorável de acordo com a Região de Saúde dos inquiridos	126
Tabela 12: Anos de experiência profissional na atual unidade e o <i>APE</i>	127
Tabela 13: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da <i>Qualidade dos Cuidados</i>	128
Tabela 14: Resultados descritivos relativos aos itens da <i>Qualidade dos Cuidados</i>	129
Tabela 15: Frequência absoluta e relativa da <i>Qualidade dos Cuidados</i> de acordo com a Região de Saúde dos inquiridos	130

Tabela 16: Classificação e frequência absoluta e relativa do item sobre <i>Segurança dos Clientes</i>	131
Tabela 17: Resultados descritivos relativos ao item da <i>Segurança dos Clientes</i>	132
Tabela 18: Frequência absoluta e relativa da <i>Segurança dos Clientes</i> de acordo com o género dos inquiridos	132
Tabela 19: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da <i>Cultura de Segurança</i>	134
Tabela 20: Resultados descritivos relativos aos itens da <i>Cultura de Segurança</i>	135
Tabela 21: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da <i>Satisfação Profissional</i>	137
Tabela 22: Resultados descritivos relativos aos itens da <i>Satisfação Profissional</i>	138
Tabela 23: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da <i>Intenção de Saída</i>	140
Tabela 24: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da escala de <i>Burnout</i>	144
Tabela 25: Resultados descritivos relativos aos itens e dimensão <i>Exaustão Emocional</i>	147
Tabela 26: Resultados descritivos relativos aos itens e dimensão <i>Despersonalização</i>	148
Tabela 27: Resultados descritivos relativos aos itens e dimensão <i>Perda de Realização Profissional</i>	149
Tabela 28: Matriz de correlações das variáveis do estudo	152
Tabela 29: Dados descritivos das variáveis	154
Tabela 30: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente <i>Qualidade dos Cuidados</i>	156
Tabela 31: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente <i>Qualidade dos Cuidados</i>	156
Tabela 32: Modelo de regressão linear múltipla para a variável <i>Qualidade dos Cuidados</i>	157

Tabela 33: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente <i>Segurança dos Clientes</i>	158
Tabela 34: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente <i>Segurança dos Clientes</i>	158
Tabela 35: Modelo de regressão linear múltipla para a variável <i>Segurança dos Clientes</i>	159
Tabela 36: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente <i>Cultura de Segurança</i>	160
Tabela 37: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente <i>Cultura de Segurança</i>	160
Tabela 38: Modelo de regressão linear múltipla para a variável <i>Cultura de Segurança</i>	161
Tabela 39: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente <i>Satisfação Profissional</i>	162
Tabela 40: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente <i>Satisfação Profissional</i>	162
Tabela 41: Modelo de regressão linear múltipla para a variável <i>Satisfação Profissional</i>	163
Tabela 42: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente <i>Burnout</i>	164
Tabela 43: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente <i>Burnout</i>	164
Tabela 44: Modelo de regressão linear múltipla para a variável <i>Burnout</i>	165

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AGFI – *Adjusted for Degrees of Freedom*

APE – Ambiente de Prática de Enfermagem

CFI – *Bentler's Comparative Fit Index*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DP – Desvio Padrão

GFI – *Goodness of Fit Index*

ICN – *International Council of Nurses*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

NWI – *Nursing Work Index*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PES-NWI – *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*

PES/ARHM – Adequação de Recursos Humanos e Materiais

PES/CEGLAE – Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros

PES/FEQC – Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados

PES/PEGO – Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização

PES/REM – Relação Enfermeiro Médico

RMR – *Root Mean Square Residual*

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

VEM – Variância Extraída Média

VIF – *Variance Inflation Factor*

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	1
<u>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL</u>	7
1. O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM	9
2. O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	51
3. AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM	65
4. A GESTÃO E O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM	73
4.1 Quadro de Referência do Estudo	84
<u>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO</u>	93
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	95
1.1 Pergunta de Investigação e Objetivos	95
1.2 Tipo de Estudo	97
1.3 Estudo RN4Cast 2018	98
1.4 População	101
1.5 Questões Éticas	102
2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	105
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	109
3.1 Caracterização da Amostra	109
3.2 Validação psicométrica da escala PES-NWI em Cuidados de Saúde Primários	112
3.2.1 Análise dos Dados	115
3.2.2 Validade e Confiabilidade	116
3.2.3 Análise Fatorial Exploratória	117

3.2.4	Análise Fatorial Confirmatória	119
3.3	O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários	121
3.4	A Qualidade dos Cuidados em Cuidados de Saúde Primários	127
3.5	A Segurança dos Clientes em Cuidados de Saúde Primários	131
3.6	A Cultura de Segurança em Cuidados de Saúde Primários	133
3.7	A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários	135
3.8	A Intenção de Saída dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários	139
3.9	<i>Burnout</i> dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários	140
3.10	Relação entre o Ambiente de Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados, a Segurança dos Clientes, a Cultura de Segurança, a Satisfação Profissional, Intenção de Saída e a <i>Burnout</i> dos Enfermeiros	150
3.11	Verificação das hipóteses	155
3.11.1	O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade dos Cuidados prestados aos clientes	155
3.11.2	O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Segurança dos Clientes	158
3.11.3	O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Cultura de Segurança	160
3.11.4	O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Satisfação Profissional	162
3.11.5	O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na <i>Burnout</i> dos Enfermeiros	164
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	167
5.	CONCLUSÕES	193

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207
7. APÊNDICES	237
Apêndice 1 - Cronograma de atividades	239
Apêndice 2 - Produção científica associada: “ <i>Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review</i> ”, de Lucas & Nunes (2020)	241
Apêndice 3 - Produção científica associada: “ <i>RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index</i> ”, de Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo (2020)	243
Apêndice 4 - Produção científica associada: “ <i>Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal</i> ”, de Lucas, Jesus, Almeida & Araújo (2021)	245
Apêndice 5 - Apresentação do tema “Avaliação psicométrica da Escala do Ambiente de Prática de Enfermagem (PES-NWI) nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, a convite do “I Global International Conference on Health – Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa”, no dia 6 de Agosto de 2021, em Brasília	247

INTRODUÇÃO

Em Portugal, poucos estudos avaliaram o ambiente de prática de enfermagem (APE) e as suas implicações. A enfermagem no contexto português está associada a elevado stress, baixas dotações nos locais de trabalho, e baixo reconhecimento das suas competências e experiências (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo, 2020).

O APE deve ser um dos focos principais de preocupação dos sistemas de saúde para evitar crises em duas áreas: na escassez de enfermeiros e na segurança dos clientes (Lake, 2007).

A Comissão Europeia e os líderes da União Europeia estabeleceram o Pilar Europeu dos Direitos Sociais na Cimeira Social em Gotemburgo, Suécia, em novembro de 2017. O Pilar Europeu dos Direitos Sociais estabeleceu 20 princípios e direitos fundamentais para apoiar mercados de trabalho e sistemas de bem-estar que funcionem devidamente. O Pilar Europeu dos Direitos Sociais afirma que os trabalhadores têm direito a um elevado nível de proteção da sua saúde e segurança no trabalho e a um ambiente de trabalho adaptado às suas necessidades profissionais que lhes permita prolongar a sua participação no mercado de trabalho que se encontra em transformação e em rápidas mudanças (EC, 2017a, 2017b).

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o ambiente de trabalho constitui um fator importante no recrutamento e retenção de profissionais de saúde e que as características do ambiente de trabalho afetam a qualidade dos cuidados, direta e indiretamente (Wiskow, Albreht & Pietro, 2010). Neste sentido, a OMS propôs inclusivamente um modelo para a promoção de locais de trabalho saudáveis por forma a promover a saúde dos trabalhadores e melhorias dos ambientes físicos e psicossociais (Burton, 2010).

Melhorar o ambiente de trabalho é uma finalidade essencial para garantir a eficácia e desenvolver a motivação dos recursos humanos da saúde (Lambrou, Merkouris, Middleton & Papastavrou, 2014).

O *International Council of Nurses* considera que os ambientes de trabalho devem ser positivos e define-os como contextos que apoiam a excelência e o trabalho dos profissionais de forma correta (ICN, 2014). Nomeadamente, devem assegurar a

saúde, segurança e bem-estar pessoal dos profissionais, apoiar os cuidados de qualidade e melhorar a motivação, a produtividade e o desempenho dos indivíduos e das organizações (ICN, 2014).

Como nos indica Aiken, a interação entre os profissionais de enfermagem e o ambiente de trabalho é significativa e implica que o efeito destes profissionais sobre o ambiente é condicionador e, alternadamente, o efeito do ambiente de trabalho condiciona os profissionais de enfermagem (Aiken, Cimiotti, Sloane, Smith, Flynn & Neff, 2011).

Os ambientes sociais e profissionais complexos onde os enfermeiros desenvolvem as suas práticas e onde existem necessidades permanentes de trabalhadores da saúde são denominados ambientes de prática profissional (Wiskow et al., 2010).

O APE consiste num conjunto de características concretas ou abstratas de uma organização, relacionadas tanto com os processos como com as estruturas dessa organização, que são consideradas pelos enfermeiros como facilitadores ou constrangedores da sua prática profissional (Lake, 2002; Lambrou et al., 2014; Klopper, Coetzee, Pretorius & Bester, 2012; McGlynn, Griffin, Donahue & Fitzpatrick, 2012; Swiger, Patrician, Miltner, Raju, Breckenridge-Sproat & Loan, 2017a).

Um ambiente de prática saudável pode ser definido como um ambiente de trabalho onde políticas, procedimentos e sistemas são concebidos para responderem aos objetivos organizacionais e os seus recursos humanos obtenham satisfação pessoal e profissional (Klopper et al., 2012).

Estudar o ambiente de prática de enfermagem (APE) é fundamental para se diagnosticar de que forma o podemos melhorar e como podemos promover a qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam, e, portanto, contribuir para a melhoria dos contextos das práticas clínicas (Lake, 2007). Dubois, Damour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012) referem que a organização dos recursos de enfermagem é fundamental para o desempenho organizacional e que os enfermeiros gestores são desafiados para encontrarem modelos de prestação de cuidados que maximizam o uso dos recursos de enfermagem disponíveis, garantindo altos níveis de qualidade dos cuidados prestados.

O APE é o fator mais influente e com maior impacto sobre os resultados de enfermagem e nas perceções da qualidade dos cuidados e da segurança do cliente

(Lucas & Nunes, 2020). Estas questões são particularmente importantes em contexto da crise mundial que afetou os países nos últimos anos (Lambrou et al., 2014; Lucas & Nunes, 2020).

Comparando com o APE em contexto hospitalar, o conhecimento e evidência científica sobre os APE no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) é escasso (Lucas, Jesus, Almeida & Araújo, 2021; Lucas & Nunes, 2020; Martínez-Riera et al., 2020; McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry, 2012; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan, Shang, Liu, Poghosyan, Liu & Berkowitz, 2015), e afeta a expansão da profissão (Alves & Guirardello, 2016; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Munyewende, Rispel & Chirwa, 2014; Poghosyan et al., 2015; Rabie, Coetzee & Klopper, 2016; Rabie, Klopper & Coetzee, 2017) neste contexto.

Os decisores políticos, as organizações de saúde e as organizações de profissionais têm vindo a propor redesenhar os CSP com o objetivo de aumentar a acessibilidade dos cidadãos a este nível de cuidados dos Sistemas de Saúde mundiais, melhorar os resultados nos clientes e maximizar a eficiência (Poghosyan et al., 2015).

O envelhecimento da população, a cronicidade de muitas doenças e os problemas de saúde pública provocam aumento da procura por CSP (Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2015) e, conseqüentemente, por enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020; Margolius & Bodenheimer, 2010) a fim de que as necessidades desses clientes sejam atendidas (Colwill, Cultice & Kruse, 2008; IOM, 2011; Lucas & Nunes, 2020; Margolius & Bodenheimer, 2010; Poghosyan et al., 2015; Sargen, Hooker & Cooper, 2011). Apesar da resiliência que o Serviço Nacional de Saúde demonstrou, os desafios da pandemia por Covid-19 mostraram as fragilidades dos CSP por insuficientes dotações de enfermeiros e outros profissionais, mas também por dificuldade de reorganização dos serviços devido à burocracia organizacional, perante a necessidade urgente e quase diária de mudança inerente àquela situação.

As características do APE são fatores modificáveis e podem ser melhoradas com iniciativas político-administrativas, designadamente: formação de enfermeiros gestores; promover a continuidade dos cuidados aos clientes; aumentar as oportunidades de formação contínua dos enfermeiros e aumentar as oportunidades de participação destes, nas decisões organizacionais (Flynn, Liang, Dickson & Aiken, 2010; Lucas & Nunes, 2020). Estas são algumas justificações para se estudar o APE, nomeadamente em contexto de CSP.

Existem alguns estudos publicados sobre o APE em Portugal em contexto hospitalar, como Almeida et al. (2020), Amaral & Ferreira (2013), Ferreira & Amendoeira (2014), Jesus, Roque & Amaral (2015), Leone et al. (2015), Marques-Pinto, Jesus, Mendes & Fronteira (2015), Nascimento, Jesus, Almeida & Nunes (2020) e Neves, Parreira, Graveto, Rodrigues & Marôco (2018). Desconhecemos, no entanto, estudos publicados em revistas científicas, em contexto de CSP no país.

Decorrente deste nosso trajeto de tese de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, as publicações associadas consistiram numa revisão *scoping* sobre a temática, em Lucas & Nunes (2020) (Apêndice 2), a validação da versão portuguesa da escala PES-NWI no estudo RN4Cast Portugal – 2018, em Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo (2020) (Apêndice 3) e a validação das propriedades psicométricas da escala PES-NWI nos CSP em Portugal, em Lucas, Jesus, Almeida & Araújo (2021) (Apêndice 4) que também apresentámos em Brasília, a convite do “*I Global International Conference on Health – Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa*”, no dia 6 de Agosto de 2021 (Apêndice 5).

No mundo é escassa a investigação neste contexto e existe necessidade de investigar o APE noutros níveis de cuidados dos sistemas de saúde, para além do contexto hospitalar (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; McSherry et al., 2012; Parro-Moreno et al., 2013).

Esta tese integra-se no estudo RN4Cast Portugal (Jesus et al., 2015; Sermeus et al., 2011), que é coordenado pelo Prof. Doutor Élvio Henriques de Jesus da Universidade Católica Portuguesa. Este estudo foi replicado em 2018 e respondido por enfermeiros dos CSP do continente e das regiões autónomas da Madeira e Açores.

Pretendemos neste estudo identificar eventuais relações entre o APE e variáveis como a qualidade dos cuidados e a cultura de segurança, a satisfação profissional, intenção de saída, segurança dos clientes e *burnout* dos enfermeiros. No que respeita a estes conceitos, serão desenvolvidos e relacionados com o APE.

A estrutura conceptual que orienta este estudo, no que respeita ao APE e à gestão em enfermagem, baseia-se numa relação complementar de três influências: entre o quadro conceptual de gestão e investigação em enfermagem de Biron, Richer & Ezer

(2007), pelo modelo de organização dos cuidados de enfermagem de Dubois et al. (2012) e pelo modelo de resultados da qualidade em saúde de Mitchell et al. (1998). Mitchell et al. (1998) demonstram uma conceção de qualidade em que a estrutura afeta os processos, que por sua vez afeta os resultados. O modelo defende que os efeitos das intervenções são mediados por características do cliente e do ambiente de cuidados e que não existe nenhum efeito direto independente sobre os resultados (Aiken, Sloane, Ball, Bruyneel, Rafferty & Griffiths, 2018).

O ambiente de trabalho é uma das 3 dimensões do modelo de Dubois et al. (2012), fundamental para caracterizar a organização dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros e os seus ambientes de trabalho estão reciprocamente relacionados, ou seja, cada um influencia-se mutuamente numa interação dinâmica e contínua que afetam a natureza do trabalho e os resultados (Dubois et al., 2012).

Os contributos de Biron, Richer & Ezer (2007), referem que o objetivo da gestão em enfermagem é influenciar positivamente os resultados nos clientes, nos profissionais e no próprio sistema de saúde (Biron et al., 2007).

Definiu-se como questão de investigação: Qual a relação e o impacte do APE na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos CSP em Portugal?

Como objetivo geral delineou-se: Avaliar a relação e o impacte do APE na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e burnout dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Pretendemos ainda analisar as propriedades psicométricas da escala PES-NWI, em CSP e avaliar o impacte do APE na qualidade dos cuidados, na segurança dos clientes, na cultura de segurança, na satisfação profissional, na intenção de saída, e na *burnout* dos enfermeiros dos CSP.

Este documento está organizado em 2 partes: O enquadramento teórico e o trabalho empírico.

No enquadramento teórico e conceptual considerámos quatro capítulos sobre: o Ambiente de Prática de Enfermagem; o Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários; avaliação do Ambiente de Prática de Enfermagem e

por fim, sobre a Gestão e o Ambiente de Prática de Enfermagem. Explicitámos conceitos, abordagens teóricas, intervenções dos enfermeiros gestores, como elementos fundamentais da promoção de ambientes de prática de enfermagem favoráveis, que condicionam a qualidade dos cuidados de enfermagem e os resultados nos clientes e nos enfermeiros. Abordámos também o APE nos CSP e a respetiva avaliação.

No trabalho empírico, apresentamos a metodologia do estudo - pergunta de investigação e objetivos, tipo de estudo e população, os dados do estudo RN4Cast Portugal - CSP, os instrumentos de recolha de dados e as questões éticas, bem como, a apresentação e discussão dos dados – validação psicométrica da escala PES-NWI nos CSP e a verificação das hipóteses, seguido das conclusões e referências bibliográficas.

Utilizámos as normas da *American Psychological Association*, 6ª edição, na elaboração desta tese (Godinho, 2020).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1. O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

As organizações de saúde com bons APE e com enfermeiros muito qualificados, têm clientes e enfermeiros mais satisfeitos, e evidência de melhor qualidade e segurança dos cuidados (Aiken et al., 2012).

Melhorar os APE nas organizações de saúde, é uma estratégia organizacional com baixos custos para obter maiores resultados nos clientes e para reter enfermeiros qualificados, melhorando os cuidados de saúde (Aiken et al., 2012).

O APE é um fator importante no recrutamento e retenção de enfermeiros e influencia a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes (Lambrou et al., 2014; Wiskow et al., 2010). Estas questões são particularmente importantes em contexto da crise mundial que afetou os países nos últimos anos (Lambrou et al., 2014; Lucas & Nunes, 2020).

As organizações de saúde querem, por um lado, responder aos imperativos de novos “desenhos” de desenvolvimento e reforma, e por outro, enfrentam desafios demográficos, tecnológicos, financeiros, organizacionais e políticos na prestação de cuidados em crescente qualidade dentro de orçamentos restritivos e contidos (Anderson, Johnston, Massey & Bamford-Wade, 2018).

Esta pressão reflete-se também nos enfermeiros gestores que tentam melhorar os locais de trabalho, reduzindo custos e promovendo resultados nos clientes (Anderson et al., 2018) e nos enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020).

O APE está relacionado com muitas variáveis que se podem organizar em variáveis externas e internas ao enfermeiro, de acordo com vários autores (Aiken et al., 2017; Akter, Akter & Turale, 2019; Alshehry, Alquwez, Almazan, Namis & Cruz, 2019; Atefi, Abdullah & Wong, 2016; Bautista et al., 2020; De Sul & Lucas, 2020a; Kowalski, Basile, Bersick, Cole, McClure & Weaver, 2020; Lu, Zhao & While, 2019; Lucas & Nunes, 2020; Shaheen, El-Hneiti, Albqoor & Ahmad, 2019; Sharif, Ahadzadeh & Nia, 2018; Wan, Li, Zhou & Shang, 2018; Wei, Sewell, Woody & Rose, 2018) e apresentadas no quadro 1.

O APE afeta a qualidade dos cuidados de enfermagem e a produtividade (Aiken et al., 2014; Aiken et al., 2018; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002b;

Brouwer, Kaljouw, Schoonhoven & Achterberg, 2017; Choi & Boyle, 2014; Coetzee, Klopper, Ellis & Aiken, 2013; Lake, 2002; Warshawsky & Sullivan-Havens, 2011), a satisfação profissional e a intenção de saída dos enfermeiros (Aiken et al., 2014; Brouwer et al., 2017; Coetzee et al., 2013).

Quadro 1: Variáveis do APE.

Variáveis Internas: dependem das percepções do enfermeiro	Variáveis Externas: não dependem apenas da intervenção do enfermeiro
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Burnout</i> ➤ Rotatividade/intenção de saída ➤ Autonomia ➤ Stress devido a carga de trabalho ➤ Comprometimento com a organização ➤ Satisfação no trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carga de trabalho ➤ Comunicação em equipa ➤ Ritmo e horário de trabalho ➤ Diversidade cultural ➤ Organização da vida profissional com a vida pessoal ➤ Utilização das tecnologias ➤ Existência de recursos físicos, materiais e humanos ➤ Progressão de carreira ➤ Adequada remuneração e incentivos ➤ Cultura organizacional ➤ Segurança no local do trabalho ➤ Suporte do gestor/organização às equipas

No que respeita à qualidade dos cuidados de enfermagem, Lake (2007) refere que é uma consequência de se promoverem melhorias nos APE e, portanto, melhorar o ambiente onde os enfermeiros exercem as suas práticas é essencial para reter os enfermeiros, diminuindo a intenção de saída e garantindo a qualidade dos cuidados (Lake, 2007).

Uma das principais preocupações na disciplina de enfermagem é o desenvolvimento e aplicação de soluções adequadas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Esmaeili, Cheraghi & Salsali, 2014). Tem um papel importante na criação de novas orientações para a prestação de cuidados de alta qualidade e no desenvolvimento de indicadores de qualidade nas práticas de cuidados (Eijk, Faber, Shamma, Munneke & Bloem, 2011; Esmaeili et al., 2014).

Melhorar a prestação de cuidados de saúde requer um enfoque intencional na qualidade dos serviços de saúde, o que implica prestar cuidados eficazes (prestando

cuidados de saúde baseados em evidências), seguros (evitar danos às pessoas a quem os cuidados se destinam), centrados nas pessoas (prestação de cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores individuais dos clientes) e que sejam oportunos (reduzindo os tempos de espera e atrasos por vezes prejudiciais), equitativo (prestação de cuidados que não variem em qualidade em função de género, etnia, localização geográfica e status socioeconómico), integrados (prestação de cuidados que disponibilize toda o tipo de serviços de saúde ao longo da vida) e eficientes (maximizar o benefício dos recursos disponíveis e evitar o desperdício) (Esmaeili et al., 2014; WHO, 2006; WHO, OECD & WB, 2018). A qualidade dos cuidados é o grau em que os serviços de saúde dirigidos a indivíduos ou populações, aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com os conhecimentos profissionais actuais (WHO, 2021; WHO, OECD & WB, 2018).

A qualidade em saúde é a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, a um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupondo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015, p.13551).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem uma responsabilidade fundamental na definição dos padrões de qualidade no domínio específico dos cuidados de enfermagem tendo definido os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012). Estes Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pretendem assegurar e garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no nosso país (OE, 2012). Estes são formados por seis enunciados descritivos: Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidado, Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012). Refere a OE (2012) que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que compete às instituições de saúde, adequarem os recursos e criarem as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade (OE, 2012). Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros (OE, 2012).

Entende-se a qualidade como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde, onde o ambiente da prática de enfermagem poderá ser uma

variável determinante na atuação multidisciplinar que caracteriza a prestação de cuidados de saúde (Jesus et al., 2015).

A qualidade dos cuidados de enfermagem é um elemento essencial na profissão e refere-se, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro e depende de muitos fatores, principalmente do APE (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Tomaszewska, Kłos & Majchrowicz, 2017), bem como da relação enfermeiro/cliente, da continuidade dos cuidados e da atenção às necessidades e preferências do cliente (Esmaeili et al., 2014).

O conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem é complexo e composto por diversas variáveis que o definem. Juanamasta, Aunguroch & Gunawan (2021) apresentam três atributos determinantes da qualidade dos cuidados de enfermagem:

- O Cuidado;
- A relação enfermeiro-cliente; e as
- Necessidades do cliente.

Estes autores defendem um modelo bipartido que explana os três atributos da qualidade dos cuidados de enfermagem e como são influenciados, denominando-os como antecedentes, e o que podem influenciar, denominando como consequências. Os antecedentes, são:

- fatores internos/características do enfermeiro (idade, formação, conhecimento, competência e experiência clínica);
- fatores do cliente (características do cliente, severidade da doença); e
- fatores externos (características do trabalho e ambiente para a prática de enfermagem) (Juanamasta et al., 2021).

As consequências, são:

- Resultados para os enfermeiros (satisfação profissional, *burnout*, intenção de saída e eventos adversos); e
- Resultados para os clientes (satisfação do cliente e melhorias do seu estado de saúde) (Juanamasta et al., 2021).

Koy, Yunibhand, Anguroch e Fisher (2015) exploram o conceito, encontrando quatro variáveis com impacto na qualidade dos cuidados:

- Dotações enfermeiro-cliente;
- Satisfação dos enfermeiros;
- APE; e
- *Burnout*.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é fortemente influenciada pelo APE, existindo uma relação significativa entre o APE dos enfermeiros e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral & Ferreira, 2013; Lucas & Nunes, 2020). Desta forma um APE favorável é um fator determinante para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como, um fator preponderante na melhoria dos resultados nos enfermeiros (Copanitsanou, Fotos & Brokalaki, 2017; Lucas & Nunes, 2020). Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem contribui para a melhoria do contexto clínico e prático dos enfermeiros, sendo um dos pilares do APE (Lucas et al., 2021).

O APE começou a ser estudado pela Academia Americana de Enfermagem a partir de 1981, devido a uma carência generalizada de enfermeiros nos anos 70, quando os seus elementos decidiram investigar o elevado índice de atração e retenção de enfermeiros em alguns hospitais, enquanto a maioria se debatia com a falta destes profissionais (Lake, 2002). Esses hospitais foram denominados de *Magnet Hospitals*, por possuírem um conjunto de características organizacionais que os distinguiam dos restantes (Lake, 2002). Estas características foram descritas como sendo:

- a participação dos enfermeiros na tomada de decisão;
- uma liderança de enfermagem efetiva e presente;
- a colaboração entre os vários profissionais;
- reconhecimento da autonomia profissional do enfermeiro;
- responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados;
- existência de profissionais qualificados; e
- horários flexíveis (Lake, 2002).

Estes Hospitais *Magnet*, nos Estados Unidos da América, tinham a capacidade de atrair e reter enfermeiros num contexto onde a sua oferta era escassa (Martínez-Riera et al., 2020). Este modelo de hospital alcançou melhores resultados para os

clientes com uma melhor qualidade de cuidados prestados (Copanitsanou et al., 2017; Martínez-Riera et al., 2020), taxas de mortalidade mais baixas e menos complicações (Aiken et al., 2014) e maior desenvolvimento profissional (Hickson, 2013) resultando em organizações que intervêm de forma mais eficiente, mantendo controlados os custos administrativos e de funcionamento (Kutney-Lee, Stimpfel, Sloane, Cimiotti, Quinn & Aiken, 2015; Martínez-Riera et al., 2020). Estes melhores resultados são consequência de um modelo de organização hospitalar que apresenta melhores condições de prestação de cuidados aos cidadãos (Martínez-Riera et al., 2020).

Aiken & Patrician (2000) definiram o APE como sendo um sistema que apoia o enfermeiro no controlo da prestação de cuidados de enfermagem e do ambiente em que os cuidados são prestados. Lake (2002) por seu lado, define o APE como sendo as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional dos enfermeiros, referindo que, no entanto, é um conceito difícil de conceptualizar.

Podemos assim dizer que o APE são todos os fatores que direta ou indiretamente afetam a prestação de cuidados e a prática dos enfermeiros no seu dia-a-dia. Aiken & Patrician (2000) consideram-no um sistema que permite ao enfermeiro controlar a prestação de cuidados e o seu ambiente. Já Lake (2002) refere que APE, como sendo algo mais abrangente que está dependente de fatores externos que podem influenciar a qualidade e a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros. Por este motivo consideramos a definição de Lake (2002) a mais atualizada e que melhor define o APE, uma vez que a prestação de cuidados por parte dos enfermeiros está dependente das condições favoráveis ou menos favoráveis da sua unidade/serviço e da organização de saúde.

A OMS propôs um modelo para a promoção de locais de trabalho saudáveis por forma a promover a saúde dos trabalhadores, essencial para a produtividade e promoção de resultados nos clientes, protegendo o trabalhador, diminuir impactes negativos na saúde dos trabalhadores (Burton, 2010). Este modelo chama a atenção das organizações empregadoras para os aspetos do ambiente físico e do ambiente psicossocial que irão promover os recursos pessoais de saúde de cada trabalhador (Burton, 2010).

Estes ambientes físicos e psicossociais dos colaboradores e da organização têm como objetivos a melhoria e promoção de recursos, de segurança, da saúde e bem-estar (WHO, 2010).

A definição de local de trabalho saudável, pela OMS, é importante por dar enfoque ao bem-estar dos profissionais, por forma a poderem desenvolver as suas práticas profissionais o melhor possível. Local de trabalho saudável é aquele em que trabalhadores e gestores colaboram para utilizar um processo de melhoria contínua para proteger e promover a saúde, segurança e bem-estar de todos os trabalhadores e a sustentabilidade do local de trabalho (Burton, 2010). E para isso, Burton (2010), considera os seguintes aspetos:

- Preocupações de saúde e segurança no ambiente de trabalho físico;
- Preocupações de saúde, segurança e bem-estar no ambiente de trabalho psicossocial, incluindo a organização da cultura do trabalho e do local de trabalho;
- Recursos pessoais de saúde no local de trabalho; e
- Formas de participar na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, das suas famílias e de outros membros da comunidade.

Todas estas dimensões promotoras da saúde e bem-estar dos profissionais de saúde são fundamentais para poderem desenvolver as suas práticas com o maior empenho, dedicação e profissionalismo que a relação profissional/cliente deve ter. A passagem de estadio de desenvolvimento dos profissionais e das organizações vai chegar a uma fase mais aprofundada nos APE favoráveis.

De acordo com Wei et al. (2018) um APE favorável pode ser definido como um local de trabalho que seja seguro, capacitante e satisfatório e é considerado de vital importância para a prevenção de erros clínicos e para o estabelecimento de equipas de enfermagem estáveis. APE favorável caracteriza-se pela adequação dos recursos humanos e materiais, participação ativa dos enfermeiros na governação da organização, qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem, e boas relações entre grupos distintos de profissionais de saúde (Almeida et al., 2020; Lake, 2002; Lucas et al., 2021). APE favoráveis influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos clientes, no bem-estar dos profissionais de saúde,

na produtividade e na eficácia dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Almeida et al., 2020; Lucas et al., 2021, Roque, 2016).

Lake & Friese (2006) elaboraram uma classificação de APE em favoráveis, desfavoráveis ou mistos, considerando as características presentes nos respetivos locais de trabalho dos enfermeiros.

O *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA estabeleceu a ligação entre a segurança do cliente e o APE, após a publicação do relatório *To Err is Human*, em 1999 (Ulrich, Barden, Cassidy & Varn-Davis, 2019) e pelo relatório *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses* do *Institute of Medicine* em 2004, onde recomendam as organizações de saúde, os enfermeiros gestores, os enfermeiros e as políticas de saúde a desenvolverem APE que promovam a prática de cuidados de enfermagem seguros (IOM, 2004). O *Institute of Medicine* considerou que APE favoráveis são essenciais para a satisfação profissional dos enfermeiros e para a retenção destes profissionais nos serviços/unidades/organizações, para a segurança do cliente e para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, ao mesmo tempo que assumem um papel fundamental na viabilidade financeira das organizações de saúde (Wei et al., 2018). Estes APE favoráveis permitem ao enfermeiro exercer a prática clínica com autonomia, mantendo controlo sobre o ambiente envolvente, participando nas decisões organizacionais que afetam a prestação de cuidados, ao mesmo tempo que se verificam boas relações entre enfermeiros e médicos, suporte organizacional (Nogueira, Sousa, Guedes, Santos, Turrini & Cruz, 2018; Wei et al., 2018) e reconhecimento da intervenção do enfermeiro na qualidade dos cuidados prestados ao cliente (Nogueira et al., 2018). APE favoráveis influenciam a capacidade dos enfermeiros de exercer com profissionalismo, capacitando-os e conduzindo-os à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e seguros, valorizando e reconhecendo a profissão de enfermagem, o que contribui, por sua vez, para manter, também, um APE favorável (Twigg & McCullough, 2014).

Quando o APE é percebido pelos enfermeiros como favorável, os resultados encontrados são sugestivos de melhor qualidade e segurança dos cuidados prestados (Aiken et al., 2012; Anderson et al., 2018; Poghosyan, Boyd & Clarke, 2016; Ulrich et al., 2019), com menores taxas de mortalidade (Aiken et al., 2012; Anderson et al., 2013; Poghosyan et al., 2016), e menos complicações para os

clientes (Aiken et al., 2012), com melhor desempenho global (Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, 2013; Ulrich et al., 2019) e aumento da produtividade (Ayamolowo et al., 2013). Neste cenário, verifica-se ainda maior satisfação profissional dos enfermeiros (Aiken et al., 2012; Ayamolowo et al., 2013; Chen, Ramalhal & Lucas, 2019; Copanitsanou et al., 2017; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019), menor intenção de saída (Aiken et al., 2012; Ayamolowo et al., 2013; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019), e maior estabilidade da equipa de enfermagem (Parro-Moreno et al., 2013) por diminuição da rotatividade (Ayamolowo et al., 2013; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2016) e menor taxa de absentismo (Ayamolowo et al., 2013). Por outro lado, quando este é percebido como desfavorável, encontram-se *outcome's* negativos para os enfermeiros, tais como baixa eficiência, insatisfação profissional, rotatividade (Chen et al., 2019; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan, Liu, Shang & D'Aunno, 2017) e *burnout* (Chen et al., 2019; Nogueira et al., 2018; Ulrich et al., 2019); e para os clientes, verificando-se o aumento da mortalidade e de outras complicações (Aiken et al., 2012, Copanitsanou et al., 2017; Ulrich et al., 2019; Wei et al., 2018), tais como maior tempo de internamento (Parro-Moreno et al., 2013; Wei et al., 2018), mais erros relacionados com a administração de medicação (Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019), comprometendo a segurança dos cuidados (Poghosyan et al., 2016) e, por último, menor satisfação dos clientes relativamente aos cuidados recebidos (Parro-Moreno et al., 2013).

Verificou-se que em países desenvolvidos, os APE favoráveis estão associados a melhores desempenhos dos trabalhadores, resultados e inovação satisfatórios nos clientes (Ayamolowo et al., 2013).

Os APE favoráveis são essenciais para prevenir o desgaste dos recursos humanos (Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2012; Lake & Friese 2006; Liu et al., 2012). A *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) (2013) considera um APE favorável, aquele que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, a qualidade dos resultados no cliente, o desempenho da organização e *outcomes* sociais. Este pode ser influenciado por vários fatores e pode influenciar de forma positiva ou negativa o desempenho profissional, a produtividade, a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Ulrich et al., 2019). Aspetos como rácios e dotações adequadas, relações profissionais dos enfermeiros com outros elementos da equipa

multidisciplinar, participação dos enfermeiros nas tomadas de decisão, autonomia na prestação de cuidados, colaboração entre profissionais, e uma liderança presente e efetiva, influenciam a prática diária dos enfermeiros, nomeadamente a sua carga de trabalho e o seu desenvolvimento profissional, o que pode condicionar a sua prática profissional e a prestação de cuidados aos clientes (Twigg & McCullough, 2014; Wei et al., 2018).

Organizações de saúde com APE favoráveis têm menor *burnout*, menor insatisfação dos enfermeiros no trabalho e menor percentagem de enfermeiros que consideram que a qualidade dos cuidados prestados é má (Aiken et al., 2011). Assim, um APE favorável traz benefícios para os enfermeiros, como maior autonomia e controlo na sua prática profissional, melhores relações com os médicos, melhores rácios enfermeiro/cliente e maior segurança no trabalho (Ulrich et al., 2019). Estes aspetos contribuem para o aumento do compromisso e satisfação profissional dos enfermeiros, diminuição na síndrome de *burnout*, diminuição na intenção de saída e aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem, aumentando assim também a retenção e manutenção de enfermeiros nas unidades de saúde (Aiken et al., 2011; Ayamolowo et al., 2013; Copanitsanou et al., 2017; Dorigan & Guirardello, 2017; Halm, 2019; Kirwan, Matthews & Scott, 2013; Ulrich et al., 2019; Van Bogaert, Timmermans, Weeks, Van Heusden, Wouters & Franck, 2014; Wei et al., 2018).

Também os clientes obtêm benefícios com APE favoráveis, aumentando a satisfação com os cuidados de enfermagem (Copanitsanou et al., 2017) e ao nível da segurança e qualidade nos cuidados ao diminuir:

- as quedas e desenvolvimento de úlceras de pressão nos clientes (Halm, 2019; Stalpers, De Brouwer, Kaljouw & Schuurmans, 2015; Van Bogaert et al., 2014);
- o número de erros associados à medicação (Ulrich et al., 2019; Van Bogaert et al., 2014);
- o número de infeções associadas aos cuidados de saúde (Halm, 2019; Van Bogaert et al., 2014);
- a mortalidade (Halm, 2019; Ulrich et al., 2019);
- cuidados de enfermagem que ficam por realizar (Park, Hanchett & Ma, 2018);

- os conflitos com clientes e famílias (Van Bogaert et al., 2014).

Assim, o APE tem sido associado à manutenção e recrutamento de enfermeiros nas unidades de saúde, à qualidade dos cuidados de enfermagem e seus resultados, e à segurança dos clientes (Friese, 2012; Gea-Caballero, Castro-Sánchez, Juárez-Vela, Díaz-Herrera, Miguel-Montoya & Martínez-Riera, 2018; Swiger et al., 2017a; Warshawsky & Sullivan-Havens, 2011), tendo sido identificado como um potencial mecanismo para melhorar a cultura de segurança do cliente no ambiente (Swiger, Raju, Breckenridge-Sproat & Patrician, 2017b). É considerado uma variável multidimensional (Choi & Boyle, 2014) que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem e os resultados dos enfermeiros (Copanitsanou et al., 2017; Halm, 2019; Lake, 2002; Lake, 2007; Ulrich et al., 2019).

O APE tem impacto nos resultados dos clientes e dos enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020). O APE onde os enfermeiros possuem autonomia, controlo sobre o ambiente e boas relações com a equipa médica, resultam em menores níveis de *burnout* (Aiken et al., 2012; AL-Ma'mari, Sharour & Al-Omari, 2020; Guirardello, 2017; Liu et al., 2018; Nogueira et al., 2018; Van Bogaert, Clarke, Wouters, Franck, Willems & Mondelaers, 2013a; Van Bogaert, Kowalski, Weeks, Van Heusden & Clarke, 2013b; Van Bogaert et al., 2014; Xian, Zhai, Xiong & Han, 2020; You et al., 2013), maior satisfação profissional (Aiken et al., 2012; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van Den Heden & Sermeus, 2013; Dorigan & Guirardello, 2017; Klopper et al., 2012), menor intenção de saída (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2013; Alves & Guirardello, 2016; Van Bogaert et al., 2014; Xian et al., 2020) e melhores resultados para os clientes no que respeita à qualidade dos cuidados de enfermagem (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2017; Aiken et al., 2013; Alves & Guirardello, 2016; Elsous, Radwan & Mohsen, 2017; Guirardello, 2017; Zhu, Zheng, Liu & You, 2019) e à segurança dos clientes (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2017; Aiken et al., 2013; Liu et al., 2018; Van Bogaert et al., 2014).

A otimização dos APE pode contribuir para a qualidade dos cuidados com repercussões positivas ao nível da efetividade dos cuidados (Sherman & Pross, 2010; Ferreira & Amendoeira, 2014; Jesus et al., 2015).

O suporte da gestão influencia o APE. O reduzido apoio dos gestores e a comunicação desadequada contribuem para a insatisfação profissional dos enfermeiros (Akter et al., 2019), que afeta o APE, mais do que por qualquer outro

fator (Lucas & Nunes, 2020). O APE consiste, assim, num fator organizacional fundamental, sendo que os enfermeiros ao sentirem que têm suporte e apoio da gestão, como também uma maior visibilidade das suas intervenções, tendem a apresentar maiores níveis de satisfação (Lucas & Nunes, 2020).

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

A oportunidade de maior nível de formação e desenvolvimento profissional estão intimamente ligados a um melhor APE, melhor qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança dos cuidados e capacitação dos recursos humanos (Aiken et al., 2003; Aiken et al., 2008; Aiken et al., 2012; Bruyneel et al., 2009; Estabrooks Midodzi, Cummings, Ricker & Giovanetti, 2005; Kirwan et al., 2013; Titlestad et al., 2018; You et al., 2013). As organizações devem fornecer condições para formação dos enfermeiros, para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, tomada de decisão e colaboração multidisciplinar para que haja uma melhor coesão e trabalho das equipas (Lucas & Nunes, 2020). A presença de maiores competências profissionais está associada a uma mortalidade reduzida, a uma maior satisfação dos clientes e uma menor ocorrência de eventos adversos nos clientes (Aiken et al., 2017; Leone et al., 2015; Wei et al., 2018), como más práticas, readmissões por complicações, aumento dos custos de cuidados de saúde e cuidados ineficazes (Lucas et al., 2021).

O apoio da gestão e a liderança é considerado o fator mais importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, e para a satisfação dos enfermeiros (Adriaenssens, Hamelink & Van Bogaert, 2017; Schmidt, Dichter, Bartholomeyczik & Hasselhorn, 2014; Yeatts, Seckin, Shen, Thompson, Auden & Cready, 2018) sendo aspetos-chave e elementos essenciais como o

desenvolvimento profissional e a capacidade de promover a participação dos enfermeiros na gestão da organização (Gea-Caballero et al., 2018). Este conhecimento facilita a incorporação de práticas clínicas baseadas na evidência, que contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para a segurança dos clientes (Gea-Caballero et al., 2018). Outro aspeto-chave é a relação entre enfermeiros e médicos, sendo essencial para melhorar os resultados dos clientes e a qualidade dos serviços de saúde (Elsous et al., 2017).

Melhorar o APE permitirá aos enfermeiros dedicarem mais tempo à relação direta com o cliente, contribuindo decisivamente para a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Adriaenssens et al., 2017). Wei et al. (2018) referem que os líderes e administradores de enfermagem devem promover características organizacionais e APE favoráveis para melhorar a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados, porque reconhecem a importância de estabelecer uma cultura de segurança do cliente (Sorra, Yount, Famolaro & Gray, 2021; Wei et al., 2018), e porque os hospitais se esforçam continuamente em melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos clientes (Sorra et al., 2021).

A segurança do cliente é um aspeto indissociável da qualidade dos cuidados de enfermagem e de toda a prática de cuidados e respetivas intervenções. O artº 109 do Código Deontológico dos Enfermeiros, refere “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício” garantindo a qualidade dos cuidados (OE, 2015). Ora, tanto os enfermeiros generalistas como os especialistas e os gestores, no âmbito da prestação de cuidados e da gestão, têm como princípio, dever e regra de natureza ética da classe profissional, a excelência do exercício e da qualidade dos cuidados que prestam ou gerem.

Outro conceito relacionado e importante para este estudo, é a cultura de segurança do cliente, que se refere às crenças, valores e normas compartilhados por profissionais de saúde e funcionários de toda a organização, que influenciam suas ações e comportamentos na promoção da segurança do cliente (Sorra et al., 2021). A cultura de segurança do cliente pode ser medida, determinando o que é importante e quais as atitudes e os comportamentos que são recompensados, apoiados, esperados e aceites, no que diz respeito à segurança do cliente (Sorra et al., 2021). É importante estabelecer amplamente uma cultura de segurança do cliente alargada a todo um país, porque as medidas a implementar são transversais aos sistemas de

saúde, a todas as organizações de saúde, departamentos e unidades (Sorra et al., 2021).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021) define segurança do cliente como uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes, nos cuidados de saúde, que de forma consistente e sustentável diminuem o risco, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam o erro menos provável e reduzem o seu impacto quando este ocorre.

Em 2020 a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021) publicou o *Plano de Ação Global para a Segurança do Cliente 2021-2030*, onde foram definidos como Princípios Orientadores:

- Envolver os clientes e família como parceiros nos cuidados seguros;
- Alcançar resultados através do trabalho colaborativo;
- Analisar os dados para criar conhecimento;
- Traduzir as evidências em melhorias mensuráveis;
- Basear as políticas e ações na natureza do ambiente de cuidados;
- Usar os conhecimentos científicos e a experiência do cliente para melhorar a segurança; e
- Inculcar cultura de segurança na conceção e prestação de cuidados de saúde.

Os Objetivos Estratégicos deste *Plano de Ação Global para a Segurança do Cliente 2021-2030*, são indicados para serem adotados a nível mundial pelos governos, organizações internacionais e organizações de saúde, de forma a melhorar a segurança do cliente em todos os níveis da prestação de cuidados (WHO, 2021).

Em Portugal esteve em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, inscreveu-se no quadro de políticas públicas contra os fatores que contribuía para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015). Após a sua avaliação, entrou recentemente em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Indica o Despacho n.º 9390/2021 que “a promoção da segurança do

doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua”.

A responsabilidade pela segurança dos clientes é assim de todos os intervenientes diretos e indiretos no processo de gestão e prestação de cuidados de saúde, entre os quais os administradores das organizações, enfermeiros gestores e enfermeiros, sendo ainda seu dever, criarem APE favoráveis onde a segurança se torne a norma e a excelência em todos os objetivos (AACN, 2016).

Um fator que contribui para diminuir a qualidade e segurança dos cuidados é o inadequado rácio enfermeiro/cliente e conseqüente aumento da carga de trabalho dos enfermeiros (Cho, You, Song & Hong, 2020). Existe desta forma uma forte correlação entre adequação de rácio enfermeiro/cliente, carga de trabalho e a segurança do cliente (Mihdawi, Al-Amer, Darwish, Randall & Afaneh, 2020).

O rácio enfermeiro/cliente é utilizado para avaliar a adequação da equipa de enfermagem e a qualidade dos cuidados durante um dia de trabalho (Ambani, Kutney-Lee, Lake & Scott, 2020). Se este rácio for pequeno vai contribuir para um aumento da carga de trabalho dos enfermeiros, o que terá como conseqüência a diminuição do tempo disponível para prestar cuidados de enfermagem (Ambani et al., 2020). Desta forma, os enfermeiros têm de fazer escolhas relativamente aos cuidados que conseguem prestar ou não, que na literatura é conhecido por *Missed Nursing Care* (Harvey, Thompson, Otis & Willis, 2020).

Missed Nursing Care, também foi descrito como cuidados deixados por fazer (Harvey et al., 2020). Parece-nos que podemos utilizar o termo cuidados de enfermagem omissos, referente a cuidados de enfermagem que poderiam ser prestados, mas não o foram, devido a uma justificação interna ou externa ao enfermeiro.

Cuidados de enfermagem omissos são todas as situações em que os cuidados de enfermagem não são realizados devido a constrangimentos organizacionais que limitam a capacidade do enfermeiro completar ou adiar os cuidados que o cliente necessita (Duffy, 2013; Harvey et al., 2020). Assim, é fundamental que se criem APE saudáveis, pois uma percepção positiva do APE foi associada à diminuição dos cuidados de enfermagem omissos (Smith, Morin, Wallace & Lake, 2017).

Cuidados de enfermagem omissos, rácios enfermeiros/clientes baixos, a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente e APE desfavoráveis, contribuem para a intenção de saída dos enfermeiros (Sasso, Bagnasco, Catania, Zanini, Aleo & Watson, 2019). A insatisfação profissional, características organizacionais como a carga de trabalho, estilo de liderança, autonomia e capacitação dos enfermeiros, horários de trabalho e oportunidades de progressão na carreira são também aspetos que influenciam a intenção de saída dos enfermeiros (Hayes et al., 2012).

No que respeita à segurança dos clientes com os cuidados de enfermagem, depende das dotações destes profissionais nas equipas e da *burnout* dos mesmos (Wang, Liu & Wang, 2015b). Para além de ser um desafio para a retenção de enfermeiros, elevadas taxas de *burnout* resultam em riscos para a segurança do cliente e para a qualidade dos cuidados prestados e ainda um decréscimo da satisfação do cliente (Aiken et al., 2011).

Um aumento no rácio de enfermeiros e aumento da qualificação académica dos mesmos, leva a uma diminuição considerável da mortalidade e da ocorrência de eventos adversos (Audet, Bourgault & Rochefort, 2018; Haegdorens, Van Bogaert, De Meester & Monsieurs, 2019).

Fatores como a satisfação profissional, a perspetiva institucional sobre os erros e a perceção dos profissionais acerca do modelo de gestão, são indicados como essenciais para a presença de um clima de segurança institucional (Alves & Guirardello, 2016). Os enfermeiros gestores têm um papel crucial no desenvolvimento de ambientes que favoreçam a prática profissional e a segurança dos clientes (Alves & Guirardello, 2016).

Ambientes de trabalho com grande carga de trabalho, baixas recompensas e insegurança aumenta o risco de desenvolver *burnout* (Aronsson et al., 2017) tanto em médicos quanto em enfermeiros (Marôco, Marôco, Leite, Bastos, Vazão & Campos, 2016).

Quando o APE é favorável, os enfermeiros referem maior qualidade dos cuidados de enfermagem e têm menor intenção de saída do local de trabalho (Chen et al., 2019). O envolvimento do enfermeiro nas decisões organizacionais, bem como a participação dos mesmos nas tomadas de decisão, contribuem para melhores resultados (Chen et al., 2019).

Vários estudos demonstram a associação entre os fatores relacionados com o contexto da prática clínica e os resultados para os enfermeiros e para os clientes (Aiken et al., 2012; Liu et al., 2012; Copanitsanou et al., 2017; Gea-Caballero et al., 2018; Lucas & Nunes, 2020; Nogueira et al., 2018; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017; Wei et al., 2018; Ulrich et al., 2019). É, por isso, considerado uma variável que afeta a qualidade dos cuidados de enfermagem (Chen et al., 2019; Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2016; Ulrich et al., 2019; Wei et al., 2018).

O APE surge, então, associado à qualidade dos cuidados de enfermagem, à satisfação profissional, à *burnout* e à intenção de saída.

Frequentemente os enfermeiros avaliam o seu ambiente de trabalho como stressante e complexo, com escassez de pessoal e recursos limitados (Copanitsanou et al., 2017). O stress característico da profissão leva, muitas vezes, ao esgotamento, baixa produtividade, absentismo e, a longo prazo, contribui para a escassez de profissionais, o que contribui para o agravamento do problema, considerando que a falta de profissionais se relaciona estritamente com a segurança dos cuidados (Copanitsanou et al., 2017). Um ou mais atributos desfavoráveis no APE estão associados a maiores taxas de mortalidade (Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015), devido à ocorrência de erros, muitos dos quais relacionados com um ambiente de trabalho insalubre, caracterizado por falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, resistência à mudança e à falta de liderança efetiva (Parro-Moreno et al., 2013). Por outro lado, os enfermeiros sentem muitas vezes que as suas intervenções são desvalorizadas nas organizações e, por isso, tornadas invisíveis, não se sentindo apoiados por parte dos gestores de topo (Parro-Moreno et al., 2013).

Assim, APE desfavoráveis, com falta de apoio da gestão, fraca liderança e má relação enfermeiro-médico, estão associados a:

- Diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Aumento de eventos adversos nos clientes, como erros;
- Aumento da mortalidade e complicações;
- Aumento de reinternamentos por complicações;

- Aumento dos custos com os cuidados de saúde;
- Prestação ineficaz de cuidados, conflitos e stress entre os profissionais de saúde;
- Insatisfação profissional; e
- Aumento da rotatividade dos enfermeiros (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2015; Tomaszewska et al., 2017).

Todos estes aspetos contribuem fortemente para a insatisfação dos clientes com os cuidados que lhes são prestados (Lucas & Nunes, 2020).

Por outro lado, cuidar de clientes com situação de doença cada vez mais complexas, com elevada carga de trabalho e rácios cliente/enfermeiro elevados, condicionam os enfermeiros a resultados negativos tais como insatisfação no trabalho, *burnout* e rotatividade, que influenciam o seu desempenho e levam à diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem (Poghosyan et al., 2016). Nas organizações com recursos adequados de enfermeiros, os clientes apresentam menor probabilidade de morrer em todos os níveis de risco e os custos dos cuidados que receberam foram iguais ou menores nessas organizações do que naquelas que revelaram recursos desadequados de enfermeiros (Aiken et al., 2018). Os resultados destes estudos permitem concluir que os custos associados à contratação de mais enfermeiros, são compensados pela redução de tratamentos intensivos, menor tempo de internamento, menos 30% de infeções associadas aos cuidados de saúde (Aiken et al., 2012, Aiken et al., 2018), o que se traduz em segurança e qualidade nos cuidados (Copanitsanou et al., 2017; Liu et al., 2012; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2016; Wei et al., 2018). Por outro lado, os resultados evidenciam que por cada cliente adicional atribuído à responsabilidade de um enfermeiro está associado um aumento de 6 a 9% nas readmissões por pneumonia, insuficiência cardíaca e enfarte agudo do miocárdio, ao aumento de 8% nas readmissões por fratura do colo do fémur, aumento de 3% nas readmissões após cirurgia geral e ao aumento de 11% nas readmissões para crianças hospitalizadas, crescendo desnecessariamente o custo com os cuidados (Aiken et al., 2018). É ainda de salientar que metade dos enfermeiros assumem não ter tido tempo para concluir o planeamento da alta e realizar os cuidados antecipatórios ao cliente (Aiken et al., 2018), diminuindo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Quando a avaliação dos enfermeiros sobre

os padrões da prática profissional de enfermagem aumenta, a adequação da equipa e as relações profissionais são avaliadas como melhores (Copanitsanou et al., 2017), concluindo-se que quando os enfermeiros percebem que realizam cuidados de enfermagem com qualidade, as equipas de enfermagem encontram-se dotadas de elementos com as competências necessárias e em número suficiente (Parro-Moreno et al., 2013). Estas conclusões corroboram os resultados verificados nos estudos de Aiken et al. (2018) quando referem que nos hospitais onde se verificou a existência de enfermeiros com competências necessárias e em número adequado, a taxa de úlceras por pressão, lesões por quedas e infeções do trato urinário, foram menores. Assim, num APE favorável, os profissionais têm acesso a informações, recursos e oportunidades para desenvolver os seus conhecimentos e competências, o que se traduz em maior produtividade para a organização, maior comprometimento com a equipa e melhores resultados para o cliente no âmbito da segurança dos cuidados (Parro-Moreno et al., 2013). Este tipo de APE pode influenciar significativamente as atitudes dos enfermeiros e as suas escolhas de carreira (Galletta, Portoghese, Carta, D'Aloja & Campagna, 2016).

Se o APE não melhorar, é expectável que haja escassez de enfermeiros no futuro (Aiken et al., 2013; Chen et al., 2019).

O APE assume assim cada vez mais importância na área da saúde, pois é entendido como um conjunto de fatores que podem influenciar de forma positiva ou negativa o desempenho profissional, a produtividade, a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Ulrich et al., 2019). Aspectos como rácios e dotações adequadas, as relações profissionais dos enfermeiros com outros elementos da equipa multidisciplinar, a participação dos enfermeiros nas tomadas de decisão, a autonomia na prestação de cuidados, a colaboração entre profissionais e uma liderança presente e efetiva influenciam aspectos da prática diária dos enfermeiros, nomeadamente a sua carga de trabalho e o seu desenvolvimento profissional, o que pode condicionar a sua prática profissional e a prestação de cuidados aos clientes (Twigg & McCullough, 2014; Wei et al., 2018).

A carga de trabalho é um dos fatores que causa preocupação aos enfermeiros. A carga de trabalho é elevada em muitos serviços/unidades, devido às políticas organizacionais e à falta de enfermeiros. Este fator inclui o atendimento direto e

indireto (comunicação com a família e trabalho administrativo) ao cliente (Shaheen et al., 2019).

Enfermeiros com cargas horárias superiores ao recomendado, tendem a referir mais problemas de saúde e mais dificuldades na prestação de cuidados de qualidade aos clientes (Akter et al., 2019). A falta de enfermeiros nas organizações de saúde reduz a eficiência e a qualidade dos cuidados de enfermagem, o que afeta diretamente a satisfação dos clientes (Lin, Lu & Huang, 2016).

Pearson et al. (2006) definem carga de trabalho como a quantidade de trabalho que um enfermeiro tem com um cliente num determinado dia e medido pela relação de número de clientes por enfermeiro. Sobrecarga de trabalho sobre os enfermeiros influencia a segurança dos clientes com probabilidade de ocorrência de úlceras de pressão, infeções, erros de medicação, quedas (AL-Ma'mari et al., 2020), taxas de mortalidade associadas (Aiken et al., 2002b; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi & Jawad, 2003; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber, 2003) e maiores conflitos nas equipas (Aiken, Clarke & Sloane, 2002a; Aiken et al., 2002b).

APE com cargas de trabalho elevadas, traduz altos níveis de desgaste, insatisfação e intenção de saída, com impacte negativo na qualidade dos cuidados de enfermagem e na satisfação dos clientes (De Sul & Lucas, 2020b; Nantsupawat, Kunaviktikul, Nantsupawat, Wichaikhum, Thienthong & Poghosyan, 2017; Nowrouzi-Kia & Fox, 2020). A sobrecarga pode levar a alterações no comportamento dos profissionais em relação ao seu trabalho, causando diminuição na produtividade que podem gerar resultados negativos, bem como aumento da mortalidade e das taxas de infecção e de erro (Aiken et al., 2014; Almenyan, Albuduh & Al-Abbas, 2021; Fagerström, Kinnunen & Saarela, 2018). Desta forma, providenciar uma equipa de enfermagem, com número de enfermeiros adequados tornou-se um elemento-chave essencial (Almenyan et al., 2021).

As baixas dotações são um problema transversal a todas as áreas de atuação da enfermagem, e que influenciam de forma negativa o APE, sendo muito vezes responsáveis pelo aumento da carga de trabalho dos enfermeiros, o que leva a que a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem fiquem comprometidos. O enfermeiro gestor enquanto responsável máximo pela qualidade e segurança dos cuidados prestados, tem um papel preponderante devendo assegurar a existência de dotações seguras (Lucas & Nunes, 2020), pois como é referido por Wei et al.

(2018) rácios enfermeiro/cliente apropriados e APE favoráveis aumentam a qualidade dos resultados dos clientes.

Melhores rácios enfermeiro/cliente, mais formação dos enfermeiros e uma maior implicação na tomada de decisão nas políticas da organização, conduzem a melhores níveis de produtividade e de satisfação, favorecendo os resultados dos cuidados de enfermagem e da organização (Aiken et al., 2002a; Hollman, Lennartsson & Rosengren, 2014).

Por outro lado, a perceção pelos enfermeiros de não realizarem todos os cuidados necessários ou deixarem cuidados omissos, provocada pela elevada carga de trabalho ou por equipas desadequadas, pode originar elevados níveis de *burnout* e insatisfação dos enfermeiros, afetando igualmente a qualidade dos cuidados (Liu et al., 2012).

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

Em Portugal, as dotações são definidas por uma orientação de natureza técnica, da Ordem dos Enfermeiros, que é o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 743/2019). Este Regulamento nos CSP, definiu para as Unidade de Saúde Familiares e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários, um enfermeiro/1.550 utentes ou um enfermeiro/350 famílias (Regulamento nº 743/2019). Para as Unidades de Cuidados na Comunidade são considerados, pelo menos, um enfermeiro até 5.000 habitantes, preferencialmente enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 743/2019). Caso estas Unidades de Cuidados na Comunidade tenham intervenção em Saúde Escolar, Preparação para o Parto, adaptação à Parentalidade e Parentalidade, Parcerias e Programas Comunitários, Saúde Mental, Reabilitação e Equipa de Cuidados Continuados Integrados, existem dotações específicas de acordo com o Regulamento nº 743/2019. Para a Unidade de Saúde

Pública a dotação está definida em um enfermeiro especialista/30.000 habitantes (Regulamento nº 743/2019). Para o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) está definido um enfermeiro (Regulamento nº 743/2019).

Quando analisamos o número de enfermeiros/médico, em 2019, em Portugal, são de 1,3 que é metade da proporção dos 38 países da OCDE com 2,6 e muito longe da Finlândia (4,4), Irlanda (3,9), França (3,3) e Reino Unido (2,8) (OECD, 2021). Portugal tem a mesma proporção de enfermeiros/médico que Espanha e Lituânia (OECD, 2021).

Quanto ao número de enfermeiros/1000 habitantes, em 2019, Portugal tinha 7,1, valor, ao lado do Brasil com 7,4 e da Hungria com 6,6 e distante do valor dos 38 países da OCDE (8,8) e muito distante da Suíça (18,0), Noruega (17,9), Finlândia (14,3), Irlanda (12,9), França (11,1), Reino Unido (8,2), Espanha (5,9) e Lituânia (4,4) (OECD, 2021). De referir que na Noruega, o aumento substancial de enfermeiros, foi conseguido devido a uma série de medidas para atrair mais estudantes no ensino de enfermagem e reter mais enfermeiros na profissão, melhorando as suas condições de trabalho (OECD, 2021). Em 2016, o governo norueguês adotou um plano de ação de cinco anos – o *Competence Lift 2020* – para melhorar as competências, remuneração e taxas de retenção dos enfermeiros no país. Este plano de ação foi prorrogado por mais cinco anos no âmbito do *Competence Lift 2025* (OECD, 2021).

Podemos assim verificar que medidas políticas do país é uma forma de reter os profissionais aliando outras medidas de melhoria das condições de trabalho dos profissionais. Portugal tem enfermeiros abaixo das médias dos países da OCDE, tanto nas proporções enfermeiro/médico como enfermeiro/1000 habitantes, o que vai ter consequências nas dotações das equipas, com diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem, porque a quantidade de trabalho é superior e os profissionais não são “elásticos”. Estas dotações repercutem-se também na satisfação dos clientes. O esforço acrescido sobre os profissionais, vai provocar sobrecarga de trabalho nestes profissionais com impacte na sua satisfação profissional.

Ora, na perspetiva do indivíduo, o trabalho não é apenas uma forma de ocupação física ou intelectual regular e remunerada, onde se troca o “tempo” por uma rentabilidade que permite a subsistência desse indivíduo. É muito mais do que isso.

É também um espaço de socialização e de realização individual, com repercussões em todas as relações sociais e pessoais desse indivíduo, que pode permitir a construção de um espaço de aprendizagem para o próprio e para os que o rodeiam. Este conjunto de “espaços” é de grande importância para toda a sociedade. Se analisarmos os contributos de Maslow, da pirâmide das necessidades, o topo da mesma é o espaço de realização pessoal.

Maslow apresentou uma teoria de motivação, na qual, as necessidades humanas estão organizadas e compostas por níveis, seguindo uma hierarquia de importância. Estas necessidades, figuradas numa pirâmide, têm na sua base, as necessidades mais básicas - necessidades fisiológicas - e no seu topo, as mais elevadas - necessidades de autorrealização (Chiavenato, 2000).

No quadro 2 apresentamos as características de cada uma das necessidades, de acordo com Chiavenato (2000) e Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso (2007).

Quadro 2: Hierarquia das necessidades de Maslow.

Necessidades de autorrealização	São as necessidades humanas mais elevadas e que estão no topo da hierarquia. Estão relacionadas com a realização do próprio potencial e do autodesenvolvimento contínuo. Correspondem à possibilidade de os indivíduos serem aquilo que podem ser. Baseia-se nos seguintes aspetos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabalho criativo ✓ Diversidade e autonomia ✓ Participação nas decisões
Necessidades de autoestima	São necessidades relacionadas com a forma com que o indivíduo se vê e se avalia. Envolvem a autoavaliação, autoconfiança, desejo de independência e autonomia, necessidade de aprovação social e de respeito, de status, prestígio e consideração. Baseia-se nos seguintes aspetos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsabilidade por resultados ✓ Orgulho e reconhecimento ✓ Promoções
Necessidades sociais	São necessidades de relacionamentos interpessoais, de associação, de participação, de aceitação pelos pares, amizade, afeto e amor. Surgem no comportamento quando as necessidades fisiológicas e de segurança estão relativamente satisfeitas. Baseia-se nos seguintes aspetos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Amizade dos colegas ✓ Interação com clientes ✓ Gestores amigáveis
Necessidades de segurança	São necessidades de segurança ou de estabilidade, procura de proteção contra ameaça ou privação, fuga ao perigo. No caso do emprego, está relacionada com o desejo de estabilidade laboral. Surgem no comportamento quando as necessidades fisiológicas estão relativamente satisfeitas. Baseia-se nos seguintes aspetos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Condições seguras de trabalho ✓ Remuneração e benefícios ✓ Estabilidade no emprego

Necessidades fisiológicas	Incluem a fome, sede, sexualidade, sono e repouso. Refere-se ao mais elementar nível da existência humana. Baseia-se nos seguintes aspetos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervalos de descanso ✓ Conforto físico ✓ Horário de trabalho adequado
---------------------------	--

Fonte: Chiavenato (2000); Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso (2007).

Esta teoria tem contributos para a intervenção dos enfermeiros gestores, motivando os membros das equipas, dando espaço para a satisfação profissional das equipas, organizando os cuidados de enfermagem, identificando recomendações práticas para a melhoria da qualidade e produtividade dos cuidados prestados. O enfermeiro gestor pode proporcionar o desenvolvimento das suas equipas, com conseqüente dinamização da satisfação profissional, incentivando e dando espaço à autonomia dos enfermeiros, proporcionando espaços de discussão das equipas incentivando a inovação, dando suporte as equipas e espaço para a tomada de decisões. Este espaço de intervenção dos enfermeiros gestores junto das suas equipas, é consentâneo e suportado nas necessidades de autorrealização no topo da pirâmide de Maslow. Assim, a realização pessoal que o indivíduo obtém pelas suas boas relações laborais, integrado em equipas saudáveis e promovendo ambientes de trabalho favoráveis, vão contribuir para a sua satisfação profissional.

A evidência científica demonstra a importância do APE na satisfação profissional dos enfermeiros e como é importante para a retenção dos enfermeiros nos serviços/unidades/organizações e para melhorar os cuidados de enfermagem prestados (Chen et al., 2019).

A satisfação profissional é uma resposta afetiva resultante de uma avaliação da situação de trabalho e depende da gestão de várias dimensões com maior ou menor impacto nas organizações, tais como a eficácia do trabalho, a produtividade, o absentismo, o abandono do trabalho, a rotatividade, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (Gouzou, Karanikola, Lemonidou, Papathanassoglou & Giannakopoulou, 2015; Leone et al., 2015).

Um estudo nos EUA, em hospitais denominados “*Magnet*”, que são hospitais de referência em processos de acreditação e com condições de trabalho que atraem os profissionais, indica a necessidade de adoção de estratégias para a retenção dos

enfermeiros promovendo a sua satisfação profissional e conseqüentemente mais clientes (Bormann & Abrahamson, 2014).

Um outro estudo na Suécia, em CSP, revela um aumento da satisfação profissional dos enfermeiros, relacionado com a elevada qualidade dos cuidados prestados e indica a escassez de recursos humanos e pouco acesso à formação, como fatores de insatisfação (Hollman et al., 2014).

Não importa apenas aumentar os recursos humanos nas organizações, mas promover o seu acesso a formação. Formação esta que se pode realizar de várias formas, na formação em serviço, formação formal fora dos serviços nos centros de formação das organizações de saúde, criação de condições facilitadoras e promotoras da frequência da formação em instituições académicas e com formações ao nível de especializações clínicas de enfermagem. Estas iniciativas servem como fatores incentivadores da excelência e do empenho profissional e do comprometimento com a própria organização. Esta é uma iniciativa de diferenciação das equipas de enfermagem nas unidades/serviços, tal como referem Aiken et al., (2002b), que melhores rácios enfermeiro/doente, mais formação dos enfermeiros e uma maior implicação na tomada de decisão e políticas da organização, conduzem a melhores níveis de produtividade e de satisfação, favorecendo os resultados dos cuidados de enfermagem e da organização.

A avaliação da satisfação profissional é uma grande oportunidade de identificar as fragilidades e a força das organizações e permitir aos enfermeiros gestores intervirem nesta área, promovendo a retenção de “talentos” na organização, fundamental, para a qualidade dos cuidados de enfermagem e para a satisfação dos clientes.

A satisfação profissional é um construto subjetivo multidimensional (Chen et al., 2019) resultante de uma interação entre fatores extrínsecos e intrínsecos do trabalho que são priorizados com base nas expectativas individualizadas dos funcionários (Yasin, Kerr, Wong & Bélanger, 2020) e onde se incluem requisitos, autonomia profissional, relações de trabalho e condições organizacionais (Chen et al., 2019).

Estes fatores são motivadores ou satisfatórios decorrentes da necessidade humana de autorrealização e incluem realização ou sucesso profissional, reconhecimento, a natureza do trabalho, segurança do trabalho, responsabilidade, desenvolvimento e

promoção da carreira, oportunidades formativas, e oportunidade de crescimento profissional (Yasin et al., 2020). É notória aqui, a influência de Maslow e de Herzberg. Importa abordar alguns contributos teóricos que expliquem o comportamento humano no trabalho, com os fatores de satisfação e insatisfação, que é a teoria bifatorial de Herzberg. Esta teoria defende que os indivíduos têm dois tipos de fatores independentes entre eles, que não se vinculam entre si, e que explicam o comportamento das pessoas em situação laboral (Chiavenato, 2000).

A teoria bifatorial de Herzberg pressupõe os seguintes aspetos, apresentados no quadro 3:

- A satisfação no cargo depende dos fatores motivadores, ou seja, de conteúdos ou atividades desafiantes e estimulantes do cargo desempenhado pela pessoa;
- A insatisfação no cargo depende dos fatores higiénicos, ou seja, do ambiente de trabalho, do salário, benefícios recebidos, relação com a chefia e com os pares e pelo contexto geral que envolve o cargo que ocupa (Chiavenato, 2000).

Quadro 3: Fatores motivadores e fatores higiénicos.

Fatores motivadores: geram satisfação	Fatores higiénicos: previnem a insatisfação
Sentimento de realização	Relação com a chefia
Reconhecimento profissional	Relação com os pares
Trabalho variado e desafiante	Supervisão técnica
Desenvolvimento pessoal e de competências	Condições de trabalho
Crescimento individual	Salário
Delegação de responsabilidades	Benefícios e serviços sociais
Oportunidades de promoção	
Autonomia	

Fonte: Chiavenato (2000); Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso (2007).

Os fatores motivadores evitam a dor e geram satisfação (Cunha et al., 2007). Os fatores higiênicos, evitam as atitudes negativas, mas não provocam atitudes positivas (Cunha et al., 2007).

Segundo Chiavenato (2000) os fatores motivadores estão relacionados com o conteúdo do cargo e com a natureza das tarefas que o indivíduo executa e que estão sob o seu controlo. Estes fatores motivadores incluem sentimento de realização, reconhecimento profissional, delegação de responsabilidade, trabalho desafiante, oportunidades de promoção, autonomia, desenvolvimento pessoal e de competências e crescimento ou enriquecimento individual (Chiavenato, 2000; Cunha et al., 2007). O efeito dos fatores motivadores sobre os trabalhadores é profundo e estável (Chiavenato, 2000).

Quanto maiores os fatores motivadores, maior o nível de satisfação profissional.

Fatores higiênicos são condições necessárias, embora insuficientes, para uma relação positiva com o trabalho, ou seja, estando presentes, evitam atitudes negativas, mas não provocam atitudes positivas por si só (Cunha et al., 2007).

Os enfermeiros dos CSP indicam que um importante fator de satisfação é a melhoria das condições de trabalho, de salários e possibilidades de promoção (Ayamolowo et al., 2013; Cagan & Gunay, 2015).

Os enfermeiros dos CSP não trabalham com horários rotativos tradicionais hospitalares e de acordo com Pron (2013) consideram que compensa, mesmo tendo um salário inferior, aos dos enfermeiros dos hospitais. Porque em CSP consideram ter uma grande autonomia, principalmente em Centros de Saúde geridos por enfermeiros e nestes contextos, a satisfação profissional é muito elevada (Pron, 2013).

Dimensões que contribuem para a satisfação profissional são a realização pessoal e profissional, desempenho organizacional, condições de trabalho, relação profissional/utente, relações de trabalho, autonomia, segurança no trabalho, salário e status/prestígio (Cagan & Gunay, 2015; Castro, Lago, Fornelos, Novo, Saleiro & Alves, 2011; Dominique-Ferreira, 2015).

As melhorias continuadas ao longo do tempo, nos APE, estão associadas a maior satisfação profissional e menor *burnout* nos enfermeiros, menor intenção de saída (Cagan & Gunay, 2015; Kutney-Lee, Wu, Sloane & Aiken, 2013).

A satisfação profissional pode ser um indicador importante de como os enfermeiros se sentem em relação ao seu trabalho, bem como um preditor de comportamentos no trabalho (Hashish, 2017). A satisfação profissional tem um efeito mediador entre o APE e a qualidade dos cuidados prestados (Bai, 2015). A satisfação profissional está relacionada com a diminuição do absentismo, com melhor clima organizacional (Hashish, 2017), com o aumento da produtividade e melhor desempenho no trabalho (Hashish, 2017; Kim & Yi, 2019). Ela pode fortalecer o compromisso afetivo do profissional com a sua organização (Chen et al., 2019). Por outro lado, a insatisfação provocará menor comprometimento organizacional, maior absentismo e aumento da rotatividade dos enfermeiros (Hashish, 2017). De forma a promover maior satisfação e melhorar os níveis de produtividade, contribuindo positivamente para os resultados das organizações e para a qualidade dos cuidados de enfermagem, encontramos referência a várias estratégias tais como os rácios enfermeiro/cliente adequados, investimento em formação, promoção da participação dos enfermeiros na tomada de decisão e nas políticas organizacionais (Chen et al., 2019).

O APE é fundamental para aumentar o nível de satisfação profissional (Chen et al., 2019).

Num APE favorável, pela presença de elementos-chave no local de trabalho que fortalecem as suas competências, dando-lhes acesso a informações, recursos e oportunidades para desenvolver os seus conhecimentos e competências, implementando uma prática baseada em evidência, traduz-se em maior produtividade para a organização e melhores resultados para os enfermeiros e para os clientes (Ayamolowo et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2017). Vários estudos identificam que o APE favorável está associado a baixos níveis de *burnout* dos enfermeiros e melhores resultados para os clientes, incluindo menor taxa de mortalidade e maior taxa de satisfação dos clientes e dos profissionais de saúde (Aiken et al., 2012; Choi, Cheung & Pang, 2013; Kirwan et al., 2013; Li et al., 2013) e melhor qualidade dos cuidados de enfermagem (Aiken et al., 2013; Chen et al., 2019; Coetzee et al., 2013; Nantsupawat, Srisuphan, Kunaviktikul, Wichaikhum, Aunguroch & Aiken, 2011; You et al., 2013).

É, então, determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, composto pelo efeito cumulativo de um conjunto de fatores (Aiken et al., 2012) que afetam o desempenho e a satisfação profissional (Aiken et al., 2012; Ayamolowo et al., 2013,

Chen et al., 2019), contribuindo para aumentar o comprometimento organizacional (Ayamolowo et al., 2013; Twigg & McCullough, 2014) e para reduzir a intenção de saída e a rotatividade dos enfermeiros (Aiken et al., 2012; Ayamolowo et al., 2013; Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen, 2011; Kutney-Lee et al., 2013; Lambrou et al., 2014; Poghosyan et al., 2017).

Boa adequação dos recursos humanos e materiais está associada a uma maior satisfação profissional e a um baixo nível de intenção de abandono do local de trabalho (Chen et al., 2019; Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen, 2012).

O APE favorável tem sido referido como a influência mais importante para a satisfação profissional dos enfermeiros no contexto dos CSP (Almalki et al., 2012; Parro-Moreno et al., 2013).

Quando o APE é desfavorável, este está associado com resultados negativos dos enfermeiros e baixa qualidade dos cuidados prestados (Nantsupawat et al., 2011; You et al., 2013).

Vários estudos indicam elevados níveis de insatisfação profissional, relacionados com uma avaliação negativa do seu APE, com elevados níveis de *burnout* dos enfermeiros (Coetzee et al., 2013; You et al., 2013) e intenção de saída do local de trabalho (Aiken et al., 2013; Chen, et al., 2019; Trybou, Malfait, Gemmel & Clays, 2015; Van Bogaert et al., 2013b; You et al., 2013). Outros estudos indicam que a insatisfação dos enfermeiros provém do salário, da oportunidade formativa e da oportunidade de progressão na carreira (Aiken et al., 2013; Choi, Goh, Adam & Tan, 2016; Leone et al., 2015). Estes enfermeiros referem ainda que os gestores não os apoiam, nem lhes dão reconhecimento pelo seu trabalho e indicam também falta de oportunidades na participação das decisões das organizações (Aiken et al., 2013; Cagan & Gunay, 2015; Leone et al., 2015).

Para além destes motivos de insatisfação profissional dos enfermeiros, outros referem a falta de recursos humanos e materiais (Hollman et al., 2014; Khamisa et al., 2015), e estão insatisfeitos com a hierarquia da profissão (Khunou & Davhana-Maselesele, 2016), falta de autonomia (Gillet, Colocubal, Michinov, Prosnost & Fouquerau, 2013) e elevados níveis de *burnout* (Zhang et al., 2014).

A identificação dos fatores relacionados com a satisfação profissional pode ser um elemento importante para desenvolver estratégias de retenção de enfermeiros nos serviços e nas organizações (Wong & Laschinger, 2015).

A saída de enfermeiros ou rotatividade, tem sido um grande desafio para as organizações de saúde nomeadamente para os CSP. A saída de enfermeiros qualificados tem consequências para as organizações de saúde e também para a profissão com um impacto negativo na capacidade de responder às necessidades dos clientes e prestar cuidados de qualidade (Almalki, Fitzgerald & Clark, 2012). Provoca uma disrupção na atividade das organizações, comprometendo a sua competitividade e eficiência (Galletta, et al., 2016; Han, Han, An & Lim, 2015; Yurumezuglu et al., 2018), diminuindo a qualidade dos cuidados prestados (Fernet, Trépanier, Demers & Austin, 2017; Galletta et al., 2016; Han et al., 2015; McCane & Sambrook, 2014; Yurumezoglu, Kocaman & Haydari, 2018). Pode, ainda, ter um impacto negativo nos resultados dos enfermeiros e dos clientes (Almalki et al., 2012; Shacklock, Brunetto, Teo & Farr-Wharton, 2014; Galletta et al., 2016), e nos custos com a substituição dos enfermeiros que saíram (Duffield, Roche, Homer, Buchan & Dimitrelis, 2014; McCane & Sambrook, 2014). Além disso, a perda de enfermeiros leva a uma equipa desadequada, o que, por sua vez, pode diminuir o comprometimento e criar mais stress aos que ficam devido ao aumento da carga de trabalho (Almalki et al., 2012). Isso pode levar a mudanças críticas no comportamento dos enfermeiros em relação ao seu trabalho, resultando em baixa satisfação profissional, baixa produtividade e, por fim, a saída da organização. Além disso, sem uma equipa adequada e experiente, as taxas de erro podem aumentar e a satisfação dos clientes pode diminuir (Almalki et al., 2012).

A substituição dos enfermeiros que saíram, decorre de um ato administrativo de seleção e contratação, que pode ser célere, no entanto a sua integração plena é demorada. A perda de um elemento de uma equipa, pode afetar significativamente as relações entre os profissionais e a produção de cuidados. Mesmo que esse elemento que saiu, seja substituído de imediato, o novo colaborador levará tempo até estar perfeitamente integrado e com o mesmo nível de produtividade que o anterior, o que certamente irá afetar os resultados da prestação de cuidados dessa equipa. Consideramos aqui o modelo de desenvolvimento de Patricia Benner, os enfermeiros desenvolvem a aquisição de competências segundo uma sequência

lógica de cinco estádios, iniciando-se pela ausência de experiência nas situações clínicas com o qual é confrontado e, de forma gradual, à medida em que é confrontado com situações reais, torna-se perito, que é o último estádio de desenvolvimento profissional onde desenvolve uma capacidade de julgamento clínico e uma grande experiência, desenvolve flexibilidade e capacidade de se adaptar às situações reais, agindo rapidamente e em conformidade com a situação, traduzindo-se em capacidade de agir, antecipar e prever cuidados adequados como resposta às necessidades dos clientes (Benner, 2001). Assim, tendo em conta este processo, mesmo que se proceda à substituição do enfermeiro que saiu, o novo elemento em integração, tem que aprender com a experiência, de forma a desenvolver as suas competências e o julgamento clínico que lhe permitam agir perante situações complexas e priorizar cuidados, sendo que estes são influenciados pelo conhecimento da unidade e das suas rotinas, assim como dos detalhes específicos dos clientes (Tanner, 2006). Este processo de desenvolvimento leva tempo e durante esse período a qualidade dos cuidados de enfermagem pode ficar comprometida. Assim, para além dos custos relacionados com a seleção e a integração dos novos elementos, a equipa fica reduzida e perde know-how, o que pode levar à diminuição de eficácia e à redução da produtividade (Hashish, 2017).

Outro aspeto importante no processo de retenção de “talentos” nas equipas/organização, é o alinhamento dos profissionais com os objetivos da unidade/organização. Neste envolvimento, é fundamental a intervenção dos enfermeiros gestores, motivando, envolvendo os profissionais nas tomadas de decisão, promovendo a colaboração entre os membros das equipas para ultrapassarem os desafios diários da prestação de cuidados. Isto fortalece o espírito de equipa e o envolvimento organizacional com vista a uma maior produtividade, obtendo resultados de alto desempenho e de satisfação dos clientes que cuidam. Na perspetiva do profissional, este envolvimento organizacional cria perspetivas de desenvolvimento da sua carreira. Desta forma as unidades e as organizações estão a prevenir a ocorrência de rotatividade dos enfermeiros.

A rotatividade é definida como qualquer mudança de local de trabalho, seja ela interna, dentro da organização entre serviços, ou externa, entre organizações diferentes, ou mesmo a saída da profissão (Duffield et al, 2014). Esta mudança corresponde à saída ou mobilidade voluntária do enfermeiro, por qualquer motivo,

da unidade, departamento ou da organização onde se encontra a exercer a sua prática (Duffield et al, 2014; Galletta, et al., 2016; Kurnat-Thoma, Ganger, Peterson & Channell, 2017). Poucos são os estudos que consideram para a taxa de rotatividade as movimentações involuntárias tais como o fim do contrato (Duffield et al, 2014; Kurnat-Thoma et al., 2017).

A rotatividade de enfermeiros, tal como o absentismo profissional provocado pela *burnout*, afetam a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade por condicionarem a capacidade de resposta da equipa de enfermagem, que se encontra reduzida (Lucas & Nunes, 2020).

A rotatividade voluntária dos enfermeiros, associada à escassez crónica dos mesmos nas equipas de saúde, adquire uma importância significativa pelas consequências que provoca nos indivíduos e em toda a equipa de enfermagem (De Sul & Lucas, 2020a; Galletta et al., 2016; Kurnat-Thoma et al., 2017).

Para os profissionais, a saída de enfermeiros experientes leva a equipas desadequadas (Almalki et al., 2012; De Sul & Lucas, 2020a), com maiores rácios de clientes por enfermeiro (Falatah & Conway, 2019), e com menores competências e conhecimentos (De Sul & Lucas, 2020a; Hashish, 2017; Sanaranayake, Gellatly & Cummings, 2018). Isto pode conduzir ao aumento do stress dos que permanecem na equipa, podendo influenciar a sua performance, que por seu lado conduz à menor satisfação profissional, baixa produtividade e, por fim, à intenção de saída e à saída da organização (Almalki et al., 2012; Hashish, 2017). Piores desempenhos dos enfermeiros estão associados a menor qualidade dos cuidados e a piores resultados em saúde (De Sul & Lucas, 2020a; Hashish, 2017; Labrague, McEnroe-Petitte, Tsaras, Cruz, Colet & Gloe, 2018b), tais como o aumento das taxas de mortalidade dos doentes, o aumento dos eventos adversos (Han et al., 2015; Labrague, McEnroe-Petitte, Leocadio, Van Bogaert & Tsaras, 2018a), quedas dos clientes (Falatah & Conway, 2019; Han et al., 2015), aumento de erros com medicação (Galletta, et al., 2016) e ao aumento de úlceras por pressão (Falatah & Conway, 2019). É, por isso, que sem equipas experientes e adequadas a ocorrência de erros pode aumentar e a satisfação dos clientes pode diminuir (Almalki et al. 2012; Falatah & Conway, 2019), sendo do interesse de qualquer organização de saúde evitar estas consequências, controlando a saída dos enfermeiros das equipas, como estratégia para melhorar a eficácia das mesmas (Galletta et al., 2016).

A saída de enfermeiros tem também custos para as organizações de saúde e consomem recursos que poderiam ser direcionados para a atividade principal de prestação de cuidados, para programas de melhoria da qualidade e de desenvolvimento dos recursos humanos ou atividades para retenção dos enfermeiros (Almalki et al., 2012). Estes custos financeiros estão associados ao recrutamento, contratação e integração de novos elementos para substituírem os enfermeiros que saíram, bem como os gastos económicos associados à possível necessidade de recorrer a agências de trabalho temporário (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser & Djukic, 2012; Chênevert, Jourdain & Vandenberghe, 2016; De Sul & Lucas, 2020b; Fallatah, Laschinger & Read, 2017; Galletta, et al., 2016; Halter et al., 2017; Jones, 2008; Labrague et al., 2018a; Li & Jones, 2012; Nasurdin, Tan & Khan, 2018; Sanaranayake et al., 2018) que agilizam a falta destes recursos humanos.

Mas os custos vão muito além dos financeiros (De Sul & Lucas, 2020b). A saída de profissionais competentes leva a baixa produtividade (De Sul & Lucas, 2020a; Kurnat-Thoma et al., 2017; Labrague et al., 2018b), perda de conhecimento e de capital humano (De Sul & Lucas, 2020a; Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017; Nasurdin et al., 2018; Sanaranayake et al., 2018), que não são rápidos a substituir.

De forma a ser possível quantificar os custos da rotatividade dos enfermeiros, Duffield et al. (2014) elaboraram um método denominado *Nurse Turnover Cost Calculation Methodology*, para identificar custos diretos e indiretos associados à rotatividade. Assim, nos custos diretos estão incluídos:

- (I) Imagem e treino – Correspondente a despesas de recrutamento, tempo gasto nas entrevistas de seleção, de salários, de formação, e orientação de estudantes de enfermagem (Duffield et al. 2014; Kurnat-Thoma et al., 2017);
- (II) Contratação de enfermeiros – Para as vagas disponíveis que se mantêm ao longo do tempo (Duffield et al. 2014; Kurnat-Thoma et al., 2017) levando a equipas desadequadas e a diminuição de capacidade de prestação de cuidados com diminuição de vagas de clientes nos serviços (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2018; Kurnat-Thoma et al., 2017).

Nos custos indiretos estão incluídos:

- (I) Período de integração (Duffield et al. 2014; Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017), do qual fazem parte a disponibilização de um profissional experiente com os clientes e com equipamentos;
- (II) Diminuição da resposta na produção de cuidados pelo recém-chegado à equipa (Duffield et al. 2014; Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017) o que diminui a eficiência e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Hashish, 2017; Kurnat-Thoma et al., 2017), remuneração e férias desse elemento (Duffield et al. 2014).

Ora, a saída de enfermeiros das organizações tem várias justificações ou causas. De Sul & Lucas (2020b) na sua revisão de literatura sobre rotatividade em enfermagem, identificaram 3 causas para a saída de enfermeiros das organizações:

1. Pessoais
2. Relacionais
3. Organizacionais

Nas causas individuais e de ordem pessoal, surge a crença de que os enfermeiros não prestam cuidados de acordo com os seus valores, que se manifesta num conflito interno por não prestarem cuidados de qualidade com os quais se identificam (De Sul & Lucas, 2020b). Por este motivo, não se encontram a ser autênticos nem eficazes na sua prática (De Sul & Lucas, 2020b). Outro fator desta dimensão pessoal é a *burnout* dos enfermeiros (De Sul & Lucas, 2020b). Os poucos anos de experiência profissional, associados a enfermeiros mais novos em idade, aparecem associados, quando em conjunto com outros fatores potenciadores, a uma maior probabilidade de saída do seu local de trabalho (De Sul & Lucas, 2020b). Outros fatores surgem também como causa para saída dos enfermeiros como a perceção do próprio enfermeiro relativamente a um alto conflito família-trabalho, falta de reconhecimento social, vontade de procurar novos e melhores desafios profissionais, e falta de autonomia (De Sul & Lucas, 2020b).

No que respeita à dimensão relacional, e sendo o trabalho do enfermeiro assente numa relação de equipa, a evidência indica-nos que a relação com os enfermeiros gestores/chefias é crucial para a motivação e para a satisfação profissional e consequentemente, para a saída ou permanência na organização (De Sul & Lucas, 2020b; Lucas & Nunes, 2020). Falta de apoio, desconsideração e má liderança por

parte dos gestores/chefias, provoca nos enfermeiros um sentimento de descontentamento e descomprometimento para com a organização, podendo levar à saída da organização (De Sul & Lucas, 2020b). Outros fatores surgem igualmente como causa para saída dos enfermeiros como má relação entre enfermeiros/médicos, má comunicação e falta de coesão entre enfermeiros da equipa, e ainda abuso verbal e assédio que ocorrem entre os profissionais de saúde que propiciam relações conflituosas nos locais de trabalho (De Sul & Lucas, 2020b).

No que respeita à dimensão organizacional, os APE desfavoráveis com elevados níveis de stress, associados muitas vezes a um mau clima organizacional leva à intenção de saída da organização (Lambrou et al., 2014; Poghosyan et al., 2017). Outros fatores surgem também como causa para saída dos enfermeiros, nesta dimensão organizacional, como a insatisfação profissional decorrente de insatisfação com condições remuneratórias, oportunidades de progressão na carreira, instabilidade contratual, trabalho por turnos, poucas oportunidades de formação e desenvolvimento profissional, ausência de dotações seguras, falta de recursos materiais, ausência de pausas definidas durante o horário de trabalho que desregulam a organização do trabalho e podem levar à existência de conflitos dentro das equipas, com inerente ausência de relações de entreajuda e coesão (De Sul & Lucas, 2020b). Também aspetos como a interioridade e ruralidade pode levar à rotatividade dos enfermeiros por terem menos oportunidades de desenvolvimento profissional e formação (De Sul & Lucas, 2020b).

No que respeita às consequências da saída dos enfermeiros, estas prendem-se com a diminuição da qualidade das relações profissionais e coesão da equipa (Bae, Mark & Fried, 2010; Chênevert et al., 2016; De Sul & Lucas, 2020b; Fallatah et al., 2017; Galleta, Portoghese, Carta, D'Aloja & Campagna, 2016) bem como a perda de capital intelectual (Jangland, Nyberg & Yngman-Uhlin, 2017; Li & Jones, 2012; Porter, McNulty, Fitzpatrick & Kolcaba, 2010) e a fadiga gradualmente sentida pelos enfermeiros que permanecem (De Sul & Lucas, 2020b). Estes aspetos podem conduzir a mais intenção de saída de enfermeiros e saída da organização (Bae et al., 2010; Chênevert et al., 2016; De Sul & Lucas, 2020b). Os enfermeiros que permanecem podem diminuir a sua motivação e sobrecarregados, levam a que eles próprios decidam seguir o exemplo de saída dos seus colegas (Bae et al., 2010; Chênevert et al., 2016; De Sul & Lucas, 2020b).

As consequências para os clientes são a diminuição da qualidade dos cuidados (Cottingham, Erickson, Diefendorff & Bromley, 2013; De Sul & Lucas, 2020b; Fallatah et al., 2017; Jangland et al., 2017; Porter et al., 2010) e da satisfação (Bae et al., 2010; De Sul & Lucas, 2020b; Fallatah et al., 2017; McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane & Aiken, 2011), a segurança dos cuidados que fica comprometida (Hunt, 2013; Jangland et al., 2017), como erros de medicação (Bae et al., 2010; De Sul & Lucas, 2020b; Fallatah et al., 2017; O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian & Hayes, 2010) e aumento do número de quedas (Bae et al., 2010). Existe ainda uma diminuição na continuidade dos cuidados que são prestados aos clientes, que são sujeitos a políticas e procedimentos inconsistentes, bem como internamentos mais longos (De Sul & Lucas, 2020b) podendo haver aumento da morbidade e mortalidade (Van Dam, Meewis & Heijden, 2012).

Por outro lado, a saída de enfermeiros das organizações comporta, por vezes, uma oportunidade para entrada de novos elementos, que trazem com eles novas ideias (Bae et al., 2010), experiências e competências, que promovem o desenvolvimento das equipas, das unidades e das organizações.

A satisfação profissional e o comprometimento organizacional podem mudar ao longo da experiência de trabalho de um indivíduo, dependendo de características existentes na organização, dos colegas de trabalho, das chefias e das responsabilidades (Falatah & Conway, 2019; Galleta et al., 2016). Esta circunstância destaca a importância de promover a coesão entre os enfermeiros, os resultados relacionados com o trabalho, a colaboração com os médicos e o apoio e suporte pelas chefias (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2018; Galleta et al., 2016). Existem, porém, evidências consistentes de que a satisfação profissional influencia a rotatividade pelos efeitos que provoca no comprometimento organizacional (Galleta et al., 2016), pois quando o enfermeiro exerce funções num APE favorável, com uma boa adequação de recursos, participa nas decisões organizacionais, quando existe colaboração Enfermeiro-Médico, entre outros, o profissional tem oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, o que está associado a menores níveis de *burnout* e maiores níveis de satisfação profissional (Chen et al., 2019; Galleta et al., 2016). Sentindo-se valorizado, o profissional tende a aceitar os valores e objetivos da organização, a promover a sua identificação e sentimento de pertença, o que tem um efeito positivo na satisfação profissional e no comprometimento

organizacional do enfermeiro com a organização (Almalki et al., 2012; Galleta et al., 2016; Kim & Yi, 2019) e, por último, no desempenho organizacional (Chen et al., 2019).

Podemos, então, afirmar que a qualidade das características do APE podem influenciar significativamente as escolhas de carreira e a atitude dos enfermeiros relativamente ao seu local de trabalho atual. Embora a mudança de unidade ou organização possa, por vezes, promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (De Sul & Lucas, 2020a; Galleta et al., 2016), a rotatividade voluntária pode tornar-se um problema para as organizações caso esta mudança seja impulsionada por características desfavoráveis do APE (Galleta et al., 2016).

Manter um APE favorável, também nos CSP, pois tem sido alvo de poucos estudos neste tema, é crucial para melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros, aumentar a retenção dos enfermeiros mais qualificados, melhorar o desempenho e a produtividade, com satisfação profissional e promover a qualidade dos cuidados de enfermagem (Chen et al., 2019; Coetzee et al., 2013; Kutney-Lee et al., 2013).

Como fomos constatando, a *burnout* é outro fator relacionado com o APE. Relacionado por via da consequência de APE desfavoráveis, e por isso, a necessidade que daqui também advém, de criar condições promotoras de APE favoráveis. Iremos agora abordar esta temática.

Maslach (1982) define a *burnout* como uma síndrome psicológica envolvendo exaustão emocional, despersonalização e diminuição da sensação de realização profissional que surge como resposta à exposição prolongada a fatores de stress interpessoais no local de trabalho (Maslach & Leiter, 2016). Desde então, a *burnout* foi incluída na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças como um fenómeno ocupacional, não uma doença, mas como uma síndrome resultante de stresse crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso (WHO, 2019).

Importa aqui previamente, perceber o enquadramento laboral e individual que podem induzir este fenómeno ocupacional. O modelo de Exigências/Recursos Laborais de Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2000), explica a relação das exigências e requisitos que cada profissão tem com os recursos que esta proporciona.

Bakker & Demerouti (2007) referem que as características do trabalho podem ter impacto profundo no bem-estar dos colaboradores, como o esforço, *burnout* e envolvimento no trabalho.

Cada profissão tem um conjunto de fatores de risco associados ao stress laboral e aos recursos que essa profissão proporciona aos indivíduos (Demerouti & Bakker, 2011). As exigências do emprego referem-se a aspetos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais do trabalho que requerem esforço ou competências físicas e/ou psicológicas associadas a efeitos fisiológicos ou psicológicos, como alta pressão laboral, ambiente físico desfavorável e horários de trabalho irregulares (Demerouti & Bakker, 2011). Por outro lado, os **recursos laborais** referem-se às condições do trabalho, como aspetos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais, que estimulam o crescimento pessoal, a aprendizagem e o desenvolvimento dos indivíduos para atingirem os objetivos (Demerouti & Bakker, 2011). De acordo com os autores, estes recursos laborais podem ser:

- Organizacionais – como salários, oportunidades de carreira, segurança do emprego;
- Interpessoais – como o apoio das chefias e de pares;
- Específicos do cargo – como funções bem definidas, participação nas tomadas de decisão;
- Ao nível da tarefa – como competências várias, desempenho de tarefas importantes, autonomia e *feedback* aos desempenhos (Demerouti & Bakker, 2011).

Estes recursos laborais, juntamente com apoio social, podem impulsionar um processo motivacional que conduz à aprendizagem relacionada com o trabalho, envolvimento e compromisso com a organização (Bakker & Demerouti, 2007). Estes autores acrescentam ainda que o apoio social é uma variável que funciona como um obstáculo às tensões laborais (Bakker & Demerouti, 2007).

O modelo de Exigências/Recursos Laborais defende ainda a coexistência de dois processos psicológicos distintos, o agravamento do estado de saúde do indivíduo e o processo de motivação profissional (Demerouti & Bakker, 2011).

O agravamento do estado de saúde resulta das exigências próprias da função, com sobrecarga de trabalho, exigências emocionais, que esgotam os recursos mentais e físicos dos trabalhadores e pode conduzir a fadiga e exaustão emocional e a problemas de saúde (Demerouti & Bakker, 2011). O processo de motivação profissional resulta do conjunto dos recursos que o exercício daquela função traz ao indivíduo que o vai motivar a melhorar desempenhos, aumentar o seu envolvimento com a organização, desenvolvendo competências (Demerouti & Bakker, 2011) e sendo cada vez mais reconhecido pelo trabalho que desenvolve. O indivíduo aumenta assim a sua motivação.

Ambos estes processos são geradores de obtenção de *outcomes* organizacionais (Demerouti & Bakker, 2011). Este conjunto de processos vão conduzir a obtenção de metas de objetivos pessoais e profissionais.

De acordo com Bakker & Bal (2010) e Demerouti & Bakker (2011) o modelo de Exigências/Recursos Laborais demonstra que os indivíduos têm melhores desempenhos profissionais com ambientes de trabalho desafiantes e com recursos necessários, que vão promover o comprometimento no trabalho. Esta questão pressupõe que as organizações devem proporcionar postos de trabalho com recursos suficientes e que inclua *feedback* aos desempenhos, apoio aos trabalhadores e desenvolvimento de competências, o que vai permitir a prevenção da ocorrência de *burnout* sobre os indivíduos e diminuição do envolvimento no trabalho (Demerouti & Bakker, 2011).

Ao fazer a transposição entre o modelo de Exigências/Recursos Laborais de Demerouti et al. (2000) e o modelo bifatorial de Herzberg com a pirâmide de necessidades de Maslow, podemos concluir que os recursos laborais organizacionais e interpessoais de Demerouti & Bakker (2011) correspondem aos fatores higiênicos, que previnem a insatisfação, de Herzberg. E os recursos laborais específicos do cargo e ao nível de tarefa, de Demerouti & Bakker (2011), correspondem aos fatores motivadores de Herzberg e ao topo da pirâmide de necessidades de Maslow, que são as necessidades de autorrealização. A articulação entre os contributos destes modelos são importantes ferramentas de trabalho para os enfermeiros gestores planearem as suas intervenções junto das equipas, promovendo a motivação e a satisfação e prevenindo a insatisfação laboral.

Todos estes aspetos são explicativos para a prevenção do fenómeno da *burnout* e reveladores de estratégias de atuação para quem tem responsabilidades na gestão de pessoas e de recursos.

No que respeita à *burnout*, Maslach & Leiter (2016) identificaram três dimensões distintas: exaustão emocional, despersonalização e perda de realização profissional (Aronsson et al., 2017; Dall’Ora, Ball, Reinius & Griffiths, 2020; Laschinger & Leiter, 2006; Leiter & Laschinger, 2006; Maslach & Leiter, 2016; Nantsupawat et al., 2017; Wong & Laschinger, 2015). A **exaustão emocional** representa a dimensão individual de stress e esgotamento físico, correspondendo a sentimentos de esgotamento dos recursos emocionais e físicos; a **despersonalização** representa a dimensão do contexto interpessoal da *burnout*; a **perda de realização profissional** representa a dimensão da autoavaliação da *burnout* e refere-se a sentimentos de incompetência, falta de confiança e autoeficiência no trabalho (Aronsson et al., 2017). A **exaustão emocional** medeia a relação entre o ambiente de trabalho e a **despersonalização** que, por sua vez, medeia a relação com a **perda de realização profissional** (Leiter & Laschinger, 2006), ou seja, o aumento do esforço pessoal para corresponder à elevada exigência do posto de trabalho leva à exaustão emocional, que atua como fator desencadeante da despersonalização, o que, por sua vez, leva à perda de realização profissional diminuída e esta à exaustão emocional (Aronsson et al., 2017; Dall’Ora et al., 2020; Nogueira et al., 2018), instalando-se uma espiral descendente a partir da qual pode ser difícil de recuperar (Leiter & Laschinger, 2006). Por isso, é entendida como um fenómeno que se instala gradualmente e de forma continua ao longo do tempo (Leiter & Laschinger, 2006), com mudanças negativas de atitudes e comportamentos em relação aos clientes, muitas vezes associadas à desilusão dos trabalhadores relativamente às expectativas iniciais face ao posto de trabalho (Dall’Ora et al., 2020), levando muitas vezes à intenção de saída e à rotatividade (Aiken et al., 2018).

A *burnout* vai consumir os recursos internos do profissional para lidar com as exigências relacionadas com o posto de trabalho e com a complexidade dos cuidados que são necessários realizar (Wong & Laschinger, 2015). Esta síndrome tem impacte na saúde mental e bem-estar dos enfermeiros, o que pode comprometer a produtividade, o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados (Khamisa, Oldenburg, Peltzer & Ilic, 2015).

Nantsupawat et al. (2017) referem que os fatores ambientais são os mais fortes preditores de *burnout*. As percepções dos funcionários sobre o ambiente de trabalho podem manifestar-se através da preocupação com as condições de trabalho sendo a *burnout* vista como uma reação àquele ambiente em termos de esgotamento e exaustão emocional. Além de fatores ambientais, foi também identificado o motivo de escolha da profissão como fator pessoal preditor de *burnout*. Como o motivo para a escolha da profissão determina a atitude no local de trabalho, existe relação positiva com menor exaustão dos profissionais (Wang et al., 2015b).

Os fatores de stress relacionados com rácios desajustados devido a uma gestão inadequada, são importantes na determinação da *burnout* e da satisfação no local de trabalho entre enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde (Laschinger & Leiter, 2006). No estudo de Khamisa et al. (2015) com enfermeiros na África do Sul, referem que a má gestão dos recursos humanos diminui a motivação do pessoal, que leva a sentimentos de despersonalização, bem como de insatisfação no trabalho. Melhorando os APE onde os profissionais se sintam mais seguros e tenham recursos adequados para realizar as suas funções, existe relação com melhorias dos resultados nos clientes (Khamisa et al., 2015; Nantsupawat et al., 2017).

Num estudo com 109 enfermeiros alemães, Demerouti et al. (2000) recorrendo ao modelo de Exigências/Recursos Laborais, demonstraram que quando os enfermeiros percebem o seu contexto laboral com recursos insuficientes, podem desenvolver atitudes de distanciamento em relação ao seu trabalho. Quando as organizações não fornecem os recursos necessários, e quando não proporcionam possibilidades de desenvolvimento na carreira, os colaboradores tendem a sair da organização (Demerouti et al., 2000).

Ora, estando a *burnout* dependente de características individuais, assim como sofre grande influência pelo ambiente onde o profissional exerce, estando particularmente relacionado com a organização inadequada do trabalho, pela falta de autonomia na prática clínica e de falta de apoio da gestão (Aronsson et al., 2017; Nogueira et al., 2018), stress e tensão acumulada provocada pela carga de trabalho excessiva, pela necessidade de executar tarefas administrativas adicionais, aos quais se acrescenta o relacionamento pobre com a equipa médica (Han et al., 2015), por estas razões, é um dos fatores que influencia a intenção de saída dos profissionais (Galletta et al., 2016; Han et al., 2015; Nantsupawat et al., 2017). Os enfermeiros que trabalham em

serviços/unidades com APE desfavoráveis, tendem a apresentar elevada *burnout* (Dall’Ora et al., 2020; Nogueira et al., 2018) e elevada insatisfação profissional (Coetzee et al., 2013; Nantsupawat et al., 2011; You et al., 2013; Zhang et al., 2014).

Apesar do stress e do alto risco de esgotamento, nem todos os enfermeiros desenvolvem *burnout* e intenção de saída (Yu & Lee, 2018). Quando lhes é fornecido apoio e suporte por parte das chefias e maior autonomia na realização dos cuidados, o enfermeiro pode recuperar da situação stressante, reaver a capacidade de trabalho e aumentar a sua satisfação profissional (Dall’Ora et al., 2020; Nogueira et al., 2018; Yu & Lee, 2018).

2. O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O conhecimento e a evidência científica sobre APE em CSP são escassos (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Martínez-Riera et al., 2020; McSherry et al., 2012; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015) em comparação com outros contextos, como o hospitalar (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020), onde tem incidido a maioria dos estudos (Aiken et al., 2011; Halm, 2019; Jarrín, Flynn, Lake & Aiken, 2014; Swiger et al., 2017a; Ulrich et al., 2019; Van Bogaert et al., 2014).

Os CSP são a “pedra angular” de um sistema de saúde eficiente, centrado nas pessoas e equitativo (OCDE, 2020). O fortalecimento deste nível de cuidados, foi identificado como uma forma eficaz de melhorar a coordenação dos cuidados e os resultados de saúde e reduzir gastos desnecessários, limitando hospitalizações desnecessárias e custos associados em hospitais e outros níveis do sistema de saúde (OCDE, 2020). No entanto, em muitos países da OCDE, os CSP ainda não realizaram plenamente esse potencial (OCDE, 2020). Os decisores políticos, as organizações de saúde e de profissionais têm proposto redesenhar o sistema de saúde nos CSP com o objetivo de aumentar a acessibilidade dos cidadãos, melhorar os resultados nos clientes e maximizar a eficiência (Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2015).

O envelhecimento da população e a cronicidade de muitas doenças provocam o aumento da procura tanto por CSP (Lucas & Nunes, 2020; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015) quanto, conseqüentemente, por enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020; Margolius & Bodenheimer, 2010), a fim de que as necessidades desses clientes sejam atendidas (Lucas & Nunes, 2020). Para além destes fatores, a transferência do acompanhamento do cliente com doença crônica dos hospitais para a comunidade, domicílio ou escolas, para serem vigiados pelas equipas dos CSP (Ayamolowo et al., 2013), pelo reduzido número de enfermeiros a exercerem neste contexto, verificada em vários países (Parro-Moreno et al., 2013) e pelos desafios decorrentes da atual pandemia por COVID 19, são necessários profissionais motivados e empenhados no cumprimento das metas organizacionais e na prestação dos cuidados necessários, não comprometendo o desempenho organizacional (Ayamolowo et al., 2013). Nos CSP é necessária a existência de uma

filosofia e a definição de um modelo de cuidados de enfermagem, como um conjunto de valores e crenças organizacionais, aceite e incorporada pelos enfermeiros, onde sejam valorizados os cuidados especializados, condição verificada nas organizações com APE favoráveis pela elevada proporção de enfermeiros especialistas existentes (Gea-Caballero et al., 2018). Porém, isto é um desafio, dado o peso que o modelo biomédico tem nas organizações. Boas relações de trabalho entre enfermeiros e médicos promovem o respeito profissional e a maior independência na tomada de decisões, com melhoria dos cuidados prestados ao cliente com doença crónica (Gea-Caballero et al., 2018; Poghosyan et al., 2017). Esta maior autonomia nos enfermeiros permite-lhes a incorporação de práticas avançadas nos cuidados, tornando-os mais eficientes e qualitativamente positivos (Gea-Caballero et al., 2018). Assim, é fundamental incentivar um clima de trabalho positivo definido como aquele que incentiva a continuidade de cuidados, promove baixos níveis de stress e boas relações enfermeiro/médico, maior autonomia profissional dos enfermeiros e cuidados de alta qualidade (Parro-Moreno et al., 2013), acesso à inovação e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Gea-Caballero et al., 2018), como forma de responder com eficácia e eficiência às necessidades de cuidados de saúde da população (Parro-Moreno et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018).

O Conselho Internacional de Enfermeiros considera que existe uma escassez crítica de enfermeiros, cujos motivos são complexos e variados, estando, entre os principais, os ambientes pouco favoráveis, que enfraquecem o desempenho ou contribuem para o alheamento dos enfermeiros e, com demasiada frequência, os afastam de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão (ICN, 2014). Como tal, na última década, a carência global de enfermeiros teve como uma consequência aumentar o interesse académico internacional sobre o APE (Jesus et al., 2015; Lucas & Nunes, 2020).

A prática de cuidados de enfermagem é desenvolvida num ambiente de crescente complexidade e stress para os profissionais (Lucas & Nunes, 2020; Tomaszewska et al., 2017). A natureza stressante da enfermagem pode levar ao esgotamento, baixa produtividade, absentéismo e, no longo prazo, contribui para a falta de pessoal, agravando ainda mais o problema (Leone et al., 2015; Lucas & Nunes, 2020).

Conhecendo os ambientes onde decorrem as práticas de cuidados, estamos a

contribuir para melhorá-las e, conseqüentemente, promover a qualidade dos cuidados de enfermagem (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020).

O APE está relacionado com a satisfação profissional, com a qualidade dos cuidados de enfermagem e com a segurança do cliente (Lake, 2002; Nascimento & Jesus, 2020) e, ainda, com a efetividade dos cuidados para os clientes e para a eficiência das organizações (Lucas & Nunes, 2020). Assim, o estudo desta temática, apresenta contributos fundamentais para as políticas de saúde dos sistemas de saúde de qualquer país (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020).

O estudo do APE é fundamental para diagnosticar de que forma o podemos melhorar, como podemos promover a qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam e, portanto, contribuir para a melhoria dos contextos das práticas clínicas (Lake, 2007).

Um APE favorável leva à melhoria dos resultados dos clientes, é um fator essencial para o aumento da satisfação dos enfermeiros (Lake, 2002; Leone et al., 2015), sendo fundamental para se manter equipas com dotações seguras e nelas reter os enfermeiros (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020).

Um APE seguro caracteriza-se por boas relações profissionais entre os seus membros, uma gestão que apoia os enfermeiros da prática de cuidados e horários de trabalho equilibrados (Alves & Guirardello, 2016; Copanitsanou et al., 2017; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020). Caracteriza-se também por adequação entre a carga de trabalho e as competências dos enfermeiros, tempo para dar resposta às necessidades dos clientes, autonomia profissional, recursos adequados e oportunidades de progressão profissional (Alves & Guirardello, 2016; Copanitsanou et al., 2017; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020).

Considerando que a insatisfação dos enfermeiros em CSP provoca invariavelmente implicações significativas na saúde da população e, se constituir uma insatisfação profissional prolongada, pode resultar em problemas de saúde para o profissional (Ayamolowo et al., 2013).

Os enfermeiros gestores desempenham um papel fundamental na criação de um APE favorável e na promoção de uma prestação de cuidados de qualidade, em CSP (Alves & Guirardello, 2016; Carvalho & Lucas, 2020; Gea-Caballero et al., 2018; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et

al., 2017). Os enfermeiros gestores expressaram uma percepção positiva sugerindo que ocupar um cargo que exige liderança, incentiva um comprometimento organizacional mais profundo. Este resultado parece contribuir para promover melhores APE (Parro-Moreno et al., 2013) e conduzir a alterações organizacionais que promovam melhores condições de trabalho (Poghosyan et al., 2017), assim como promovem um melhor relacionamento enfermeiro/médico, reduzindo o stress e outras influências negativas (Parro-Moreno et al., 2013). Por outro lado, o apoio da chefia/ liderança foi identificado como o fator mais importante para a melhoria dos cuidados (Ayamolowo et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018). De acordo com Gea-Caballero et al. (2018) este elemento combinado com o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e a capacidade para participar nas tomadas de decisão, promovem a incorporação de práticas clínicas baseadas em evidência, que contribuem para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

As organizações de CSP devem investir em enfermeiros competentes, pois enfermeiros com treino, experiência e formação especializada podem justificar a melhoria de qualidade verificada nessas organizações (Gea-Caballero et al., 2018). Da mesma forma, devem investir em chefias de enfermagem e no desenvolvimento de estilos de liderança que promovam APE favoráveis, permitindo a otimização dos recursos humanos e manter os profissionais adequados, tanto de um ponto de vista quantitativo (Parro-Moreno et al., 2013) retendo os bons profissionais através da redução da rotatividade (Aiken et al., 2012; Poghosyan et al., 2017), quer do ponto de vista qualitativo através do aumento do comprometimento organizacional e da redução da intenção de saída da organização (Gea-Caballero et al., 2018; Parro-Moreno et al., 2013).

Nos CSP, a conceção de qualidade dos cuidados de enfermagem depende da organização dos cuidados de enfermagem e do APE para obter resultados que interagem e se influenciam mutuamente e permanentemente (Lucas et al., 2021).

As características mais importantes de um APE nos CSP são:

1. Apoio e suporte da gestão (Lucas & Nunes, 2020; Rabie et al., 2017);
2. Liderança e gestão (Lucas & Nunes, 2020; Rabie et al., 2017);
3. Relação enfermeiro/médico (Lucas & Nunes, 2020; Rabie et al., 2017);
4. Qualidade dos cuidados (Lucas & Nunes, 2020; Rabie et al., 2017);

5. Trabalho em equipa (Rabie et al., 2017); e
6. Cultura de ensino/aprendizagem (Rabie et al., 2017).

Os enfermeiros gestores contribuem para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de futuros gestores (Gea-Caballero et al., 2018; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020). A liderança influencia o APE (Lucas & Nunes, 2020). A liderança e o apoio do enfermeiro gestor são os aspetos mais valorizados pelos enfermeiros dos CSP, assim como o estabelecimento de boas relações enfermeiro/médico e a coesão de grupo (Lucas & Nunes, 2020). Estes aspetos contribuem para a construção de APE favoráveis, o que por sua vez, contribui também para a melhoria dos resultados nos enfermeiros (Ayamolowo et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018; González-Torrente, Pericas-Beltrán, Bennasar-Veny, Adrover-Barceló, Morales-Asencio & De Pedro-Gomez, 2012; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2017). Rabie et al. (2017) referem que a liderança tem um papel fundamental no APE. Já Poghosyan et al. (2016) referem que fatores como as relações entre profissionais, a liderança e a falta de recursos afetam o desempenho profissional dos enfermeiros de CSP nas suas instituições e os cuidados que são capazes de prestar.

Sem competências e conhecimentos adequados, torna-se difícil para os líderes em enfermagem manterem um APE favorável (Alves & Guirardello, 2016; Balsanelli & Cunha, 2014; Gea-Caballero et al., 2018; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; McSherry et al., 2012; Rabie et al., 2017; Watkins, Corley, Cleeter, Moe & Brockopp, 2014; Weber, Ward & Walsh, 2015). O enfermeiro gestor é um motor de mudança no caminho para a excelência, organizando os recursos existentes e criando um ambiente seguro nos cuidados de enfermagem (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; McSherry et al., 2012).

A intervenção do enfermeiro gestor é de extrema importância ao assegurar que os seus enfermeiros têm um APE que lhes permitam desenvolver as suas práticas, sendo da responsabilidade daquele, dar suporte e garantir o reconhecimento das competências dos enfermeiros (Aiken et al., 2011; Alves & Guirardello, 2016; Ulrich et al., 2019; Van Bogaert et al., 2013b), fomentar o espírito e trabalho em equipa multidisciplinar (Aiken et al., 2011; Halm, 2019; Lake, 2002; Park et al., 2018; Laschinger & Leiter, 2006; Ulrich et al., 2019; Van Bogaert et al., 2013b), ter uma liderança efetiva e presente (Balsanelli & Cunha, 2014; Lake, 2002; RNAO, 2013;

Ulrich et al., 2019), garantir que existe uma prática de enfermagem de qualidade que faz uso da evidência científica (Lake, 2002; Laschinger & Leiter, 2006), fomentar o desenvolvimento e a formação profissional (Aiken et al., 2011; Halm, 2019; Kirwan et al., 2013; Ulrich et al., 2019), salvaguardar dotações seguras (Choi & Boyle, 2014; Cho & Han, 2018; DeKeyser, Ganz & Toren, 2014; Halm, 2019; Lake, 2002, Park et al., 2018; Ulrich et al., 2019; Van Bogaert et al., 2013b) e garantir o envolvimento dos seus enfermeiros nas decisões organizacionais da sua instituição de saúde (Aiken et al., 2011; Balsanelli & Cunha, 2014; Van Bogaert et al., 2014). Assim, o enfermeiro gestor contribui para o delinear de estratégias e tomadas de decisão de forma estruturada tendo em consideração as necessidades dos enfermeiros e as necessidades organizacionais da sua unidade de saúde.

Os enfermeiros gestores desempenham um papel fundamental e preponderante na criação de um APE saudável (Shirey, 2006), positivo (Alves & Guirardello, 2016; Lee, Chiang & Kuo, 2018; Leone et al., 2015; Lucas et al., 2021) e na promoção duma prestação de cuidados de qualidade, podendo possibilitar e proporcionar as ferramentas necessárias, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de futuros gestores (Gea-Caballero et al., 2018).

De acordo com a evidência constatamos que a maioria dos enfermeiros tem uma perceção relativamente positiva do seu APE nos CSP, sendo que os enfermeiros gestores e enfermeiros com maior diferenciação académica, identificam o APE mais favoravelmente que os restantes, muito provavelmente devido ao seu maior comprometimento organizacional (Gea-Caballero et al., 2018; Gonzalez-Torrente et al., 2012; Lorenz & Guirardello, 2014).

A intervenção do enfermeiro gestor na criação e manutenção de APE favoráveis depende, em grande parte, do próprio tendo uma importância chave nesta equação, uma vez que as suas atitudes afetam e caracterizam a trajetória profissional dos enfermeiros, assim como da organização da qual fazem parte (Balsanelli & Cunha, 2014). O enfermeiro gestor tem assim um papel de relevância na qualidade do APE, sendo este o espelho da abordagem que o enfermeiro gestor tem na resolução dos dilemas de organização e trabalho da sua unidade (Lake, 2002).

A atuação dos enfermeiros nos CSP incide no âmbito do tratamento, reabilitação e promoção da saúde dos clientes apesar de terem, esses profissionais, pouco tempo para a promoção da saúde e prevenção da doença na organização diária dos

cuidados (Lucas & Nunes, 2020). Os enfermeiros têm uma ação significativa e importante nomeadamente em cuidados domiciliários (Lucas & Nunes, 2020; Tomaszewska et al., 2017).

As características do APE são fatores modificáveis e podem ser melhoradas com iniciativas político-administrativas, designadamente: formação de enfermeiros gestores; promover a continuidade dos cuidados aos clientes; aumentar as oportunidades de formação contínua dos enfermeiros e aumentar as oportunidades de participação destes, nas decisões organizacionais (Flynn et al., 2010; Lucas & Nunes, 2020).

É importante que se promovam APE favoráveis nos CSP, de forma a atrair e manter os enfermeiros (Gonzalez-Torrente et al., 2012). APE favoráveis influenciam o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência nos enfermeiros que desempenham funções nos CSP (Gonzalez-Torrente et al., 2012), aumentam a satisfação profissional dos enfermeiros e diminuem a intenção de saída (Ayamolowo et al., 2013; Gonzalez-Torrente et al., 2012; Lorenz & Guirardello, 2014; Munyewende et al., 2014; Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017), aumentam a qualidade dos cuidados de enfermagem e melhoram os resultados dos enfermeiros (Ayamolowo et al., 2013; Lorenz & Guirardello, 2014; Poghosyan et al., 2016), contribuindo para a retenção de enfermeiros nas suas organizações de saúde (Wei et al., 2018).

Como aspetos menos favoráveis do APE em CSP encontramos a não adequação de recursos humanos, pouco apoio ao desenvolvimento profissional, baixa participação dos enfermeiros nos processos de gestão, relações deficientes e falta de apoio dos gestores por não reconhecerem a importância do papel dos enfermeiros na prestação de cuidados (Gea-Caballero et al., 2018; 2021; Gonzalez-Torrente et al., 2012; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015; Poghosyan et al., 2016). Estes aspetos contribuem para que os enfermeiros tenham um aumento na carga de trabalho, assim como limitam o reconhecimento das suas competências e autonomia profissional, contribuindo desta forma para APE pouco favoráveis.

Organizações com APE desfavoráveis, são comuns e estão associados a resultados negativos para os enfermeiros e para a qualidade dos cuidados prestados (Aiken et al., 2011).

Os enfermeiros ocupam uma posição central nos CSP (Ayamolowo et al., 2013; Lucas & Nunes, 2020), e os enfermeiros gestores podem comparar os resultados da avaliação dos APE entre várias organizações ou unidades, para implementarem diversas melhorias (Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020).

Importa verificar as diferenças do APE nos dois níveis de cuidados, o hospitalar e o dos CSP, que a evidência nos mostra. Existem distinções entre o APE em contexto hospitalar e em contexto de CSP (Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2017). São exemplos, o tipo de tomada de decisão, relação entre os membros das equipas e os processos organizacionais (Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2017). É importante conciliar o conhecimento dessas diferenças com o que é essencial no contexto dos CSP, que é a aprendizagem em promover ambientes favoráveis por parte de todos os enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2017). É importante que os enfermeiros entendam o mecanismo de ação entre o APE e as implicações, quer nos resultados das organizações e dos clientes, quer nas consequências para os próprios profissionais (Lucas & Nunes, 2020; Poghosyan et al., 2017).

No contexto específico dos CSP, a satisfação profissional é afetada pelo APE, mais do que por qualquer outro fator (Lambrou et al., 2014; Parro-Moreno et al., 2015). O APE consiste no fator organizacional fundamental (Parro-Moreno et al., 2015), que tem um forte impacto nas decisões de intenção de saída da organização (Lambrou et al., 2014; Poghosyan et al., 2017). Se os enfermeiros tiverem suporte e apoio da gestão (Alves & Guirardello, 2016; Parro-Moreno et al., 2015) e maior visibilidade das suas intervenções, terão maior probabilidade de estarem mais satisfeitos (Parro-Moreno et al., 2015). É através de um APE favorável à prática nos CSP, que existe uma maior satisfação profissional (Ayamolowo et al., 2013; Halcomb, Davidson, Caldwell, Salamonson & Rolley, 2010; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2017; Rabie et al., 2016; Wang et al., 2015a). Quanto aos enfermeiros gestores, devem ter liberdade de escolha de local de trabalho e devem avaliar e gerir a sua carga de trabalho a fim de aumentar a sua satisfação profissional (Munyewende et al., 2014).

O APE favorável é importante por mobilizar recursos necessários com rapidez, por viabilizar boas relações multidisciplinares e por promover a qualidade dos cuidados de enfermagem (Lambrou et al., 2014; Wang et al., 2015a).

No estudo de Rabie et al. (2017) onde pretenderam descrever as percepções dos enfermeiros sobre os APE favoráveis em CSP na África do Sul, enunciaram os fatores que promovem qualidade dos cuidados de enfermagem. Indicaram que auditorias clínicas, implementação de *guidelines* e normas internas, com enfermeiros competentes e comprometidos com a organização, são fatores que promovem qualidade dos cuidados de enfermagem (Rabie et al., 2017). Por outro lado, Rabie et al. (2017) descrevem também os fatores que contribuem para a diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem em CSP, como a falta de recursos, infraestruturas limitadas e escassez de enfermeiros. Este estudo de caso de Rabie et al. (2017) tem generalizações limitadas pela dimensão amostral de 10.

Por outro lado, o estudo de Parro-Moreno et al. (2013) tem uma dimensão amostral muito maior, com 331 questionários respondidos e realizado nos CSP da região de Madrid. Este estudo revelou que os enfermeiros dos CSP consideram ter um APE favorável, com 4 dimensões de valor superior a 2,5 (PEGO, FEQC, CEGLAE, REM) e apenas uma (ARHM) com 2,3 (Parro-Moreno et al., 2013). No que respeita às dimensões do APE, o fator mais valorizado foi CEGLAE, enquanto a avaliação mais baixa foi para a ARHM.

A existência de APE favoráveis é fortemente condicionadora da facilidade de recrutamento, da estabilidade das equipas (Parro-Moreno et al., 2013) e da retenção dos profissionais nos CSP, visando reunir condições para a qualidade dos cuidados (Alves & Guirardello, 2016; Ayamolowo et al., 2013; Hahtela, Paavilainen, McCormack, Helminen, Slater & Suominen, 2015; Halcomb et al., 2010; Parro-Moreno et al., 2015; Poghosyan et al., 2017; Rabie et al., 2016). Um dos maiores desafios das organizações de saúde é reter os bons profissionais (Hahtela et al., 2015). Outro fator que contribui para o recrutamento e retenção destes é a melhoria da cultura organizacional nos CSP (Hahtela et al., 2015).

As dotações também estão relacionadas com o APE (Lambrou et al., 2014). Existe um subaproveitamento dos enfermeiros dos CSP; se forem melhorados os APE neste contexto, a retenção de profissionais aumentará (Lambrou et al., 2014; Poghosyan et al., 2016; Poghosyan et al., 2017; Rabie et al., 2016). Caso não sejam melhorados, continuarão a existir, elevados níveis de rotatividade (Poghosyan et al., 2016; Rabie et al., 2016).

Como já foi referido atrás, Portugal tem números médios de enfermeiros, abaixo dos países da OCDE, com consequências nas dotações das equipas e nos resultados nos clientes, que constitui um dos grandes desafios das organizações de saúde.

Os decisores políticos, as organizações de saúde e de profissionais têm vindo a propor redesenhar o sistema de saúde nos CSP com o objetivo de aumentar a acessibilidade dos cidadãos, melhorar os resultados com os clientes e maximizar a eficiência (Poghosyan et al., 2015).

Estudar os APE nos CSP permite obter evidência sobre como aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Alves & Guirardello, 2016; Parro-Moreno et al., 2013; Rabie et al., 2016) e a segurança dos clientes, como melhorar a obtenção de resultados (Ayamolowo et al., 2013; Parro-Moreno et al., 2013) e diminuir as complicações dos clientes (Poghosyan et al., 2016; Rabie et al., 2017), nomeadamente melhorando o controle da doença e prevenindo riscos associados (Parro-Moreno et al., 2015).

Como já referido anteriormente, comparando com o APE em contexto hospitalar, o conhecimento e evidência científica sobre os APE no contexto de CSP é escasso (Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Martínez-Riera et al., 2020; McSherry et al., 2012; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2015), e afeta a expansão da profissão (Alves & Guirardello, 2016; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Munyewende et al., 2014; Poghosyan et al., 2015; Rabie et al., 2016; Rabie et al., 2017) neste contexto.

O APE é uma das variáveis com maior impacte na qualidade dos cuidados (Parro-Moreno et al., 2015). Caso não se melhorem os APE, vão-se continuar a ter altos níveis de stress, *burnout* e rotatividade (Poghosyan et al., 2016; Rabie et al., 2016). A *burnout* é uma consequência de APE desfavoráveis (Lambrou et al., 2014).

As relações multidisciplinares são um fator preditivo de um bom APE (Parro-Moreno et al., 2015; Wang et al., 2015a). APE favoráveis têm implicação nas relações multidisciplinares e no relacionamento com a gestão/administração para obtenção de melhores resultados (Alves & Guirardello, 2016; González-Torrente et al., 2012; Lambrou et al., 2014; Rabie et al., 2016). Constata-se que existem, no geral, boas relações multidisciplinares, mas que devem ser melhoradas as relações com os

órgãos de gestão das organizações dos CSP (Parro-Moreno et al., 2015; Poghosyan et al., 2015).

São necessárias novas estratégias para melhorar o APE, o que acarretará melhor qualidade dos cuidados prestados, como a afetação de mais recursos materiais e humanos de enfermagem (Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2017; Rabie et al., 2016), resultando em mais tempo para a prestação de cuidados (Wang et al., 2015a).

O estudo de Parro-Moreno et al. (2013) indica que quem ocupa um cargo de gestão, para além de desenvolver a sua liderança deve incentivar um compromisso institucional mais profundo, o que, por sua vez, contribuirá para gerar um melhor APE. Os gestores desempenham um papel vital na criação de APE favoráveis, promovendo boas relações enfermeiro/médico e reduzindo o stresse e outras ameaças (Parro-Moreno et al., 2013).

Assim, os enfermeiros gestores, como possuem um papel importante na melhoria dos APE (Alves & Guirardello, 2016; Hahtela et al., 2015; Parro-Moreno et al., 2013; Rabie et al., 2017), enfrentam desafios como o de proporcionar maior apoio e suporte da gestão (Alves & Guirardello, 2016; De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Sesé-Abad, Bennasar-Veny, Artigues-Vives & Campaner, 2011a; Parro-Moreno et al., 2013) às suas equipas, com desenvolvimento de estilos de liderança eficazes (Alves & Guirardello, 2016; De Pedro-Gómez et al., 2011a; González-Torrente et al., 2012; Parro-Moreno et al., 2013). Ademais, devem intervir, efetivamente, na melhoria do APE devido à preocupação em obter resultados com os clientes (Munyewende et al., 2014; Rabie et al., 2017), em melhorar a cultura organizacional dos CSP (Hahtela et al., 2015) bem como o clima organizacional (Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2017).

Assim, há necessidade também, de serem adotadas políticas de saúde orientadas para a promoção de bons APE nas organizações (Lambrou et al., 2014; Parro-Moreno et al., 2015).

O APE nos CSP é positivo, apesar da escassez de enfermeiros (Rabie et al., 2017). Estes têm pouca participação nos processos de gestão, o que lhes traz dificuldades ao seu desenvolvimento profissional (Rabie et al., 2017).

Um bom APE favorece a componente autónoma da profissão (De Pedro-Gómez et al., 2011a; De Pedro-Gómez, Morales-Asencio, Sesé-Abad, Bennasar-Veny, Pericas-Beltran & Miguélez-Chamorro, 2011b; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2017) e é a melhor forma de manter equipas de enfermagem qualificadas, comprometidas e motivadas (Alves & Guirardello, 2016). Favorece ainda a utilização do melhor conhecimento disponível e uma prática baseada na evidência (De Pedro-Gómez et al., 2011a; Pérez-Campos, Sánchez-García & Pancorbo-Hidalgo, 2014).

Com o objetivo de desenvolver melhores APE, as organizações dos CSP devem fornecer condições para formação dos enfermeiros, para aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências em comunicação, tomada de decisão e colaboração multidisciplinar (Ayamolowo et al., 2013). A coesão das equipas e o trabalho de equipa é um fator importante do APE (Alves & Guirardello, 2016), e a cultura de formação em serviço melhora as competências dos enfermeiros e de todos os profissionais de saúde (Alves & Guirardello, 2016).

A promoção de bons APE deve comprometer não apenas os enfermeiros da prestação de cuidados, mas também enfermeiros gestores e as próprias organizações (Poghosyan et al., 2017) bem como a academia e a investigação.

A presença de enfermeiros gestores competentes nos órgãos decisórios das organizações vai influenciar o APE e contribuir para a eficiência das mesmas (Ayamolowo et al., 2013). O desempenho dos enfermeiros gestores é fundamental para o posicionamento organizacional face às necessárias melhorias do APE (Ayamolowo et al., 2013).

Com todos estes fatores de conhecimento sobre o APE, os enfermeiros gestores devem apropriar-se da gestão dos CSP (Alves & Guirardello, 2016).

De acordo com Lucas & Nunes (2020) o APE nos CSP apresenta as seguintes características:

- apoio e suporte da gestão;
- liderança em enfermagem;
- relações multidisciplinares enfermeiro/médico e enfermeiro/gestor;
- resultados com os clientes, nomeadamente na segurança do cliente;
- retenção dos bons profissionais; e

- melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Desenvolver APE favoráveis nos serviços e nas diferentes unidades dos CSP, em qualquer parte do mundo, é a melhor estratégia para garantir a segurança dos clientes e a saúde dos profissionais que deles cuidam (Lucas & Nunes, 2020). APE favoráveis são essenciais para:

- promover a excelência dos cuidados de enfermagem;
- fortalecer o apoio dos enfermeiros gestores às suas equipas;
- aumentar a satisfação profissional, diminuir a *burnout* e a rotatividade;
- contribuir para melhorar a eficácia das organizações;
- garantir maior nível de saúde, segurança e bem-estar dos profissionais, com dotações de enfermeiros adequadas às necessidades dos clientes e à carga de trabalho inerente;
- promover a retenção dos bons enfermeiros;
- promover a motivação mediante relações de liderança pelos seus gestores e líderes; e dessa forma
- melhorar a produtividade e o comprometimento com a organização (Lucas & Nunes, 2020).

APE favoráveis são:

- mais inclusivos;
- geram inovação e fenómenos de intraempreendedorismo nas organizações;
- promovem a melhoria do atendimento ao cidadão;
- melhoram os cuidados que prestam;
- aumentam resultados com os clientes;
- afetam os comportamentos, o desempenho e os resultados das organizações, das equipas, dos enfermeiros e dos clientes (Lucas & Nunes, 2020).

O capital humano dos CSP deve aumentar em quantidade e qualidade, sendo fundamental conhecer e entender o APE e como se pode melhorar (Lucas & Nunes, 2020).

Deve haver investimento em promoção de APE favoráveis. Caso contrário, os CSP perdem capital humano, sem o qual não conseguem desempenhar a sua missão (Lucas & Nunes, 2020).

Em suma, o APE influencia resultados e percepções da qualidade dos cuidados e da segurança dos clientes (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2013; Klopper et al., 2012; Kutney-Lee et al., 2013; Zhang et al., 2014) e melhora resultados de enfermeiros e de clientes (Rabie et al., 2017).

CSP com melhores APE estão associados a menor número de internamentos em hospitais de agudos e em cuidados de longa duração (entre nós denominados como cuidados continuados integrados) e maior número de altas na comunidade e mostram associações significativas com a equipa e com os resultados dos clientes (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008; Jarrín et al., 2014).

Considerando que um APE favorável é fundamental para a implementação de qualquer programa de saúde nos CSP e no seguimento das políticas de saúde para este contexto, a promoção da melhoria desses ambientes é essencial; é um serviço público aos cidadãos, aos profissionais e às organizações de saúde (Lucas & Nunes, 2020).

Assim e apesar de existir menor quantidade de evidência no contexto dos CSP, o conhecimento produzido vai ao encontro dos aspetos já muito estudados e identificados em contexto hospitalar, nomeadamente a importância e a relação que o APE tem com a qualidade dos cuidados de enfermagem, os resultados nos clientes e nos enfermeiros e consequentemente contribuindo para a eficiência organizacional. Fica assim clara a importância de se estudarem os APE e poder contribuir para reorientar as práticas dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores, dos Cuidados de Saúde Primários.

3. AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Para se avaliar o APE é necessário existirem instrumentos de avaliação válidos e confiáveis que permitam identificar áreas de maior fragilidade nos APE e que permitam aos enfermeiros gestores implementarem mudanças e melhorias em áreas-chave (Gea-Caballero et al., 2018; Lake, 2007; Twigg & McCullough, 2014). O sucesso dos Sistemas de Saúde está em grande parte, dependente do APE, pelo que este deve ser avaliado de forma regular e os seus resultados devem ser partilhados com os enfermeiros e clientes (Almeida et al., 2020), para que possam ter conhecimento dos pontos fortes e fracos do seu APE e aspetos onde devem ser melhorados.

Para a avaliação do APE, o instrumento de medida mais utilizado na evidência científica é a escala PES-NWI (Almeida et al., 2020; De Pedro-Gómez et al., 2011b; Gea-Caballero et al., 2018; Lake, 2007; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Neves et al., 2018; Swiger, et al., 2017a; Swiger et al., 2017b; Twigg & McCullough, 2014) de Lake (2002). A escala PES-NWI permite expandir a reflexão e o conhecimento em todos os domínios conceptuais (Lake, 2007).

Lake (2007) avaliou a utilidade de sete instrumentos multidimensionais que foram publicados e que avaliassem o APE, tendo definido como critérios de avaliação a relevância teórica, facilidade de uso e a sua divulgação. Após uma criteriosa avaliação, determinou que a PES-NWI era a escala que apresentava melhores resultados, uma vez que é o instrumento que melhor resposta dá na descrição ou comparação de cenários, na predição de resultados e na orientação ou avaliação de intervenções no APE. De Pedro-Gomez et al. (2012) referem que a escala PES-NWI possui uma robustez metodológica. Esta escala permite aos investigadores identificarem os contributos do APE para os resultados da enfermagem e dos clientes e produzir evidência consistente e comparável (Lake, 2002; 2007; Lucas et al., 2021).

O seu uso é recomendado por várias organizações mundiais associadas à avaliação da qualidade como o *National Quality Fórum*, que a considera uma medida padrão do APE, o *National Database of Nursing Quality Indicators* e *The Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Almeida et al., 2020; Amaral, Ferreira & Lake, 2012; Lake, 2007; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020; Zangaro & Jones,

2019). *The Joint Commission* considera a escala PES-NWI como uma das 12 medidas a utilizar para avaliar os resultados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ferreira & Amendoeira, 2014).

De acordo com uma recente revisão scoping de Lucas & Nunes (2020) sobre o APE em CSP, a escala PES-NWI é o instrumento de medida do APE mais utilizado nos estudos selecionados na revisão. Segundo esta revisão, a escala PES-NWI é um instrumento validado internacionalmente que mede as variáveis fundamentais do APE nos CSP e permite avaliar, analisar e reorientar as práticas dos enfermeiros deste contexto de cuidados (De Pedro-Gómez et al., 2011b; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020).

A PES-NWI foi desenvolvida por Lake em 2002, a partir da escala do *Nursing Work Index*, que avalia os aspetos organizacionais que facilitam a prática de enfermagem (foi elaborada tendo por base as características dos hospitais *magnet*). Lake pretendia que, com a utilização desta escala, se conseguisse compreender a contribuição do APE nos resultados dos clientes e enfermeiros, permitindo também aos gestores dos hospitais compararem classificações das suas unidades com valores de referência, e identificarem aspetos do APE que fossem suscetíveis de melhoria (Lake, 2002). Esta escala permite assim que se conceptualize as dimensões do APE ao avaliar a perceção dos enfermeiros acerca das suas condições de trabalho (Leone et al., 2015), sendo possível identificar os aspetos organizacionais presentes no APE, suscetíveis de serem alterados (Kirwan et al., 2013). Permite que se identifiquem as contribuições do APE para os resultados dos enfermeiros e dos clientes e, sendo o instrumento mais disseminado a nível mundial, permite produzir evidência consistente e comparável entre organizações (Almeida et al., 2020; Lucas et al., 2021; Lucas & Nunes, 2020).

Existem outros instrumentos de medição do APE, mas a escala PES-NWI é a mais utilizada pela sua capacidade de avaliar o que se pretende avaliar, pela sua dimensão de itens, pelas suas boas propriedades psicométricas e pela possibilidade de comparabilidade entre vários estudos e vários países (Lake, 2002; Lucas et al., 2021; Swiger et al., 2017b; Warshawsky e Havens, 2011). A escala PES-NWI está entre os instrumentos mais usados para medir a qualidade do APE (Lake, 2007) e relaciona aspetos da estabilidade da enfermagem com a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Leone et al., 2015; Lucas et al., 2021). Esta

escala conceptualiza várias dimensões do APE, através das opiniões dos enfermeiros sobre as condições em que trabalham, proporcionando uma melhor compreensão dos possíveis desafios para a gestão destes recursos humanos e para a governação da saúde (Leone et al., 2015; Lucas et al., 2021).

A escala PES-NWI foi traduzida, validada e utilizada em diferentes contextos culturais, como português (Amaral et al., 2012), português do Brasil (Gasparino & Guirardello, 2017), espanhol (Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas & González-Maria, 2013), francês (McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante & Bambonye, 2004), belga (Bruyneel et al., 2014), dinamarquês (Mainz, Baernholdt, Ramlau-Hansen & Brink, 2015), polaco (Brzyski, Kózka, Squires & Brzostek, 2016), islandês (Gunnarsdottir, Clarke, Rafferty & Nutbeam, 2009), cipriota (Efstathiou, Andreou, Tsangari, Dimitriadou & Papastavrou, 2018), chinês (Chiang & Lin, 2009), coreano (Cho, Choi, Kim, Yoo & Lee, 2011), persa (Elmi, Hassankhani, Abdollahzadeh, Abadi, Scott & Nahamin, 2017), australiano (Parker, Tuckett, Eley & Hegney, 2010), colombiano (Alzate, Bayer & Squires, 2014) e japonês (Ogata, Nagano & Akanuma, 2008) (Lucas et al., 2021).

O único estudo de validação da escala PES-NWI em CSP que se conhece é o De Pedro-Gómez et al. (2011b) (Lucas et al., 2021) e agora, a que resultou deste trabalho, publicado em Lucas et al. (2021). Desta forma, é o primeiro estudo publicado em CSP em Portugal.

Em Portugal, a escala PES-NWI foi traduzida e validada por Amaral et al. (2012) e utilizada em vários estudos em contexto hospitalar, em Almeida et al. (2020), Amaral & Ferreira (2013), Ferreira & Amendoeira (2014), Jesus et al. (2015), Leone et al. (2015), Marques-Pinto et al. (2015), Nascimento et al. (2020) e Neves et al. (2018), mas nenhum em CSP (Lucas et al., 2021). Amaral et al. (2012) consideram que a escala PES-NWI pode ser utilizada em qualquer contexto onde se prestam cuidados de enfermagem e que é um bom instrumento para medir ambientes favoráveis para a prestação de cuidados.

A versão portuguesa da escala PES-NWI de Amaral et al. (2012) é formada por 31 itens que estão agrupados em 5 dimensões, sendo elas:

- “Participação dos Enfermeiros na Governação do Hospital” (*Nurse participation in hospital affairs*) (9 itens);

- “Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados” (*Nursing foundations for the quality of care*) (10 itens);
- “Competências de Liderança e Suporte do Enfermeiro Gestor” (*Nurse manager ability, leadership, and support*) (5 itens);
- “Adequação de Recursos Humanos e Materiais” (*Staffing and resource adequacy*) (4 itens); e
- “Relação Enfermeiros/Médicos” (*Collegial relations between nurses and physicians*) (3 itens).

Utiliza resposta de quatro pontos tipo Likert, para classificar a resposta em: Discordo totalmente, Discordo; Concordo e Concordo totalmente (Lake, 2002). Lake (2002) e Zangaro & Jones (2019) recomendam que o valor médio dos itens que compõem a escala ou dimensões do instrumento PES-NWI constituam referências para a classificação dos ambientes como favoráveis, se valor superior a 2,5 e abaixo de 2,5 um APE desfavorável (Lake, 2002; Zangaro & Jones, 2019). A esta classificação, Lake & Friese (2006) acrescentaram outra classificação que caracteriza os APE, agora em 3 níveis:

- Favoráveis - se quatro ou cinco dimensões tiverem valores médios superiores a 2,5;
- Mistos - se duas ou três dimensões apresentarem valores médios superiores a 2,5 e
- Desfavoráveis - se uma ou nenhuma das dimensões apresentarem valores médios superiores a 2,5.

A primeira dimensão da PES-NWI de Lake (2002) “Participação dos Enfermeiros na Governança do Hospital”, avalia o papel participativo e a valorização dos enfermeiros na área organizacional e de gestão dos hospitais. Avalia o envolvimento dos enfermeiros na governança interna da organização de saúde e nas decisões políticas. Avalia ainda se os enfermeiros têm oportunidades de progredir e se têm um enfermeiro gestor visível e acessível (Lake, 2002).

Os “Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados”, a segunda dimensão, tem enfoque na filosofia de enfermagem, na qualidade dos cuidados de enfermagem, no cuidar baseado nos modelos de enfermagem e nas competências

de enfermagem, avaliando a continuidade dos cuidados e a utilização de diagnósticos de enfermagem (Lake, 2002).

A terceira dimensão da escala PES-NWI de Lake (2002) “Competências de Liderança e Suporte do Enfermeiro Gestor”, avalia o papel do enfermeiro gestor, principalmente as suas características de liderança e de gestão. Avalia também o apoio dado pelo enfermeiro gestor aos seus enfermeiros (Lake, 2002).

A “Adequação de Recursos Humanos e Materiais” é a quarta dimensão e descreve a existência de um número adequado de profissionais e recursos para prestarem cuidados de qualidade. Avalia se os enfermeiros conseguem dispor de tempo para estarem com os seus clientes e discutirem a prestação de cuidados com outros enfermeiros.

A última dimensão, “Relação Enfermeiros/Médicos” aborda as boas relações entre os enfermeiros e os médicos (Lake, 2002).

De acordo com Lake (2002) as duas primeiras dimensões são representativas do ambiente de todo o hospital, e as restantes três são mais específicas para o ambiente individual dos serviços. Almeida et al. (2020), Lucas & Nunes (2020) e Ferreira & Amendoeira (2014) referem que a escala PES-NWI avalia o conjunto de características organizacionais no ambiente hospitalar que suportam a prática profissional de enfermagem.

No estudo de Amaral & Ferreira (2013) os enfermeiros consideraram no geral os APE favoráveis, no entanto as dimensões “Participação dos Enfermeiros na Governação do Hospital” e a “Adequação dos Recursos Humanos e Materiais” foram avaliadas maioritariamente como desfavoráveis. Concluíram ainda que o APE influencia os resultados dos cuidados de enfermagem nos clientes ao nível do estado funcional e que estes são uma medida sensível aos cuidados de enfermagem. Jesus et al. (2015) referem que o APE é desfavorável na maior parte dos hospitais portugueses.

Almeida et al. (2020) validaram as propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala PES-NWI, integrado no estudo português do RN4Cast 2018. O estudo português do RN4Cast 2018 abrangeu hospitais públicos e privados, assim como os CSP a nível nacional, incluindo as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores e Estruturas Residenciais Para Idosos, sendo o primeiro estudo a nível nacional a

validar a escala PES-NWI com uma amostra de enfermeiros que trabalham em diferentes contextos. Almeida et al. (2020) concluíram que a escala PES-NWI tem uma consistência interna superior à que foi obtida por Lake (2002) e por Amaral et al. (2012). Confirmaram que a estrutura formada por 5 dimensões da escala original de Lake (2002) é adequada e válida naqueles contextos. Foram excluídos, pela análise fatorial de Almeida et al. (2020) os itens 14, 18, 19 e 15 respetivamente, das dimensões “Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados” e “Participação dos Enfermeiros na Governação do Hospital”, ficando assim com uma escala de 27 itens agrupados nas 5 dimensões.

O estudo realizado por Zangaro & Jones (2019) confirma que este é um instrumento fiável para medir o APE. Foram criadas e validadas diferentes versões da escala, de forma a dar resposta a realidades culturais distintas (Lake, 2007; Orts-Cortés et al., 2013), mas na sua essência a PES-NWI mantém-se inalterada (Swiger et al., 2017a). O uso desta escala tem aumentado nos diferentes contextos clínicos e países (Warshawsky & Havens, 2011), uma vez que permite avaliar e comparar os APE (Mainz et al., 2015) podendo ser utilizado como uma ferramenta para identificar aspetos do APE cuja qualidade deve ser melhorada (Almeida et al., 2020; Olds, Aiken, Cimiotti, Smith & Lake, 2017), sendo possível identificar esses aspetos através do uso das suas dimensões (Amaral et al., 2012).

Lake (2007) sugere que sejam feitas alterações na escala PES-NWI, nomeadamente que deveria ser elaborado um instrumento de menores dimensões, pois seria mais fácil de aplicar. Sugere que a escala PES-NWI deve ser complementada para cobrir todos os domínios chave: autonomia, reconhecimento e progressão da perícia em enfermagem, desenvolvimento profissional e relações de apoio com os pares. Refere ainda que a sua capacidade de medição deveria ser aumentada ao testá-la fora das unidades hospitalares. Esta é uma realidade ainda muito limitada ao contexto hospitalar, mas que já está a ser alterada. De Pedro-Gómez et al. (2011b), Gea-Caballero et al. (2018, 2019, 2021), González-Torrente et al. (2012), Parro-Moreno et al. (2013) e Rabie et al. (2017) aplicaram a escala PES-NWI num ambiente dos CSP, tendo sido identificadas áreas passíveis de mudança e melhoria.

De Pedro-Gómez et al. (2011b) avaliaram as propriedades psicométricas da escala PES-NWI no contexto dos CSP em Espanha e pela primeira vez a nível mundial. Este estudo teve uma amostra de 553 enfermeiros de 57 Centros de Saúde das Ilhas

Baleares, Espanha, com resposta de 377 questionários. Este estudo de validação da escala PES-NWI nos CSP nas Ilhas Baleares, revelou propriedades psicométricas satisfatórias e mostrou uma forte relação entre os componentes PES/PEGO e PES/FEQC (De Pedro-Gómez et al., 2011b). Confirmada a validade e fiabilidade do instrumento de 5 componentes, idêntica à escala original, revelou que é útil e de fácil utilização na análise da origem de dificuldades na prestação de cuidados ou na deteção de fatores que influenciam os resultados dos cuidados de enfermagem ou nos resultados nos profissionais (De Pedro-Gómez et al., 2011b). Estes autores consideram ainda que o instrumento pode ser útil para medir características organizacionais que possam desempenhar um papel fundamental no planeamento estratégico e organização dos cuidados nos CSP, visando redesenhar funções ou capacitar enfermeiros (De Pedro-Gómez et al., 2011b).

Swiger et al. (2017a) referem que apesar de já terem sido feitas algumas alterações à escala, recomendam que se continue a testar as propriedades psicométricas da mesma e que esta seja atualizada, dando prioridade ao trabalho qualitativo, de forma a determinar se o instrumento ainda é válido para a realidade dos enfermeiros nos nossos dias.

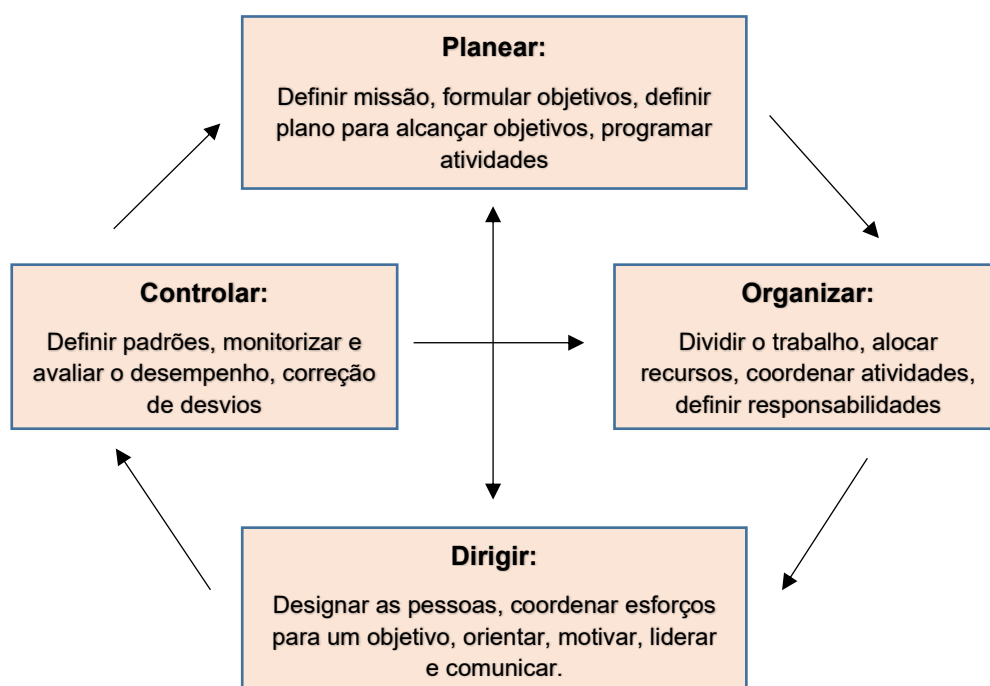
A escala PES-NWI tem uma pertinente atualidade nos nossos dias, na medida em que, sendo necessário identificar os contextos que apresentam APE favoráveis, desfavoráveis ou mistos, ter um intuito de procura permanente, para a mudança, melhoria e investimento dos esforços dos profissionais. A escala PES-NWI, é uma ferramenta de trabalho importante para o diagnóstico e para a ação necessária de melhoria contínua dos contextos de trabalho dos enfermeiros.

4. A GESTÃO E O AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros gestores contribuem fortemente para APE favoráveis, necessitam de formação em gestão e de desenvolverem essas competências para prestarem apoio às suas equipas, liderando-as, aumentando a sua coesão e promovendo o trabalho em equipa (Lucas & Nunes, 2020). O próprio *International Council of Nurses* descreve um conjunto de competências para os enfermeiros gestores: com prática profissional ética e legal; gestão de recursos para a qualidade e segurança; gestão da mudança com desenvolvimento profissional e organizacional; planeamento, organização, direção e controlo dos recursos humanos; ambiente de prática de enfermagem; gestão e apoio aos desempenhos das equipas, e liderança (Reid & Weller, 2010). Importa aqui, verificarmos as funções da gestão, que segundo Chiavenato (2000) são, planejar, organizar, dirigir e controlar. Estas funções são dinâmicas na medida em que são objeto de interação, avaliação e ajustamento permanente por parte do gestor (Chiavenato, 2000).

Estas funções de gestão devem ser desenvolvidas nas organizações considerando vários aspetos (figura 1):

Figura 1: As quatro funções da gestão.



Fonte: Adaptado de Chiavenato (2000).

Os enfermeiros gestores gerem as equipas pelo qual são responsáveis, e os cuidados aos clientes (Yoder-Wise, 2019). Aspectos como recrutar as pessoas certas, criar e apoiar as lideranças clínicas das equipas, proteger e gerir recursos físicos e materiais para apoiar os enfermeiros que prestam cuidados de qualidade ao cliente, apoiar os enfermeiros com base nas qualificações e talentos, gerir e compartilhar dados para avaliar a produtividade e qualidade, criar relacionamentos com a restante equipa multidisciplinar e responsabilizar as pessoas, são algumas intervenções que o enfermeiro gestor necessita de ter em conta (Yoder-Wise, 2019).

O sucesso de uma organização está diretamente relacionado com a liderança e a intervenção dos enfermeiros gestores (Bahadori, Peyrovi, Ashghali-Farahani, Hajibabae & Haghani, 2016). Eles utilizam várias abordagens para atingir os objetivos. Pode mesmo afirmar-se que eles são um elemento-chave para, através de uma abordagem holística (Yurumezoglu & Kocaman, 2012) e de liderança efetiva, influenciarem a prestação de cuidados de alta qualidade, como forma de atingir os objetivos e a visão da organização, guiando as equipas, motivando-as nesse caminho (Pishgooie, Atashzadeh-Shoorideh, Falcó-Pegueroles & Lotfi, 2019; Fernet et al., 2017), influenciando as políticas organizacionais e implementando estratégias concretas com o objetivo de reter os melhores profissionais, fazendo sobressair deles o seu maior potencial (Brunetto, Rodwell, Shacklock, Farr-Wharton & Demir, 2016).

A liderança em enfermagem desempenha, um papel central nos cuidados de qualidade ao cliente, o qual envolve quatro atividades fundamentais:

1. facilitar a comunicação contínua eficaz;
2. fortalecimento das relações intra e interprofissionais;
3. construção e manutenção de equipas; e
4. envolvimento dos pares (Carvalho & Lucas, 2020).

A liderança influencia o APE (Lucas & Nunes, 2020, Weber et al., 2015) e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Carvalho & Lucas, 2020). Os enfermeiros enquanto líderes, são fundamentais para melhorarem a comunicação com, e entre a equipa,

para alcançarem objetivos, tendo como finalidade a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente e a inovação em saúde (Carvalho & Lucas, 2020; Nunes & Gaspar, 2016).

A existência de gestores competentes desempenha, por isso, um papel importante na redução de custos nas organizações (AONE, 2015; Moghaddama, Jamea, Rafieib, Saremc, Ghamchilid & Shafiie, 2018) e na sua performance (AONE, 2015; Pegram, Grainger, Sigsworth & While, 2014; Warshawsky & Cramer, 2019), com implicações muito relevantes na prestação de cuidados com altos níveis de qualidade (AONE, 2015; Goktepe et al., 2018; Moghaddama et al., 2018) e segurança (Goktepe et al., 2018), centrados no cliente (AONE, 2015) e na experiência do cliente (AONE, 2015; Pegram et al, 2014) incluindo a qualidade e satisfação (AONE, 2015), no absentismo dos profissionais (Pegram et al, 2014), na satisfação profissional dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, bem como nos vários indicadores de qualidade, nos níveis de eficácia, eficiência e efetividade gestonária (Pegram et al, 2014). São ainda importantes na melhoria da performance das organizações (Aiken et al., 2013; Aiken et al., 2018), pois têm influência direta no APE.

O enfermeiro gestor influencia o rendimento da equipa de enfermagem e a intenção de permanecer ou de sair da organização, através da criação de sentimentos positivos ou negativos nos enfermeiros (Sanaranayake et al., 2018; Yurumezoglu & Kocaman, 2012; Yurumezoglu et al., 2018), reduzindo a rotatividade e melhorando o comprometimento organizacional dos enfermeiros e a sua satisfação profissional (Hashish, 2017).

A intervenção ao nível do planeamento, direção e supervisão, é uma componente essencial da sua função (Pegram et al., 2014). Reconhecendo que o seu desempenho está intimamente relacionado com os resultados dos clientes e o desempenho das organizações, incluindo a experiência do cliente e a carência de enfermeiros, o *Royal College of Nursing* (2009) recomendou a regulamentação de dotações de enfermeiros gestores nas equipas, com atribuição de título profissional para uma identidade clara, estrutura e suporte de autoridade adequados, definição da função e das competências, com o propósito de colmatar conflitos, que se possam verificar quando acumulam outras funções (atividade clinica e de gestão) e assim promover o desenvolvimento das competências necessárias (Pegram et al, 2014).

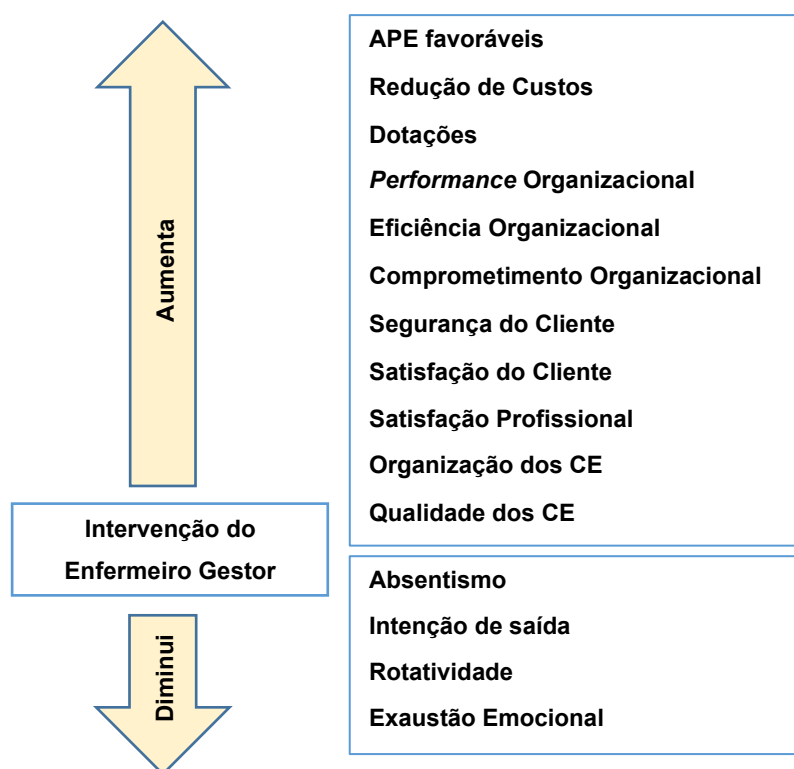
Considerando que estes se encontram numa posição, dentro da organização, que lhes permite influenciar a prática clínica dos enfermeiros e implementar melhorias nos cuidados, cabe-lhes supervisionar e assumir a responsabilidade pelos cuidados de enfermagem prestados pela sua equipa (Pegram et al, 2014). Assim, devem liderar a estratégia de desenvolvimento e execução dos cuidados de enfermagem, supervisionando o seu serviço ou conjunto de serviços, tendo em conta o nível de gestão que realiza na organização – operacional, intermédia ou estratégica, incluindo os profissionais e o orçamento, garantindo, dessa forma, a excelência dos cuidados de enfermagem, facilitando a melhoria da qualidade e promovendo a segurança do cliente (Shuman, Ploutz-Snyder & Titler, 2017).

Então, para cumprir todas as tarefas que lhe são confiadas de forma eficaz, eles devem ter competências essenciais (Goktepe et al., 2018; Moghaddama et al., 2018), características pessoais, experiências e frequentarem formação específica em gestão em saúde, de forma a se capacitarem com melhores conhecimentos e maior capacidade de gestão, competências indispensáveis para a realização do seu papel, pois não é suficiente terem competências clínicas avançadas e larga experiência (Goktepe et al., 2018).

A função da gestão em enfermagem está, assim, voltada para a resolução de problemas. O enfermeiro gestor deve identificá-los e resolvê-los utilizando o pensamento crítico, pensando de forma lógica sobre os diferentes problemas e sistematizando as forças existentes entre eles e a forma como se inter-relacionam, demonstrando competência analítica. Através da análise e interpretação dos dados disponíveis e informações válidas no tempo apropriado, revela capacidade de tomar decisão baseada na evidência disponível, encontrando soluções apropriadas. A criatividade, capacidade de resposta e aderir à inovação, aplicando novas filosofias ao planeamento e gestão, permite-lhe promover a melhoria contínua, implementando e promovendo a manutenção de atividades que comprovadamente levem à qualidade dos cuidados (Goktepe et al., 2018; Gunawan, Aunguroch & Fisher, 2017; Jasper, 2012; Moghaddama et al., 2018).

Baseado nas fontes atrás referidas, apresentamos esquematicamente o impacto da intervenção do enfermeiro gestor na gestão dos cuidados de enfermagem e das equipas de enfermagem (figura 2).

Figura 2: Impacte do desempenho do Enfermeiro Gestor.



O enfermeiro gestor continua a deparar-se com desafios que são semelhantes nos diferentes sistemas de saúde. Apesar de se verificarem sistemas e culturas de saúde diferentes nos vários países, a gestão das unidades de saúde deve ter em conta as diferenças entre os diversos serviços, a evolução tecnológica e as características demográficas dos clientes e epidemiológicas das populações. Assim, para além do recrutamento, da retenção e da administração dos profissionais, as responsabilidades adicionais dos enfermeiros gestores envolvem processos de gestão dos recursos humanos, educação e desenvolvimento dos profissionais, e mudanças nos procedimentos (AONE, 2015; Goktepe et al., 2018; Jasper, 2012) necessárias como estratégia de resposta a grandes desafios, tais como os vivenciados na pandemia COVID 19, que enfrentamos atualmente.

Tendo em conta que as competências resultam de uma combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes, comportamentos e outras características que podem ser melhoradas com formação e treino (Gunawan et al., 2017), desenvolver e adquirir competências na área da gestão tem vindo a ser valorizada porque maior capacidade neste domínio de atuação na saúde representa uma melhoria na

capacidade de resposta aos desafios crescentes impostos pela competitividade e pela necessidade de cuidados às populações (Gunawan et al., 2017). Assim, considerando que as funções de gestão por enfermeiros são determinantes para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2018), os enfermeiros gestores devem investir no desenvolvimento das suas competências como forma de melhorar os seus desempenhos. Em Portugal, sendo responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros a regulação da profissão, e reconhecendo a responsabilidade que o enfermeiro gestor tem na prossecução dos objetivos na saúde, propôs um conjunto de competências indissociáveis de uma gestão eficaz e efetiva dos serviços de saúde, através da certificação de competências avançadas em gestão, acessíveis aos enfermeiros com título de enfermeiro especialista, que realizem formação específica em gestão, conjuntamente com outros critérios, de acordo com o Regulamento n.º 76/2018.

A Carreira de Enfermagem, alterada pelo Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio, reconhece igualmente a relevância da profissão na organização e funcionamento dos serviços de saúde, assim como na garantia da qualidade e segurança nos cuidados ao cliente, atribuindo à categoria de Enfermeiro Gestor, atividades de planeamento, organização, coordenação e avaliação dos cuidados de enfermagem, incluindo a implementação de metodologias de trabalho que favoreçam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, associadas aos níveis operacional e intermédio de gestão. Neste diploma, podem ser identificadas:

- A Gestão Estratégica - é realizada pelo Enfermeiro Diretor ou Vogal do Conselho Clínico e de Saúde, que tem as responsabilidades globais da organização, com uma perspetiva mais ampla e abstrata, cujas funções são desenvolver a estratégia da organização e assegurar que os profissionais cumpram a missão da organização, de forma eficaz (Gunawan et al., 2017; Mateus & Serra, 2017). A este nível, cabe ao gestor definir as políticas organizacionais, a visão, a missão e as metas para toda a organização, que divulgam e operacionalizam através da implementação de estratégias concretas, levadas a cabo pelos gestores intermédios e operacionais (Brunetto et al., 2016). Devem influenciar práticas de governação clínica que promovam a satisfação profissional dos enfermeiros, promover oportunidades de desenvolvimento profissional, diminuição dos rácios clientes-enfermeiros e

diminuindo o stress no trabalho (Labrague et al., 2018a) e ainda, implementar ativamente políticas de recursos humanos e organizacionais internas promotoras de APE favoráveis, uma vez que estes estão relacionados com o desempenho dos enfermeiros (Han et al., 2015; Labrague et al., 2018b). Cabe-lhes a implementação de atividades de desenvolvimento e aprendizagem que tenham um efeito positivo na prevenção de stress, alívio da tensão, diminuição dos conflitos, definição clara de papéis, pois estas contribuem para o aumento do comprometimento organizacional e para a diminuição da intenção de saída (Han et al., 2015);

- A Gestão Operacional e Intermédia – nestes níveis de gestão, o enfermeiro gestor deve organizar o trabalho de forma a proporcionar autonomia e suporte organizacional aos enfermeiros, fomentar relações positivas no trabalho e, assim, contribuir para cuidar do bem-estar dos profissionais ao mesmo tempo que está concentrado em atingir os objetivos organizacionais (Brunetto et al., 2016). A estes gestores cabe-lhes desenvolverem ações e comportamentos específicos, tais como *feedback*, modelagem de papéis, apoio aos esforços de implementação de estratégias específicas ou de mudanças de práticas, considerando a mais recente evidência científica, com vista a melhorar a qualidade e atingir o sucesso dos objetivos e metas organizacionais, ao nível de um conjunto de serviços, o que requer capacidades de liderança consolidadas (Shuman et al., 2017). Os gestores operacionais influenciam de forma notável o sucesso da organização pois desempenham um papel fundamental no dia-a-dia do funcionamento dos serviços onde exercem, uma vez que trabalham em contato próximo com os clientes e famílias e com outros profissionais de equipas de saúde. Cabe-lhes fazer a ligação entre a gestão estratégica e a equipa, e entre a equipa e os restantes profissionais e encontram-se na linha da frente nos serviços de saúde, pelo que devem ter conhecimentos de gestão e capacidades de liderança (Goktepe et al., 2018).

Como estratégias específicas encontramos a referência à reorganização dos serviços e dos postos de trabalho, estratégias de gestão da performance, reuniões multidisciplinares periódicas (Shacklock et al., 2014) e gestão da comunicação organizacional (Falatah & Conway, 2019; Hashish, 2017; McCane & Sambrook, 2014; Yuromezoglu & Kocaman, 2012).

A *American Organization of Nurse Executives* (AONE, 2015) identificou um conjunto de domínios principais de competência para a gestão em enfermagem: comunicação e gestão de conflitos; conhecimentos sobre o contexto da prática de cuidados, liderança; conhecimentos de gestão em saúde (AONE, 2015; Gunawan et al., 2017); planeamento, organização, liderança e o controle (Gunawan & Aunguroch, 2017; Moghaddama et al., 2018).

A compreensão da relação entre os aspetos da prática de enfermagem é essencial, sendo relevante que os enfermeiros sejam envolvidos na tomada de decisões. As equipas de enfermagem são essenciais na definição dos ambientes de trabalho, e a sua participação promove cuidados de qualidade e a segurança do cliente (Adriaenssens et al., 2017). Van Bogaert et al. (2017) destacam a importância dos enfermeiros gestores, pois são eles que têm uma posição central entre as decisões de gestão e as práticas diárias, apoiando e protegendo a sua equipa e o trabalho em equipa. Os mesmos autores reforçam ainda o impacto que as decisões de gestão e política têm na prática diária, bem como o papel dos gestores de enfermagem e a boa relação interdisciplinar (Van Bogaert et al., 2017). A avaliação do APE pode parecer mais importante para o exercício de funções dos enfermeiros gestores, mas é igualmente relevante para os enfermeiros prestadores de cuidados (Van Bogaert et al., 2017). Os enfermeiros prestadores de cuidados estão cada vez mais envolvidos na tomada de decisões organizacionais e, assim, têm a oportunidade de projetar e implementarem soluções para assuntos de interesse da sua unidade (Van Bogaert et al., 2017). Melhorar o APE permitirá aos enfermeiros dedicarem mais tempo à prestação de cuidados ao cliente, contribuindo decisivamente para a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Adriaenssens et al., 2017; McHugh et al., 2011). Assim, os enfermeiros gestores devem criar APE que envolvam os enfermeiros nas decisões que influenciam os cuidados ao cliente e o ambiente de trabalho (Mrayyan, 2019).

Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na organização dos cuidados, tendo, no entanto, que lidar com questões e problemas relacionados com o trabalho, num ambiente de cuidados de saúde desafiador e em constante mudança (Adriaenssens et al., 2017). Estes, através da liderança e gestão, têm uma influência significativa na qualidade e segurança dos cuidados e no bem-estar dos enfermeiros (Adriaenssens et al., 2017). Laschinger, Borgogni, Consiglio & Read (2015) referem

que o comportamento de liderança autêntica dos enfermeiros gestores, como a autoconsciência e transparência, comportamento ético-moral e apoio nos processos, desempenham um papel importante na criação de APE favoráveis. Na mesma linha de raciocínio estão Asiri, Rohrer, Al-Surimi, Da'ar & Ahmed (2016) quando referem que os gestores de enfermagem podem melhorar o APE, praticando uma liderança adequada e estratégias de capacitação, incluindo uma maior participação da equipa de enfermagem no processo de tomada de decisão, levando assim a cuidados de enfermagem de alta qualidade, que necessariamente conduzirão a uma maior segurança do cliente.

A satisfação do cliente é diretamente impactada pela liderança do enfermeiro gestor, pelo que, é essencial que o mesmo se consciencialize deste fator e adote um estilo de liderança adequado e coloque o cliente como foco dos cuidados prestados pela equipa que lidera (Nurmeksela, Mikkonen, Kinnunen & Kvist, 2021).

A colaboração com todos os profissionais, nomeadamente médicos, foi positivamente relacionada com a satisfação no trabalho (Adriaenssens et al., 2017). A cooperação solidária, a boa comunicação e a tomada de decisões interdisciplinares conjuntas influenciam positivamente o grau de satisfação e realização das equipas de enfermagem com consequências concretas (Adriaenssens et al., 2017). Índices de realização mais elevados nas equipas de enfermagem estão associados a menos quedas de clientes e a um melhor controlo da dor em relação às úlceras por pressão (Stalpers et al., 2015). Acresce que se verifica também que níveis mais altos de experiência e educação, assim como relações de colaboração harmoniosa entre profissionais, têm efeitos favoráveis nos resultados de quedas e úlceras de pressão nos clientes (Stalpers et al., 2015).

A autonomia é um dos fatores mais importantes na satisfação profissional e na rotatividade dos enfermeiros (Mrayyan, 2019). Ko, Jeong & Yu (2018) concluíram que existe uma necessidade de melhorar a autonomia do trabalho dos enfermeiros, pois tem implicações no APE. Os enfermeiros com pouca autonomia têm efeitos negativos na satisfação profissional e na rotatividade dos enfermeiros (Mrayyan, 2019). Assim, os enfermeiros gestores devem monitorizar a autonomia do trabalho dos enfermeiros e as suas perceções sobre a política organizacional (Ko et al., 2018) e avaliar precocemente a intenção de saída dos enfermeiros através de instrumentos de medida, evitando este fenómeno e contribuindo para a melhoria dos APE (De Sul

& Lucas, 2020a). Ko et al. (2018) referem que os enfermeiros gestores podem desenvolver a formação em serviço e implementarem métodos de trabalho que promovam e melhorem a autonomia do trabalho, criando assim APE favoráveis, que permitam aos enfermeiros participarem na tomada de decisões. Defendem ainda que estes esforços favorecem a qualidade dos cuidados de enfermagem, garantindo assim a segurança do cliente (Ko et al., 2018).

Vaismoradi, Bondas, Salsali, Jasper & Turunen (2014) referem que compete aos enfermeiros gestores facilitarem a prestação de cuidados seguros e que estes conseguem melhorar as condições de trabalho para os enfermeiros; desenvolverem as competências práticas dos enfermeiros; atribuírem funções aos enfermeiros de acordo com as suas competências e capacidades; proporcionarem supervisão apropriada; melhorarem as relações profissionais com todos os elementos da equipa multidisciplinar e encorajar a colaboração entre todos; dar maior controlo aos enfermeiros e recompensarem a prática segura (Vaismoradi et al., 2014).

Guidelines e normas de atuação contribuem para garantir a aplicação de novos conhecimentos na prática, reduzindo efeitos indesejáveis, variações de práticas e melhoram a segurança e a qualidade (Titlestad, Haugstvedt, Igland & Graue, 2018). Os enfermeiros com formação avançada e que cumpram as *guidelines* e normas de atuação, têm perceções mais positivas sobre áreas chave da segurança do cliente (Titlestad et al., 2018). Quanto maior a formação dos enfermeiros, melhor conhecimento e capacidades estes possuem para lidarem com diferentes situações relativamente aos cuidados aos clientes e ao trabalho em equipa e equipa multidisciplinar e maior é a capacidade para adotar uma abordagem mais abrangente para a enfermagem e para a segurança do cliente (Titlestad et al., 2018).

Deve então o enfermeiro gestor incentivar a formação formal da sua equipa como forma de promover cuidados de alta qualidade e com segurança (Titlestad et al., 2018). Os enfermeiros gestores têm um papel preponderante dentro da organização e na prestação de um atendimento de qualidade, que é o de possibilitar e proporcionar as ferramentas necessárias, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de futuros gestores (Weber et al., 2015).

A formação em contexto de trabalho, mas também a formação base, cursos de pós-graduação/especializações ministrados pelas escolas de enfermagem, devem incluir programas educativos com conteúdos sobre as características organizacionais, sobre

o APE e a sua relação com a saúde e com os resultados, preparando assim futuros enfermeiros para reconhecerem e promoverem APE favoráveis (Lake et al., 2019; Mrayyan, 2019).

Lake et al. (2019) reforçam ainda que os enfermeiros, na prestação de cuidados, também merecem ter formação sobre APE favoráveis.

Na perspectiva de Ibrahim, Abo El-Magd & Sayed (2014) deve procurar-se a excelência da prática clínica de enfermagem, o que requer enfermeiros com capacidades para serem eficazes e mais autónomos nas suas funções. Os enfermeiros devem ser capacitados, pois assim são mais propensos a prestarem melhores cuidados aos clientes através de práticas de trabalho mais eficazes. Assim, cabe aos enfermeiros gestores fornecerem formas de capacitação relacionada com a autonomia e métodos de trabalho (Ibrahim et al., 2014). Os enfermeiros que possuem poder adequado são mais eficazes no desempenho das suas funções, proporcionando assim melhores cuidados ao cliente (Ibrahim et al., 2014).

Assim, uma responsabilidade dos enfermeiros gestores é criarem condições de capacitação dos enfermeiros, para que estes sejam capazes de prestarem os melhores cuidados possíveis aos clientes, garantindo assim a segurança dos mesmos (Ibrahim et al., 2014). Weber et al. (2015) referem que um bom relacionamento entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros é a base para a capacitação dos enfermeiros, resultando em baixos níveis de *burnout* e melhor satisfação profissional.

Os APE são mutáveis, isto é, a intervenção do enfermeiro gestor pode, e deve, alterar o APE e melhorá-lo (Kutney-Lee et al., 2013). Para o conseguir, o enfermeiro gestor deve conseguir identificar as fragilidades do APE (Kutney-Lee et al., 2013). Os enfermeiros gestores devem ter acesso a rigorosos, válidos e fiáveis instrumentos que lhes permitam avaliar o APE para intervir atempadamente na sua equipa (Lake, 2007). A existência e o uso destes instrumentos servem de referência para os enfermeiros gestores no que diz respeito à compreensão das dificuldades com que estes se deparam ao nível da gestão da sua equipa, da sua unidade/serviço/organização e do APE respetivo.

Os enfermeiros gestores e as organizações de CSP devem considerar o desafio da melhoria do APE como um investimento que, inevitavelmente, se refletirá na melhoria

dos resultados aos clientes, na performance profissional e, sobretudo, na qualidade dos cuidados prestados, independentemente do tipo de unidade funcional onde esse investimento ocorrerá.

Aiken et al. (2008) referem que os enfermeiros gestores têm pelo menos três opções para promoverem a retenção de enfermeiros nas organizações e os resultados nos clientes: melhorar a equipa de enfermeiros; selecionar para a sua unidade enfermeiros com elevado nível de formação e experiência; e melhorar o APE. Importante também promover o desenvolvimento dos enfermeiros, ter uma gestão com enfoque na qualidade dos cuidados, ter capacidade de supervisão das equipas e promover boas relações multidisciplinares (Aiken et al., 2008).

A avaliação do APE dos serviços tem como objetivo ajudar os enfermeiros gestores a desenvolverem APE favoráveis. Estas avaliações auxiliam os gestores a entenderem como os enfermeiros percecionam o seu APE e como isso influencia o seu trabalho e os cuidados que prestam. Os resultados destas avaliações devem ser utilizados pelos enfermeiros gestores para alcançarem resultados positivos para os clientes, satisfação dos enfermeiros, prestação de cuidados de qualidade, segurança dos clientes e diminuição da rotatividade dos enfermeiros (Er & Sökmen, 2018).

O enfermeiro gestor tem um papel fundamental na promoção de recursos humanos adequados para a prática clínica em enfermagem, assim como em fomentarem um APE favorável (Aiken et al, 2013; Labrague et al., 2018b), que permita o desenvolvimento das competências e da capacidade de articular o conhecimento tácito dos enfermeiros com o propósito da organização, dando valor à sua prática e permitindo-lhes prestar cuidados de alta qualidade (Aiken et al., 2013; McCane & Sambrook, 2014). Devem avaliar os seus APE através de escalas existentes, de modo a identificarem áreas de intervenção nos seus APE (Lake et al., 2019).

4.1 Quadro de Referência do Estudo

As organizações de saúde procuram prestar cuidados de qualidade, seguros e acessíveis, protegendo e respeitando cada cliente na sua unicidade. Para dar este tipo de resposta, os cuidados devem ser organizados com base em rigorosos padrões de segurança e através de cuidados centrados no cliente, dada a sua

importância nos resultados do cliente (Dubois et al., 2012; Dubois, D'Amour, Tchouaket, Clarke, Rivard & Blais, 2013).

Sendo que os enfermeiros são os profissionais de saúde em maior número, têm uma intervenção fundamental na garantia da qualidade e segurança para a prática clínica em saúde. A complexidade crescente dos cuidados, e o ritmo de trabalho cada vez mais intenso leva a que os profissionais estejam disponíveis e valorizem determinado grupo de cuidados, da esfera de competência dos enfermeiros, considerados como fundamentais para manter a vida, promover a recuperação e preservar a dignidade da pessoa (Archibald & Barnard, 2018). A organização e a gestão dos cuidados de enfermagem têm sofrido pressões elevadas relacionadas com a contenção de custos, maior procura de cuidados de saúde, escassez de recursos, que permitiriam aos enfermeiros prestarem cuidados de elevada qualidade (Dubois et al., 2012). Este momento que vivemos atualmente, com a pandemia COVID 19, é um exemplo das pressões a que os enfermeiros estão sujeitos bem como todas as organizações de saúde.

Quando os cuidados de enfermagem não correspondem inteiramente às expectativas dos clientes, seja por questões organizacionais, por falta de enfermeiros, pela própria organização dos cuidados de enfermagem ou por um APE desfavorável (Dubois et al., 2012; Dubois et al., 2013), os clientes vivenciam negativamente a experiência de cuidados. Não garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem leva a angústia e insatisfação, mas também a maiores falhas na segurança do cliente (Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin & Frost, 2018). Os cuidados de enfermagem omissos ou incompletos são o conceito-chave que explica a associação amplamente demonstrada entre o número e competências dos enfermeiros nas equipas e os *outcomes* negativos dos clientes, incluindo a mortalidade (Richards et al., 2018).

As atividades de gestão influenciam diretamente o APE e são, por isso, fundamentais para que as organizações de saúde consigam assegurar cuidados de qualidade aos seus clientes, proporcionando-lhes melhores experiências de cuidados e melhores resultados em saúde, assim como melhoria do desempenho das organizações (Aiken et al., 2013; Aiken et al., 2018; Pentecost, Frost, Sugg, Hilli, Godwin & Richards, 2019). Por outro lado, imprimir alterações no contexto da prática dos cuidados de enfermagem, permite influenciar os resultados desses cuidados, pois

irá melhorar a capacidade do enfermeiro de prestar cuidados fundamentais, mais eficazes e focados no cliente e nas suas particularidades, sendo este o objetivo último das organizações de saúde (Kitson, Conroy, Kuluski, Locock & Lyons, 2013). Para tal, consideramos fundamental que os enfermeiros gestores promovam a gestão de recursos humanos, a organização do trabalho dos enfermeiros e adotem modelos orientadores da prática clínica, que estimulem o cuidar holístico do cliente, como forma de obter a qualidade e a segurança (Hashish, 2017; Labrague et al., 2018b).

Dado o grande contributo dos enfermeiros para as metas e objetivos organizacionais, as equipas de enfermagem devem considerar modelos conceptuais de cuidados de enfermagem, uma vez que estes são reconhecidos como um instrumento essencial na prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade (Dubois et al., 2012). A implementação de um modelo conceptual permite, de forma organizada, identificar os principais componentes e processos de um sistema de prestação de cuidados, ilustrar as conexões estabelecidas entre eles e analisar em que medida um padrão estruturado de recursos e processos pode contribuir para a obtenção de resultados específicos num determinado contexto (Dubois et al., 2012).

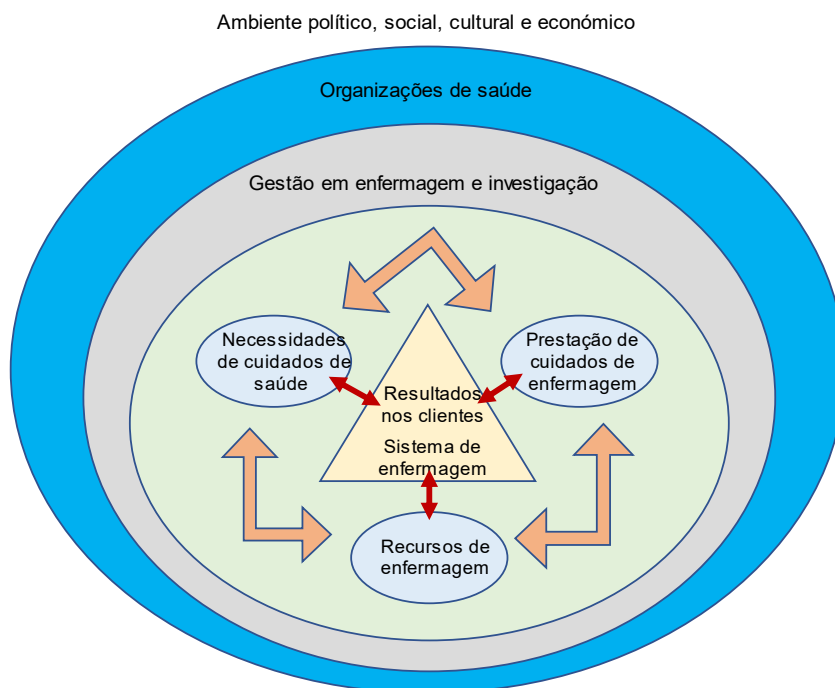
O quadro teórico de referência que orienta este estudo é constituído, numa relação complementar, pelo quadro conceptual de gestão e investigação em enfermagem de Biron, Richer & Ezer (2007), pelo modelo de organização dos cuidados de enfermagem de Dubois et al. (2012) e pelo modelo de resultados da qualidade em saúde de Mitchell et al. (1998).

A questão dos resultados entrou desde a década de 1990, no centro das preocupações sobre custo, qualidade, eficácia do atendimento e desempenho organizacional (Biron et al., 2007), o objetivo da gestão em enfermagem é influenciar positivamente os resultados nos clientes, nos profissionais e no próprio sistema de saúde (Biron et al., 2007). Estes autores elaboraram um quadro conceptual explicativo sobre as relações que influenciam a gestão em enfermagem (figura 3).

Este quadro conceptual explicativo é um sistema aberto com as seguintes componentes fundamentais: necessidades de cuidados de saúde por parte dos clientes; recursos de enfermagem; e a prestação de cuidados de enfermagem. Cada um destes componentes têm uma influência direta nos resultados do cliente, dos enfermeiros e do sistema (Biron et al., 2007). Estas componentes são também

mutuamente dependentes e influenciadas pela organização dos cuidados de saúde, pelo ambiente político, social, cultural e económico (Biron et al., 2007).

Figura 3: Quadro explicativo das influências sobre a gestão em enfermagem.



Fonte: Adaptado de Biron, Richer & Ezer (2007).

Este quadro explicativo contribui para a organização do conhecimento atual, para a identificação de lacunas e orientar os enfermeiros gestores para integrarem nas suas práticas de gestão, os resultados da investigação (Biron et al., 2007). Proporcionaria igualmente uma forma distinta de conceber a investigação e a prática da gestão em enfermagem, ilustrando o seu contributo único para o domínio mais vasto da investigação dos serviços de saúde (Biron et al., 2007).

Por outro lado, Dubois et al. (2012) referem que, considerando a crescente complexidade dos contextos de enfermagem e os seus ambientes, é necessário compreender a realidade vivida na prestação de cuidados, destacando cada vez mais os fatores relacionados com as características específicas dos prestadores de

cuidados e dos clientes, dos contextos em que se prestam cuidados, a natureza desses mesmos cuidados, os processos que produzem resultados para os clientes e os fatores que influenciam esse processo. Estes fatores são aspetos fundamentais que devem ser considerados na prática de enfermagem para uma melhor compreensão da estrutura organizacional do trabalho de enfermagem (Dubois et al., 2012). Estes propõem um Modelo de Organização dos Cuidados de Enfermagem que considera três dimensões essenciais que interagem dinamicamente para influenciar os resultados de enfermagem (saúde e segurança no trabalho) e os cuidados prestados aos clientes (qualidade e segurança da prestação de cuidados) assim como a saúde e satisfação profissional dos enfermeiros:

1. Equipa de enfermagem;
2. Os objetivos da intervenção do enfermeiro;
3. Ambiente de prática de enfermagem (Dubois et al., 2012).

1. A equipa de enfermagem - É necessário avaliar e determinar qual o número apropriado e o conjunto de competências necessárias para darem resposta a um determinado contexto de prestação de cuidados, tendo como objetivo a prestação de cuidados de alta qualidade de forma eficiente e eficaz (Dubois et al., 2012). A constituição da equipa de enfermagem está relacionada com a qualidade dos cuidados prestados aos clientes e com os resultados obtidos (Butler et al., 2019). Deste modo, é necessário providenciar e manter os recursos de enfermagem necessários para a prestação de cuidados (Dubois et al., 2013).
2. Os objetivos da intervenção do enfermeiro - para além da prestação de cuidados que correspondem às necessidades dos clientes, também inclui até que ponto a organização do trabalho permite à equipa de enfermagem usar todo o seu potencial de capacidades e conhecimentos necessários dos enfermeiros (Dubois et al., 2012).
3. O ambiente de prática de enfermagem - é outra dimensão da organização dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros e os seus ambientes de trabalho estão reciprocamente relacionados, ou seja, cada um influencia o outro numa interação dinâmica e contínua que afeta a natureza do trabalho e os resultados (Dubois et al., 2012). Assim, a prestação de cuidados de enfermagem adequada não exige apenas investimentos em recursos humanos e decisões relacionadas com os

objetivos das práticas de cuidados, mas também à criação de APE favoráveis (Dubois et al., 2012). O apoio da gestão, comunicação e colaboração entre a equipa de enfermagem, boa relação multidisciplinar entre a equipa de enfermagem e as restantes equipas, trabalho motivador e autonomia do enfermeiro na prestação de cuidados, são indicadores de APE favoráveis (Dubois et al., 2013). No ambiente dinâmico dos cuidados de enfermagem é imprescindível que o sistema de produção de enfermagem tenha capacidade inovadora, de modo a garantir que a equipa de enfermagem se consiga ajustar constantemente para responder às necessidades dos clientes e prestarem cuidados de enfermagem seguros, eficazes, eficientes, oportunos e centrados no cliente (Dubois et al., 2013). Esta capacidade inovadora permite considerar um conjunto mais amplo de fatores, como o aproveitamento efetivo da intervenção dos enfermeiros, as tecnologias, a ligação com a comunidade, a gestão de resultados e *feedback* e a centralidade dos clientes nos cuidados (Dubois et al., 2012).

Deste modo, estas três dimensões essenciais, influenciam-se mutuamente, fornecendo uma base teórica para uma melhor compreensão destes parâmetros-chave que compõem a organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, este modelo oferece um contributo valioso para orientar o planeamento de intervenções organizacionais com vista a melhorar a organização dos cuidados de enfermagem (Dubois et al., 2012). Dubois et al. (2013) acrescentam que uma boa administração dos recursos de enfermagem e a sua transformação em serviços que detenham altos padrões de qualidade produzem mudanças positivas nas condições dos clientes, originando maior satisfação dos clientes.

No que respeita ao Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde, desenvolvido por Mitchell et al. (1998) a partir dos contributos de Donabedian (1988) em que este sugeriu a avaliação da qualidade dos cuidados através de um modelo linear constituído pela estrutura, processo e resultados. Este modelo, de Mitchell et al. (1998) refere que a avaliação da qualidade dos cuidados não se estabelece de forma linear, mas sim de uma forma dinâmica. Ou seja, as relações que se estabelecem entre a estrutura, o processo e os resultados são dinâmicas, afetando e influenciando-se mutuamente.

Este modelo, como se pode verificar na figura 4, considera as características estruturais do sistema, os fatores que contribuem para o desenvolvimento de todo o 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 APE, a utilização de tecnologia e inovação, a qualificação dos profissionais, entre outros (Mitchell et al., 1998). Entende-se por intervenções todos os processos clínicos e atividades realizadas, direta ou indiretamente, e que afetam o cliente (Mitchell et al., 1998).

Figura 4: Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde.



Fonte: Adaptado de Mitchell, Ferketich & Jennings (1998).

As características dos clientes assumem destaque neste modelo, uma vez que existe a crescente sensibilização para a necessidade de adaptação das intervenções e resultados esperados, consoante as necessidades, capacidades e preferências desses clientes (Mitchell et al., 1998). Por fim, no que diz respeito aos resultados, estes referem-se às alterações ou efeitos decorrentes deste processo dinâmico, desde as alterações na mortalidade e morbilidade à percepção dos clientes sobre os

efeitos na sua saúde e satisfação com os cuidados recebidos, bem como os custos ao nível da organização (Mitchell et al., 1998).

Assim, o APE como característica essencial deste modelo é entendida como influenciadora dos resultados, para os clientes, para as próprias organizações e para os enfermeiros. Como já vimos atrás, um APE desfavorável resulta em maiores níveis de *burnout*, maior rotatividade dos enfermeiros, menor satisfação nos clientes e enfermeiros, menor qualidade dos cuidados de enfermagem e resultados negativos nos clientes e organizações. Uma vez que este não é um processo linear, mas dinâmico, os próprios resultados atrás referidos irão influenciar e ter impacte, tanto nas características do processo, como nos clientes, nas intervenções, nos processos estruturais, assim como noutros resultados deste processo dinâmico. Fica clara a relação profunda que os enfermeiros estabelecem com o seu APE e a influência que o enfermeiro gestor pode deter sobre os mesmos, dando origem aos mais variados resultados.

Na sequência dos contributos deste quadro de referência atrás indicado, e numa época em que se espera que os enfermeiros gestores tomem decisões baseadas nas melhores evidências disponíveis, o desenvolvimento de conhecimentos específicos de gestão em enfermagem é essencial para melhorar os resultados para os clientes, para os prestadores de cuidados e para o funcionamento eficaz do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde.

Perante os grandes desafios que a saúde enfrenta atualmente, a enfermagem, os seus gestores, os académicos e investigadores precisam de identificar relações entre necessidades de cuidados de saúde, os recursos de enfermagem, o processo de prestação de cuidados e a obtenção de resultados a todos os níveis. Compreender estas relações é fundamental para uma tomada de decisão informada num sistema de cuidados de saúde em constante mudança e sob grandes pressões de vária ordem.

Este quadro de referência também deixa contributos para o desenvolvimento de novos estudos na área do APE e da gestão em enfermagem demonstrando claramente a ligação entre enfermagem e resultados nos clientes em diversas variáveis interligadas e interrelacionadas.

O enfermeiro gestor, através das suas intervenções, influencia favoravelmente o APE, considerando que promove um aumento na qualidade dos cuidados de enfermagem, que por sua vez vai promover resultados positivos para os clientes e enfermeiros, aumentando a eficácia das organizações, melhorando as organizações de saúde e o Serviço Nacional de Saúde.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A maioria dos estudos realizados em enfermagem inclui métodos de investigação quantitativa, que são considerados o método científico tradicional (Gray & Grove, 2021). A investigação quantitativa é formal, objetiva e sistemática, método este em que os dados numéricos são usados para obter informações sobre o mundo (Gray & Grove, 2021). A abordagem quantitativa surgiu de um ramo da filosofia chamado positivismo lógico, que opera em regras estritas de lógica, verdade, leis e previsões (Gray & Grove, 2021). O positivismo é reflexo de um movimento cultural amplo, o modernismo, que tem enfoque no racional e no científico (Polit & Beck, 2019). No paradigma positivista, o investigador direciona-se à compreensão das causas subjacentes a determinado fenómeno e pressupõe uma ou mais razões que podem ser identificadas (Polit & Beck, 2019).

Os investigadores quantitativos sustentam a posição de que a “verdade” é absoluta e que uma única realidade pode ser definida por medição cuidadosa e rigorosa (Gray & Grove, 2021).

A investigação quantitativa é conduzida para testar a teoria, descrevendo variáveis (estudo descritivo), analisando as relações entre as variáveis (estudo correlacional) e determinação de interações de causa/efeito entre variáveis (estudo quase experimental e experimental) (Gray & Grove, 2021).

Os investigadores quantitativos esforçam-se para alargar os seus achados para além da situação estudada e podem ser generalizados para diferentes populações (Gray & Grove, 2021).

1.1 Pergunta de Investigação e Objetivos

A questão de investigação e os objetivos foram formulados de acordo com Gray & Grove (2021). Para a construção dos objetivos considerámos a taxonomia de Bloom (Bloom, Engelhart, Furst, Hill & Krathwohl, 1956; Ferraz & Belhot, 2010).

Assim, a **questão de investigação** definida foi: Qual a relação e o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados, segurança dos

clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal?

Deste modo, delinearão-se os seguintes objetivos:

- **Geral:** Avaliar a relação e o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.
- **Específicos:**
 - Validar as propriedades psicométricas da escala PES-NWI, nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal;
 - Avaliar a validade de construto da escala PES-NWI nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal;
 - Analisar o ambiente de prática de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal;
 - Identificar a relação entre o ambiente de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados, a segurança dos clientes, a cultura de segurança, a satisfação profissional, a intenção de saída, e a *burnout* dos enfermeiros;
 - Identificar a perceção dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída e *burnout*;
 - Avaliar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados, na segurança dos clientes, na cultura de segurança, na satisfação profissional, na intenção de saída, e na *burnout*.

Para dar resposta aos objetivos deste estudo, definiram-se hipóteses de investigação que enunciam uma relação de associação e recorreu-se a testes estatísticos para determinar a natureza da relação entre as variáveis em estudo (Gray & Grove, 2021):

- entre a variável independente (APE) e as respetivas dimensões que emergiram; e
- entre a variável independente e as dependentes, a perceção da qualidade dos cuidados, da segurança dos clientes, da cultura de segurança, da satisfação profissional, da intenção de saída, e da *burnout* dos enfermeiros.

Identificaram-se as seguintes hipóteses de investigação para o estudo:

- H₁ - O ambiente de prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados aos clientes;
- H₂ - O ambiente de prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos enfermeiros sobre a segurança dos clientes;
- H₃ - O ambiente de prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança;
- H₄ - O ambiente de prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos enfermeiros sobre a satisfação profissional;
- H₅ – O ambiente de prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos enfermeiros sobre a intenção de saída;
- H₆ – O ambiente de prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo no nível de *burnout* dos enfermeiros.

1.2 Tipo de Estudo

Para responder à questão de investigação e aos objetivos, delineou-se um estudo quantitativo, descritivo, analítico e transversal (Gray & Grove, 2021; Polit & Beck, 2019). Num estudo descritivo e transversal o investigador não interfere nas variáveis e os dados são obtidos num único momento (Gray & Grove, 2021).

Recorreu-se ao software estatístico *Statistical Package for the Social Science* - IBM®-SPSS *Statistics*® versão 26.0, para o tratamento de dados e a métodos de análise multivariado, incluindo regressão linear, análise fatorial exploratória, correlação e análise de variância; e ao programa informático IBM® SPSS® AMOS (v.26, SPSS, Corporation, Armonk, NY, USA) para modelagem de equações estruturais.

Primeiramente realizámos análise exploratória das variáveis no sentido de verificar os pressupostos da sua utilização e de caracterização e frequência dos dados, utilizando as medidas de tendência central e de dispersão. As variáveis categoriais foram descritas pela frequência absoluta e pela frequência relativa (%); as variáveis quantitativas foram descritas pela média, desvio padrão, mínimo e máximo.

1.3 Estudo RN4Cast 2018

Este estudo utilizou os dados recolhidos pelo estudo RN4Cast Portugal – 2018 (RN4Cast - 2018).

O RN4Cast – 2018 foi promovido por uma equipa de investigação da Universidade Católica Portuguesa e coordenado pelo Prof. Doutor Élvio Henriques de Jesus e é uma replicação do estudo internacional RN4Cast (Aiken et al., 2012; Sermeus et al., 2011) do qual faz parte. O período de recolha de dados decorreu entre novembro de 2017 e maio de 2018. A divulgação do estudo foi feita pela Universidade Católica Portuguesa e pela Ordem dos Enfermeiros através dos seus *sites* institucionais e redes sociais, nomeadamente uma página de Facebook criada para o efeito. Foi solicitada a participação dos enfermeiros e a informação foi dada sobre o *link* onde deveriam preencher as suas respostas. Esta recolha online de informação continha uma nota introdutória explicativa bem como o esclarecimento sobre o estudo, o anonimato e a confidencialidade. A participação dos enfermeiros foi voluntária e anónima.

O instrumento de recolha de dados foi desenvolvido pelo consórcio RN4Cast, respetivamente, o RN4Cast *Nurse Survey Instrument* (Roque, 2016). Este era composto por variáveis demográficas (idade, género e escolaridade) e dados sobre a experiência profissional (anos de experiência na prática de enfermagem, na

organização e na unidade de trabalho) (Almeida et al., 2020), escala PES-NWI, a *Maslach Burnout Inventory*, questões sobre a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança e sobre a satisfação profissional dos enfermeiros, que se encontram descritos à frente.

O conjunto de dados extraídos para este estudo, refere-se às respostas dos enfermeiros que exerciam funções nos ACES de todo o país, incluindo das Regiões Autónomas. As respostas correspondem a uma amostra de 1059 enfermeiros dos CSP.

A base de dados foi-nos fornecida pela coordenação do RN4Cast Portugal – 2018 para o desenvolvimento deste estudo, à qual deixamos um forte agradecimento.

Almeida et al. (2020) validaram a versão portuguesa da escala PES-NWI no âmbito do estudo RN4Cast – 2018 e avaliaram a validade de construto através de análise fatorial exploratória e confirmatória na amostra de 5075 enfermeiros de 48 hospitais de agudos, incluindo três parcerias público-privadas e dois hospitais privados e ACES de todo o território continental português e das regiões autónomas, Madeira e Açores (Almeida et al., 2020). A nossa amostra representa uma parte do estudo RN4Cast – 2018 mais amplo (Almeida et al., 2020).

O estudo RN4Cast – 2018 foi o primeiro de validação da escala PES-NWI em Portugal que utiliza uma amostra de enfermeiros que trabalham em diferentes contextos de saúde (Almeida et al., 2020). Os resultados indicaram uma estrutura final de 27 itens, com exclusão do 14, 15, 18 e 19 num modelo de cinco dimensões, diferente da versão de Amaral et al. (2012) (Almeida et al., 2020). Também no estudo de Nascimento et al. (2020), com os dados de contexto hospitalar do RN4Cast – 2018, houve exclusão de itens (14, 18, 19, 25 e 26) com um modelo fatorial de cinco dimensões. Os resultados finais de ambos estes estudos corresponderam a três domínios da versão original:

- *“Staffing and Resource Adequacy”*;
- *“Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses”*; e
- *“Collegial Nurse-Physician Relations”* (Almeida et al., 2020).

Os itens excluídos na análise fatorial de ambos os estudos, pertenciam ao domínio *“Nursing Foundations for the Quality of Care”* de Lake (2002) e da dimensão

“Philosophy of Quality” de Amaral et al. (2012) (Almeida et al., 2020; Nascimento et al., 2020).

Os resultados da análise fatorial exploratória (AFE) apresentaram uma solução de cinco dimensões, semelhante à escala apresentada por Lake (2002) mas os itens dentro das dimensões são diferentes (Almeida et al., 2020). Em estudos anteriores de Alzate et al. (2014), Choi & Boyle (2014), Fuentelsaz-Gallego et al. (2013) e Gasparino & Guirardello (2017) foram observadas variações semelhantes na estrutura dos itens. Isto pode ser devido a diferenças de cultura, dos sistemas de saúde e de gestão e de organização dos cuidados de enfermagem, o que pode influenciar as respostas dos enfermeiros (Almeida et al., 2020). Pode também ser devido à diferença nos tamanhos das amostras dos estudos, que contribuem para diferentes respostas, com exclusão da maioria dos itens dentro do domínio do *“Nursing Foundations for the Quality of Care”* (Almeida et al., 2020). Porque a AFE é uma técnica sensível ao tamanho da amostra e este estudo teve uma maior abrangência nacional, em relação ao estudo de Lake (2002) (n=2299), e mais significativa do que a utilizada por Amaral et al. (2012) (n=236) (Almeida et al., 2020).

O modelo fatorial mostrou que as cinco dimensões se enquadram bem com a amostra do estudo no contexto português (Almeida et al., 2020). Os coeficientes dos índices de adequação do modelo foram satisfatórios, no entanto, o modelo de cinco dimensões apresentou boa convergência, validade discriminante e consistência interna global ($\alpha=0,91$) em ambos os estudos, que foram maiores do que o modelo de Amaral et al. (2012) ($\alpha=0,89$). O modelo final mostrou excelente confiabilidade e validade de construto, que apoia a decisão de excluir os itens que não são essenciais para o construto desta solução (Almeida et al., 2020). Os resultados da análise fatorial confirmatória (AFC) são semelhantes a outros estudos internacionais, como o de Alzate et al. (2014), Choi & Boyle (2014), Fuentelsaz-Gallego et al. (2013), Gasparino & Guirardello (2017) e Mainz et al. (2015). Assim, esta versão mais curta da escala PES-NWI pode ser usada para estudos futuros (Almeida et al., 2020; Nascimento et al., 2020), no seguimento das recomendações de Lake (2002) que deve ser encontrada uma PES-NWI mais reduzida.

A consistência interna do modelo final de cinco dimensões de ambos os estudos é maior do que a obtida por Lake (2002) ($\alpha=0,82$), Amaral et al. (2012) ($\alpha=0,89$), já referido, e Fuentelsaz-Gallego et al. (2013) ($\alpha=0,90$) (Almeida et al., 2020). A escala

total e dimensões do modelo de cinco dimensões apresentaram confiabilidade e consistência interna adequadas (Almeida et al., 2020). Estes resultados estão de acordo com os de outros estudos sobre as propriedades psicométricas da escala PES-NWI em diferentes contextos, como em Alzate et al. (2014), Amaral et al. (2012), Gabriel, Erickson, Moran, Diefendorff & Bromley (2013), Kirwan et al. (2013), Lake (2002), Mainz et al. (2015), Neves et al. (2018), Parker et al. (2010) e Swiger et al. (2017a) (Almeida et al., 2020).

Já tinha havido um primeiro estudo RN4Cast em 2014 envolvendo enfermeiros e utentes dos hospitais gerais, do sector público, privado ou social, de Portugal continental e Regiões Autónomas, desenvolvido por Jesus et al. (2015). Participaram 2235 enfermeiros no estudo, de 144 serviços médico-cirúrgicos de adultos (Jesus et al., 2015). O alfa de Cronbach para a totalidade dos 31 itens da escala PES-NWI foi de 0,90, que é uma muito boa consistência interna (Jesus et al., 2015). A pontuação média da escala foi 2,44 (DP=0,35). A dimensão mais pontuada foi “Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados”, com 2,85 (DP=0,38). A menos pontuada foi “Adequação de Recursos Humanos e Materiais”, com 2,04 (DP=0,54). Lake (2002) recomenda que o cálculo do valor médio dos itens que compõem a escala ou dimensões do instrumento PES-NWI, constitua uma referência para a classificação dos ambientes como favoráveis, se valor superior a 2,5. De acordo com Lake & Friese (2006), quanto à classificação das dimensões do APE em favorável, desfavorável ou misto, verificou-se que três das cinco dimensões receberam pontuação desfavorável, o que corresponde a um ambiente do tipo misto (Jesus et al., 2015). A dimensão “Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados” teve pontuação favorável em 96,8% das organizações. Nenhuma organização obteve pontuação favorável na dimensão “Adequação de Recursos Humanos e Materiais” e apenas uma obteve pontuação favorável na dimensão “Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital” (Jesus et al., 2015).

1.4 População

A população deste estudo foram todos os enfermeiros de cuidados gerais, ou simplesmente enfermeiros, e enfermeiros especialistas que prestavam cuidados nos Centros de Saúde e nos Agrupamentos de Centros de Saúde das regiões autónomas da Madeira e Açores e do continente, com qualquer tipo de relação contratual com a organização.

1.5 Questões Éticas

A investigação em Enfermagem deve obedecer aos princípios éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e da justiça, que cumprimos neste estudo, de acordo com Bowling (2014), Gray & Grove (2021) e Polit & Beck (2019).

Este estudo está de acordo com as orientações da Declaração de Helsínquia, acerca de um parecer de uma comissão de ética para a aprovação (WMA, 2013).

O estudo RN4Cast teve parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa – Porto, nº 03/2018, de 14 de Maio de 2018.

Como foi referido atrás, os enfermeiros que responderam ao questionário *Nurse Survey Instrument* do estudo RN4Cast no *site* disponibilizado, participaram de forma livre e consentida, confirmado pela submissão do formulário on-line.

No que respeita à confidencialidade, esta consiste na responsabilidade que o investigador tem em proteger o anonimato dos sujeitos e na confidencialidade dos dados que trabalhou nesse estudo (Bowling, 2014; Gray & Grove, 2021). No início do formulário de resposta *on-line*, foi apresentada uma nota introdutória explicativa deste compromisso, para além do esclarecimento do estudo e dos seus objetivos.

No que respeita à análise e tratamento dos dados, garantimos a confidencialidade dos mesmos. Os dados de caracterização sociodemográfica bem como os restantes dados que tratámos e analisámos serão devolvidos à equipa de investigação após a discussão da tese, na pessoa do seu coordenador ou a quem ele indicar, e destruiremos qualquer cópia que tenhamos em nosso poder.

Os benefícios esperados decorrem dos resultados do estudo, da sua divulgação, assim como da adoção das suas recomendações. Como já foi atrás referido, pretende-se com este trabalho contribuir para reorientar as práticas dos enfermeiros

nos CSP em Portugal, para melhor compreender o seu efeito sobre os profissionais de enfermagem e sobre os resultados nos clientes, nomeadamente com a sua segurança e qualidade dos cuidados, neste contexto tão pouco estudado em Portugal, comparado com o contexto hospitalar. Pretendemos ainda deixar contributos para a evidência científica sobre o ambiente de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários.

2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados que foi utilizado no estudo RN4Cast - 2018 foi o *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (Roque, 2016), desenvolvido pelo consórcio internacional RN4Cast (Coetzee et al., 2013; Klopper et al., 2012; Sermeus et al., 2011; Squires et al., 2013). Este instrumento de medida recolheu dados sobre o APE, qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, dotações e formação de enfermeiros, *burnout* e dados sociodemográficos (Sermeus et al., 2011). Este instrumento resultou de um conjunto composto por vários componentes de outros instrumentos (Jesus, Marques-Pinto, Fronteira & Mendes, 2014) e processos de adaptação vários, de acordo com Squires et al. (2013). O instrumento de medida foi desenvolvido pelo Centro de Estudos de Resultados em Saúde e Investigação Política, da Universidade da Pensilvânia, e utilizado em inúmeros estudos em vários países (Sermeus et al., 2011; Squires et al., 2013). Squires et al. (2013) apresentam a estrutura do instrumento de recolha de dados composto por várias secções:

- ✓ Secção A) avalia o APE medido pela escala PES-NWI, a *burnout* dos enfermeiros medido pela *Maslach Burnout Inventory* (MBI), e outras questões que medem as características do trabalho dos enfermeiros;
- ✓ Secção B) avalia questões sobre a qualidade e segurança dos cuidados;
- ✓ Secção C) avalia a organização do trabalho dos enfermeiros; e
- ✓ Secção D) tem a ver com a caracterização sociodemográfica dos profissionais.

O questionário RN4Cast tem sido amplamente utilizado internacionalmente e foi previamente confirmado como robusto e psicometricamente correto e com validade, confiabilidade e rigor necessários (Bruyneel, Van Den Heede, Diya, Aiken & Sermeus, 2009).

De acordo com Roque (2016), em Portugal o instrumento de recolha de dados foi utilizado com a estrutura que o consórcio internacional RN4Cast definiu e foi submetido à tradução e adaptação cultural.

O instrumento de recolha de dados utilizado no RN4Cast Portugal – 2018 apresenta termos referentes ao contexto hospitalar, como por exemplo, “turnos”, “doentes”, “direção hospitalar”, “governança interna do hospital”, “executivos de topo de nível hospitalar”. Neste estudo substituímos alguns termos hospitalares adaptando ao contexto dos cuidados de saúde primários, como “hospital” por “organização”, “doentes” por “clientes”, entre outros.

As medidas utilizadas no presente estudo foram:

➤ **Sobre o Ambiente de Prática de Enfermagem:**

Para a avaliação do APE, a escala utilizada foi a escala PES-NWI, de Lake (2002), traduzida e validada por Amaral et al. (2012). Tal como referido atrás, a escala PES-NWI tem 31 itens com respostas numa escala tipo Likert de 4 pontos, de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”.

A utilização desta escala foi aplicada, nomeadamente nos estudos de Aiken et al. (2012), Coetzee et al. (2013), Klopper et al. (2012), Sermeus et al. (2011), Squires et al. (2013) e You et al. (2013).

➤ **Sobre a Qualidade dos Cuidados:**

As questões sobre a perceção da qualidade dos cuidados prestados, foram dadas em resposta aos itens do grupo B (1, 2, 3 e 5) do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (Roque, 2016). Foram cinco questões, com respostas fechadas numa escala tipo Likert de 3 e 4 pontos.

A utilização desta escala foi aplicada, nomeadamente nos estudos de Aiken et al. (2002a), Aiken et al. (2008), Aiken et al. (2012), Coetzee et al. (2013), Kirwan et al. (2013), Sermeus et al. (2011) e You et al. (2013).

➤ **Sobre a Segurança dos Clientes:**

A questão sobre a perceção da segurança dos clientes, foi dada em resposta ao item 4 do grupo B do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (Roque, 2016), numa escala tipo Likert de 5 pontos.

A utilização deste item foi aplicada, nomeadamente nos estudos de Aiken et al. (2012), Alenius, Tishelman, Runesdotter & Lindqvist (2014), Coetzee et al. (2013) e Kirwan et al. (2013).

➤ **Sobre a Cultura de Segurança:**

As questões sobre a percepção acerca da cultura de segurança, foram dadas em resposta aos seis itens do grupo B6 do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (Roque, 2016). Estes itens fazem parte de um questionário mais alargado que é o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da *Agency for Healthcare Research and Quality's* (Alenius et al., 2014).

A utilização desta escala foi aplicada, nomeadamente nos estudos de Alenius et al. (2014) e Kirwan et al. (2013).

As questões 1 e 3 (*Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles* e *Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos clientes*) estão recodificadas na escala, em que 1-Concordo Totalmente e 5-Discordo Totalmente. Nestes dois itens o desejável é uma discordância máxima, como refere Roque (2016). As restantes questões estão com respostas de 1-Discordo Totalmente a 5-Concordo Totalmente.

No estudo de Roque (2016), foi efetuada análise fatorial exploratória desta escala, com 2 dimensões, com valores de alfa de Cronbach de 0,70 e 0,68, que indicam uma consistência interna razoável e fraca (Roque, 2016).

➤ **Sobre a Satisfação Profissional e Intenção de Saída:**

A avaliação da satisfação profissional e intenção de saída, foi obtida através da resposta a vários itens do grupo A1 do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (Roque, 2016).

A utilização desta escala foi aplicada, nomeadamente nos estudos de Aiken et al. (2008), Aiken et al. (2012), Coetzee et al. (2013), Klopper et al. (2012), Sermeus et al. (2011) e You et al. (2013).

➤ **Sobre a *Burnout* dos Enfermeiros:**

A escala aplicada foi a MBI de Maslach & Leiter (2016) (Roque, 2016) utilizada no estudo de Roque (2016) e de Jesus et al. (2014), que avalia três componentes da *burnout* relacionados com o trabalho: **Exaustão Emocional** (sintomas de esgotamento dos recursos emocionais em relação ao trabalho), **Despersonalização** (que corresponde à adoção de uma atitude defensiva, distanciada e fria face ao

utente) e **Perda de Realização Profissional** (desenvolvimento de sentimentos de ineficácia e de falta de gratificação face ao trabalho) (Jesus et al., 2014).

Para a classificação da **burnout** utilizámos os intervalos recomendados por Maslach et al. (1986) citados por Marôco et al. (2016), e que foram:

- **Burnout** reduzido – pontuação média <2;
- **Burnout** moderado - pontuação média entre [2;3[;
- **Burnout** elevado - pontuação média ≥3.

A MBI incluiu 22 itens com respostas através de uma escala tipo Likert de 7 pontos, de "nunca" a "todos os dias". Poghosyan, Aiken & Sloane (2009), validaram a escala com três dimensões, que é um instrumento com fiabilidade e validade estabelecidas internacionalmente (Aiken et al, 2012). A MBI pode ser utilizada com confiança como medida de *burnout* entre os enfermeiros a nível internacional, para determinar a eficácia das medidas de redução de *burnout* geradas por políticas institucionais (Poghosyan et al., 2009).

Para o presente estudo foi utilizada a tradução e adaptação de Marques-Pinto (Roque, 2016).

A utilização desta escala foi aplicada, nomeadamente nos estudos de Aiken et al. (2012), Bruyneel et al. (2009), Coetzee et al. (2013), Jesus et al. (2014), Kirwan et al. (2013), Klopper et al. (2012), Poghosyan et al. (2009), Sermeus et al. (2011) e You et al. (2013).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

3.1 Caracterização da Amostra

Obteve-se a resposta de 1059 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. Estes enfermeiros correspondem a todos os 55 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do território continental, de 15 Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira e de 6 Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores. Consideramos haver neste estudo uma completa representação nacional dos enfermeiros, e pela primeira vez em Portugal, uma abrangência territorial e numérica num estudo em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Os enfermeiros em Portugal que trabalhavam nos CSP, a 31 de dezembro de 2017, eram 7383 (OE, 2017) o que indica que a nossa amostra é de cerca de 14,3% do total de enfermeiros deste nível de cuidados do sistema de saúde português.

Dos 1059 enfermeiros, 85,8% eram do género feminino e 14,2% do género masculino. Estes valores estão de acordo com os valores totais da profissão em Portugal, a 31 de dezembro de 2017, que eram de 87,4% do género feminino e 12,6% do género masculino (OE, 2017).

A média de idades foi de 43,5 anos (7,9 anos).

Elaborámos classes etárias da nossa amostra com a fórmula de Sturges (Guimarães & Cabral, 2010). As classes etárias mais significativas (tabela 1) foram entre [34-38[e [38-42[, de 16,7% a 16,5% respetivamente.

Tabela 1: Distribuição da amostra por Classes Etárias.

Classes etárias	N	%
[22-26[	7	0,6
[26-30[	16	1,5
[30-34[	86	8,1
[34-38[	177	16,7
[38-42[	175	16,5

[42-46[	163	15,3
[46-50[	143	13,5
[50-54[	161	15,2
[54-58[	89	8,4
[58-62[	34	3,2
[62-66[	8	0,7
TOTAL	1059	100

Enfermeiros com licenciatura foram 98,9% e 1,1% com bacharelato. Os enfermeiros especialistas foram 54,7% da amostra. O valor nacional de enfermeiros especialistas era a 31 de dezembro de 2017, de 23,6% (OE, 2017).

O tempo médio de profissão foi de 20,5 anos (7,8 anos) (tabela 2). Trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 14,5 anos (10,0 anos) e na Unidade onde prestam cuidados, há 9,6 anos (7,6 anos). Os CSP são o único emprego para 83,2% dos enfermeiros, e 57,3% afirmaram estar satisfeitos e muito satisfeitos com a escolha da Enfermagem como carreira.

Tabela 2: Análise descritiva dos dados sócio-demográficos.

	N	%	Média	DP	Min	Máx
Género						
Feminino	909	85,8				
Masculino	150	14,2				
Grau Académico						
Licenciado	1047	98,9				
Bacharel	12	1,1				
Especialistas						
Enfermeiros especialistas	579	54,7				
Trabalha em outros locais?						
Sim	178	16,8				
Não	881	83,2				
Satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira						
Muito Insatisfeito	180	17,0				
Insatisfeito	272	25,7				
Satisfeito	364	34,4				
Muito Satisfeito	243	22,9				

Idade	43,5	7,9	22	66
Anos de profissão	20,5	7,8	1	44
Anos na atual organização	14,5	10,0	1	44
Anos na atual Unidade/Serviço	9,6	7,6	1	39

Na tabela 3 apresentamos a distribuição da amostra por Região de Saúde. Verificamos que foram os enfermeiros da Região de Lisboa e Vale do Tejo os que mais responderam com 31,4% seguidos pelos da Região Norte com 22,0%. Os enfermeiros da Região dos Açores responderam com 0,9% do total da nossa amostra e os do Algarve com 2,0%.

Tabela 3: Distribuição da amostra por Região de Saúde.

	N	%
Norte	240	22,7
Centro	110	10,4
Lisboa e Vale do Tejo	332	31,4
Alentejo	155	14,6
Algarve	21	2,0
Madeira	191	18,0
Açores	10	0,9
Total	1059	100

Na tabela 4 verificamos a distribuição da amostra por Unidade Funcional do respetivo ACES. Da amostra, 33,3% trabalham em Unidades de Saúde Familiares, seguido da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados com 30,0%. Da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados responderam apenas 0,4% seguida da Unidade de Saúde Pública com 2,3%.

Tabela 4: Distribuição da amostra por Unidade Funcional.

	N	%
Unidade de Saúde Familiar	353	33,3
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	318	30,0

Unidade de Cuidados na Comunidade	281	26,5
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados	4	0,4
Unidade de Saúde Pública	25	2,3
Centro de Saúde	78	7,3
TOTAL	1059	100

3.2 Validação psicométrica da escala PES-NWI em Cuidados de Saúde Primários

Amaral et al. (2012) traduziram e validaram a escala PES-NWI para o contexto cultural português em cuidados hospitalares, obtendo 31 itens da versão original. No entanto, o modelo revelou algumas limitações quanto à sua validade convergente, discriminante e fatorial, justificando a necessidade de outros estudos de validação da escala PES-NWI aos diferentes contextos de saúde no país (Almeida et al., 2020). Mais estudos podem fornecer diferentes estruturas fatoriais ou reforçar a existente, para obter um modelo PES-NWI adequado aos diferentes contextos de intervenção da enfermagem portuguesa (Almeida et al., 2020).

Os 31 itens da escala PES-NWI, versão portuguesa de Amaral et al. (2012), são avaliados por escala tipo Likert de 4 pontos de resposta (Concordo totalmente, Concordo, Discordo, Discordo totalmente). Os 31 itens estão distribuídos pelas seguintes dimensões, já referidas atrás:

- 1) Participação dos Enfermeiros na Governação do Hospital (9 itens);
- 2) Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados (10 itens);
- 3) Competências de Liderança e Suporte do Enfermeiro Gestor (5 itens);
- 4) Adequação de Recursos Humanos e Materiais (4 itens);
- 5) Relação Enfermeiros/Médicos (3 itens) (Amaral et al., 2012).

A escala PES-NWI utilizada no presente estudo, foi aqui alvo, de análise psicométrica, que consiste na avaliação da qualidade deste instrumento de medida, tendo como base a fiabilidade e a validade do mesmo (Bowling, 2014; Gray & Grove, 2021; Polit & Beck, 2019). Esta avaliação dá consistência aos resultados obtidos e

assim, podem ser comparados com outros estudos que utilizaram os mesmos instrumentos (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000; McDowell, 2006).

Um instrumento de medida confiável pode não ter a mesma fiabilidade em contextos distintos, motivo pela qual a fiabilidade e a validade devem ser avaliadas sempre (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Segundo estes autores, a fiabilidade, que é um dos principais critérios de qualidade de um instrumento, é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, indicando aspetos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade (Souza et al., 2017).

A consistência interna ou homogeneidade, indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica (Souza et al., 2017). A maioria dos investigadores avalia a consistência interna de instrumentos por meio do coeficiente alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala e assim, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (Souza et al., 2017). Possibilita circunscrever até que ponto cada item de um determinado instrumento avalia um dado conceito da mesma forma que os outros. Os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida. Uma consistência interna com valores superiores a 0,70 são as ideais, contudo escalas com um baixo número de itens são admissíveis valores acima dos 0,60 (Gray & Grove, 2021; Souza et al., 2017).

A validade refere-se ao facto de um instrumento medir exatamente o que se propõe medir (Marôco, 2014; Polit & Beck, 2019) e pode ser dividida em validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Gray & Grove, 2021; Souza et al., 2017).

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está em medição, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa do domínio em estudo (Gray & Grove, 2021; Souza et al., 2017).

A validade de critério consiste na relação entre o instrumento proposto e outro conhecido que sirva de critério e avalie a sensibilidade do instrumento para o mesmo acontecimento (Gray & Grove, 2021; Souza et al., 2017).

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

- Validade Convergente - quando os itens que constituem o construto apresentam correlações positivas e elevadas entre si. Assim, é possível verificar se o instrumento está fortemente correlacionado a outras medidas já existentes e válidas (Marôco, 2018; Souza et al., 2017);
- Validade Discriminante - quando o construto de estudo não se encontra correlacionado entre si (Marôco, 2018; Souza et al., 2017);
- Validade Fatorial - fornece ferramentas para avaliar as correlações de um grande número de variáveis, definindo os fatores, ou seja, as variáveis fortemente relacionadas entre si (Marôco, 2018; Souza et al., 2017). Para se verificar a validade fatorial utiliza-se a análise fatorial exploratória e confirmatória (Souza et al., 2017).

A análise fatorial é uma técnica multivariada para transformar um conjunto de variáveis relacionadas ou correlacionadas, num conjunto de variáveis independentes que explicam a diminuição das proporções de variação das observações originais (Hair, Black, Babin & Anderson, 2019). Este método constitui uma redução da complexidade dos dados através da diminuição do número de variáveis consideradas (Hair et al., 2019).

Na análise fatorial, de acordo com Hair et al. (2019), analisou-se:

- ✓ Estatísticas Descritivas das variáveis consideradas para o N estudado. As estatísticas descritivas que considerámos nesta análise foram: os valores mínimos e máximos, a média e o desvio padrão;
- ✓ A Matriz de Correlações com os resultados do teste de correlação de *Pearson*. Esta matriz de correlações revela se a análise fatorial é apropriada ou não ao caso estudado;
- ✓ O teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), deve ter um valor superior a 0,5, varia entre 0 e 1 – quanto mais próximo de 1, melhor é o ajustamento e a confirmação da estrutura fatorial. O resultado do teste de KMO e do teste de

esfericidade de *Bartlett* testam a viabilidade da análise fatorial e permitiram apreciar a qualidade das correlações entre as variáveis. Almeida (2017) refere que indicam qual é o ajuste dos dados à análise fatorial.

A análise fatorial pelo método de análise de componentes principais, tem como objetivo determinar as componentes principais de forma a explorar o máximo possível da variação dos dados com o menor número possível de componentes (Almeida, 2017). A análise fatorial pode classificar-se em dois tipos distintos, consoante a inexistência ou existência de hipóteses sobre a estrutura correlacional, sendo designadas respetivamente, AFE e AFC (Almeida, 2017; Marôco, 2018). A AFE é um método exploratório em que esclarecem as correlações entre variáveis recorrendo à rotação de fatores, explorando os fatores estruturais e proporciona ao investigador uma quantidade de fatores necessários para representar os dados (Marôco, 2018; Souza et al., 2017). A AFC é um método confirmatório, em que as variáveis analisadas representam um menor número de construtos e é utilizada para confirmar o modelo estrutural de um instrumento (Souza et al., 2017). A AFC é feita com recurso à modelação de equações estruturais que é um sistema de equações lineares que estabelece as relações entre as variáveis (Marôco, 2018).

Em Portugal não identificámos nenhum artigo publicado em revista científica com utilização da escala PES-NWI em cuidados de saúde primários, o que reforça a pertinência e consideramos fundamental avaliar as propriedades psicométricas da escala, neste contexto de cuidados, constituindo assim, uma das etapas deste estudo.

3.2.1 Análise dos Dados

Realizámos uma análise descritiva e comparativa das variáveis da escala PES-NWI. As variáveis contínuas foram descritas pela média e desvio padrão e as variáveis qualitativas pela frequência relativa e absoluta.

Foram testados diferentes modelos estruturais usando as técnicas de AFE e AFC.

Para efetuar a AFE utilizou-se o método das componentes principais, com rotação Varimax. Para análise da adequação dos dados à AFE utilizou-se dois testes: teste de KMO e teste de esfericidade de *Bartlett*.

Foi utilizado o critério de *Kaiser* para extração dos fatores e a técnica de rotação de fatores Varimax. Analisou-se a variância total explicada dos resultados.

Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo obtido através da AFE, foi realizada a AFC pelo método de máxima verosimilhança, que implica independência das observações, normalidade multivariada e inexistência de *outliers*. A distribuição normal das variáveis foi analisada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku). Os *outliers* foram avaliados usando a distância quadrada de Mahalanobis (D^2) (Marôco, 2014).

Para avaliar a adequação global do modelo na AFC, foram usados os seguintes índices: o *Goodness of Fit Index* (GFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI) cujas pontuações acima de 0,90 revelam um bom ajuste, e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) com pontuações entre 0,05 e 0,1 são aceitáveis (Marôco, 2014). O modelo com o menor Índice *Modified Expected Cross-Validation Index* (MECVI) apresenta um melhor ajuste, para este propósito, foram utilizados os índices de modificações previstos no AMOS, bem como nas considerações teóricas (Marôco, 2014).

3.2.2 Validade e Confiabilidade

A consistência interna e a confiabilidade do instrumento foram determinadas usando o coeficiente alfa de Cronbach (α) e a confiabilidade composta. Os valores podem variar de 0 a 1, sendo 0,70 como o valor mínimo para a confiabilidade adequada (Almeida, 2017). O valor do alfa deve ter a seguinte interpretação (quadro 4), segundo Almeida (2017):

Quadro 4: Valores de referência do alfa de Cronbach.

Valores	Interpretação
---------	---------------

> 0,9	Consistência muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Razoável
0,6 – 0,7	Fraca
< 0,6	Inadmissível

Fonte: Almeida (2017).

Quanto à validade estrutural da escala, foi primeiro testada através de AFE e depois, por meio de modelação de equações estruturais, e AFC por meio de validade fatorial e validade convergente. Uma vez assumida a suposição de normalidade multivariada, a validade fatorial foi testada com estimativa de máxima verossimilhança. O modelo de fator proposto foi considerado válido quando todos os itens apresentaram pesos fatoriais superiores a 0,4 (Alavi, Visentin, Thapa, Hunt, Watson & Cleary, 2020; Almeida, 2017; Cutillo, 2019). A validade do construto foi calculada através: da validade convergente, calculada usando a variância extraída média (VEM) para cada fator e considerando 0,50 como o valor mínimo; e da validade discriminante, estabelecida por evidências de que a VEM para cada um dos fatores é igual ou superior ao quadrado da correlação entre eles (Almeida, 2017).

A análise de confiabilidade para toda a escala PES-NWI nos CSP em Portugal obteve um alfa de Cronbach de 0,91, que é muito bom e indica alto nível de consistência interna da escala, de acordo com Almeida (2017).

Os valores do alfa de Cronbach de cada dimensão foram superiores a 0,74 e estão descritos no quadro 5.

3.2.3 Análise Fatorial Exploratória

O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) e o índice KMO apresentou o valor de 0,901, valor excelente de recomendação para a análise de componentes principais de acordo com Almeida (2017).

A AFE da escala PES-NWI em CSP identificou 5 componentes (quadro 5) que explicam 53,5% da variância total. Na AFE, os itens 13, 14 e 22 não respeitaram os critérios de carga fatorial e, por esse motivo, foram excluídos.

Quadro 5: Componentes da escala PES-NWI nos CSP em Portugal.

ITENS	COMPONENTES				
	Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização	Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados	Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros	Adequação de Recursos Humanos e Materiais	Relação Enfermeiro Médico
Item 4	0,51				
Item 5	0,67				
Item 6	0,67				
Item 7	0,57				
Item 11	0,44				
Item 15	0,53				
Item 17	0,67				
Item 21	0,58				
Item 23	0,64				
Item 27	0,59				
Item 28	0,52				
Item 18		0,45			
Item 19		0,52			
Item 26		0,59			
Item 29		0,69			
Item 30		0,67			
Item 31		0,76			
Item 3			0,53		
Item 10			0,83		
Item 20			0,79		
Item 25			0,41		
Item 1				0,49	
Item 8				0,59	
Item 9				0,87	
Item 12				0,87	
Item 2					0,80
Item 16					0,81
Item 24					0,76
Variância Explicada	28,9	6,7	8	5,2	4,7
Alfa de Cronbach	0,87	0,76	0,74	0,75	0,81

A solução final fica composta por 28 itens em cinco dimensões, denominadas de acordo com uma perspetiva conceptual. Os cinco componentes identificados na escala PES-NWI nos CSP em Portugal são:

1. Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização (PEGO) com 11 itens;

2. Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados (FEQC) com 6 itens;
3. Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros (CEGLAE) com 4 itens;
4. Adequação de Recursos Humanos e Materiais (ARHM) com 4 itens; e
5. Relação Enfermeiro-Médico (REM) com 3 itens.

3.2.4 Análise Fatorial Confirmatória

A AFC foi realizada na estrutura fatorial dos 5 fatores da escala PES-NWI encontrados na nossa amostra em CSP. Embora os itens da escala PES-NWI apresentassem bons pesos fatoriais ($>0,4$), inicialmente o modelo de AFC mostrou um ajuste inadequado com os seguintes índices: $\chi^2/df=2067,4$; CFI=0,845; GFI=0,871; RMSEA=0,069; MECVI=2,08 (Lucas et al., 2021).

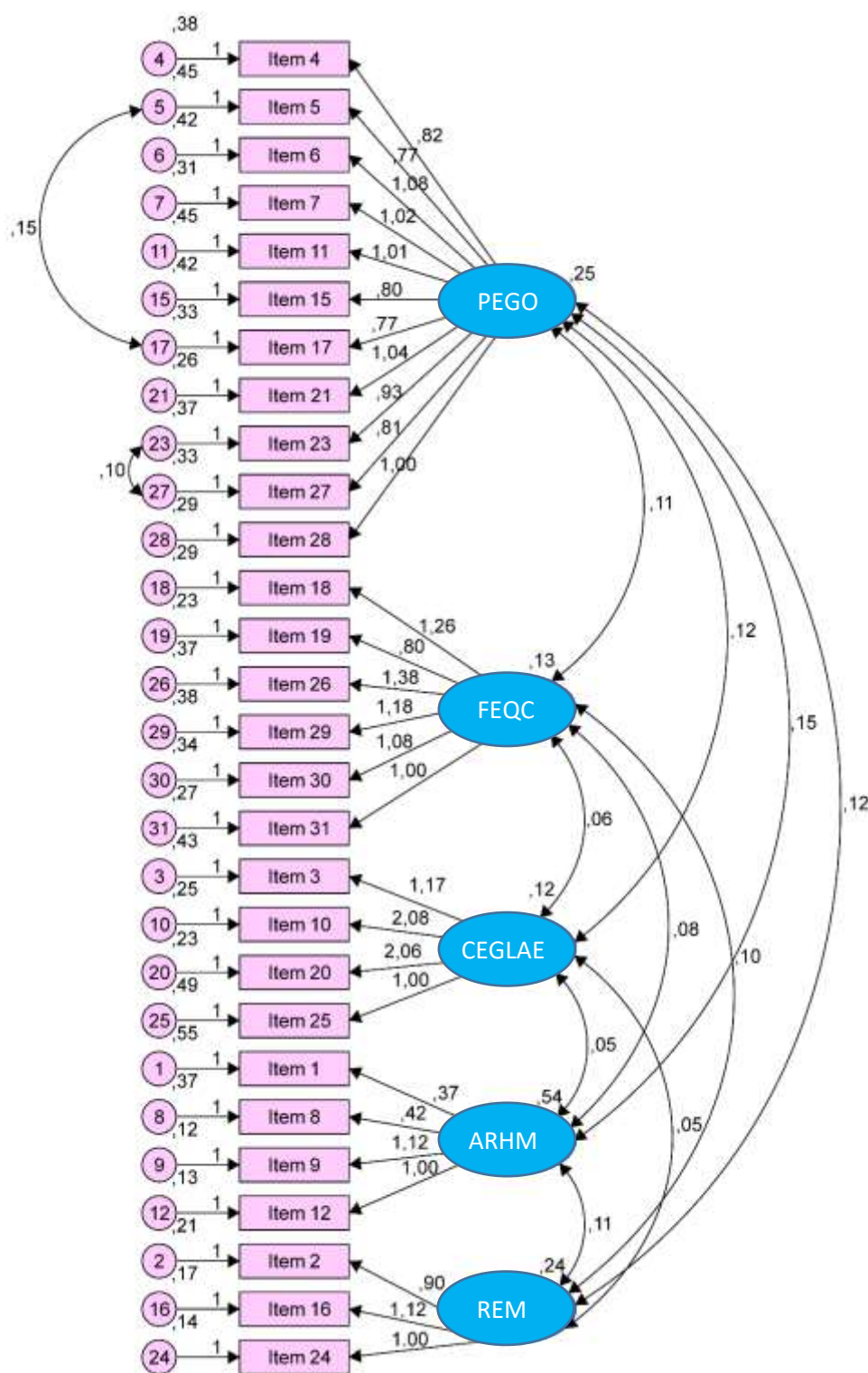
Além disso, as distâncias de Mahalanobis indicaram a presença de vários *outliers* multivariados. Assim, decidimos remover alguns *outliers* multivariados do modelo e analisar os índices de modificação.

Como as mudanças não foram significativas, analisámos os índices de modificação do modelo. Os maiores índices de modificação ocorreram entre as correlações dos erros: dos itens 17 e 5 e dos itens 27 e 23. Quando os itens pertencentes ao mesmo fator apresentam erros relacionados, é comum acrescentar essa trajetória ao modelo, justificando-o do ponto de vista teórico, pela semelhança de formulação ou conteúdo dos itens (Lucas et al., 2021).

Da revisão feita, o modelo (figura 5) mostrou uma qualidade de ajuste com melhores índices para a amostra dos CSP e um MECVI menor (1,85 *versus* 2,08) que o modelo inicial (Lucas et al., 2021).

A confiabilidade do construto revelou consistência interna adequada com elevado nível de consistência interna da escala e boa reprodutibilidade da escala total ($\alpha=0,91$) e das dimensões conforme indicado no quadro 6.

Figura 5: Modelo de cinco dimensões da escala PES-NWI em CSP em Portugal.



Quadro 6: Análise da validade de construto da escala PES–NWI em CSP em Portugal.

Componentes	Alfa	VEM
1 - Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização	0,87	0,88
2 - Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados	0,76	1,28
3 - Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros	0,74	2,75
4 - Adequação de Recursos Humanos e Materiais	0,75	0,59
5 - Relação Enfermeiro-Médico	0,81	1,02

Considerando a $VEM \geq 0,50$ (Hair et al., 2019; Marôco, 2014) como indicador de validade convergente, mostrou-se adequada para todos os fatores da escala:

- Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização;
- Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados;
- Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros;
- Adequação de Recursos Humanos e Materiais; e
- Relação Enfermeiro-Médico.

A análise da invariância fatorial do modelo nos dois subconjuntos independentes (teste e validação) mostrou índices adequados de qualidade de ajuste na solução fatorial final ($\chi^2/df=1821,4$; CFI=0,867; GFI=0,885; RMSEA=0,064; MECVI=1,85) (Lucas et al., 2021).

3.3 O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários

Ao analisarmos os resultados do APE e suas dimensões, verificamos na tabela 5, que a perceção dos enfermeiros dos CSP em Portugal, sobre a dimensão ***Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização (PES/PEGO)***, foi a que apresentou menor pontuação com 2,2 (DP=0,5), seguida da ***Adequação de Recursos Humanos e Materiais (PES/ARHM)***, com 2,4 (DP=0,6) e ***Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros (PES/CEGLAE)***, com 2,4 (DP=0,6). Os enfermeiros consideraram as dimensões ***Relação***

Enfermeiro-Médico (PES/REM) e Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados (PES/FEQC) com melhor classificação, com 2,8 (DP=0,6) e 2,9 (DP=0,5), respetivamente.

O valor médio da escala global foi de 2,5 (DP=0,4), que de acordo com Lake (2002) e Zangaro & Jones (2019) é um APE desfavorável.

Quanto à classificação de Lake & Friese (2006) verificamos que o APE em CSP em Portugal, é do tipo misto, visto termos 2 dimensões com valores médios superiores a 2,5 (Relação Enfermeiro-Médico e Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados).

Tabela 5: Valores médios e desvio padrão das dimensões da escala PES-NWI em CSP em Portugal.

Dimensões da escala PES-NWI	N	Média	DP
Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização	1059	2,2	0,5
Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados		2,9	0,5
Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros		2,4	0,6
Adequação de Recursos Humanos e Materiais		2,4	0,6
Relação Enfermeiro-Médico		2,8	0,6
PES-NWI TOTAL 28		2,5	0,4

Seguidamente apresentamos os dados detalhados das respostas de cada dimensão da escala PES-NWI em CSP em Portugal.

No que respeita à dimensão **PES/PEGO**, na tabela 6, apresentam-se os dados descritivos.

Tabela 6: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão *Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização*.

PEGO	Enunciado	N	Média	DP	Mín.	Máx.
Item 4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.	1059	2,5	0,7	1	4
Item 5	Tenho oportunidade de desenvolvimento /ascensão na carreira profissional.		1,8	0,8	1	4
Item 6	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.		2,1	0,8	1	4
Item 7	Os coordenadores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.		2,2	0,8	1	4

Item 11	O Diretor de Enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.		2,4	0,8	1	4
Item 15	A Direção de Enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.		2,2	0,8	1	4
Item 17	São proporcionadas oportunidades de promoção.		1,8	0,7	1	4
Item 21	A Administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.		2,1	0,7	1	4
Item 23	Os enfermeiros estão envolvidos na governação interna do hospital. (ex: comissões de práticas e de política).		2,4	0,8	1	4
Item 27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.		2,6	0,7	1	4
Item 28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.		2,1	0,7	1	4
Dimensão		1059	2,2	0,5	1	4
Alfa de Cronbach = 0,87						

O valor médio mais elevado verificou-se no item 27 “Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem”, com 2,6, e o menor valor nos itens 5 “Tenho oportunidade de desenvolvimento /ascensão na carreira” e 17 “São proporcionadas oportunidades de promoção”, com 1,8.

Esta dimensão apresentou uma boa consistência interna, segundo Almeida (2017), para esta amostra, com alfa de Cronbach de 0,87.

No que respeita à dimensão **PES/FEQC**, na tabela 7, apresentam-se os dados descritivos.

Tabela 7: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão *Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados*.

FEQC	Enunciado	N	Média	DP	Mín.	Máx.
Item 18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.		2,7	0,7	1	4
Item 19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.		3,2	0,6	1	4
Item 26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.		2,8	0,8	1	4
Item 29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes.	1059	2,6	0,8	1	4
Item 30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.		3,0	0,7	1	4
Item 31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.		3,2	0,6	1	4
Dimensão		1059	2,9	0,5	1	4
Alfa de Cronbach = 0,76						

A pontuação média mais elevada nesta dimensão verificou-se nos itens 19 “*Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico*” e 31 “*Utilizam-se diagnósticos de enfermagem*”, com 3,2 e a menor no item 29 “*Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes*”, com 2,6.

Nesta dimensão, o alfa de Cronbach foi de 0,76, o que traduz uma razoável consistência interna do instrumento de medida utilizado.

No que respeita à dimensão **PES/CEGLAE**, na tabela 8, apresentam-se os dados descritivos.

Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão *Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros*.

CEGLAE	Enunciado	N	Média	DP	Mín.	Máx.
Item 3	Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.	1059	2,2	0,8	1	4
Item 10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.		2,5	0,9	1	4
Item 20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.		2,7	0,9	1	4
Item 25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados.		2,2	0,8	1	4
Dimensão		1059	2,4	0,6	1	4
Alfa de Cronbach = 0,74						

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 20 “*O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico*”, com 2,7 e a menor nos itens 3 “*Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros*” e 25 “*Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados*”, com 2,2.

Nesta dimensão, o alfa de Cronbach foi de 0,74, o que traduz uma razoável consistência interna do instrumento de medida utilizado neste estudo.

No que respeita à dimensão **PES/ARHM**, na tabela 9, apresentam-se os dados descritivos.

Tabela 9: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão *Adequação de Recursos Humanos e Materiais*.

ARHM	Enunciado	N	Média	DP	Mín.	Máx.
Item 1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.	1059	2,6	0,8	1	4
Item 8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.		2,5	0,7	1	4
Item 9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.		2,1	0,8	1	4
Item 12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.		2,2	0,8	1	4
Dimensão		1059	2,4	0,6	1	4
Alfa de Cronbach = 0,75						

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 1 “*Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes*”, com 2,6 e a menor no item 9 “*Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes*”, com 2,1.

Nesta dimensão, o alfa de Cronbach foi de 0,75, o que traduz uma razoável consistência interna do instrumento de medida utilizado neste estudo.

No que respeita à dimensão **PES/REM**, na tabela 10, apresentam-se os dados descritivos.

Tabela 10: Resultados descritivos relativos aos itens da dimensão *Relação Enfermeiro-Médico*.

REM	Enunciado	N	Média	DP	Mín.	Máx.
Item 2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	1059	3,0	0,6	1	4
Item 16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.		2,6	0,7	1	4
Item 24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.		2,8	0,6	1	4
Dimensão		1059	2,8	0,6	1	4
Alfa de Cronbach = 0,81						

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 2 “*Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho*”, com 3,0 e a menor no item 16 “*Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos*”, com 2,6.

Esta dimensão apresentou uma boa consistência interna, segundo Almeida (2017), para esta amostra, com alfa de Cronbach de 0,81.

Quando analisamos os itens que obtiveram um maior peso em cada uma das variáveis latentes (assinalado a negrito no quadro 5), assinalamos o que os enfermeiros acreditam ser os elementos mais importantes para cada dimensão:

- **PES/PEGO** – “Tenho oportunidade de desenvolvimento /ascensão na carreira profissional” (Item 5), “Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna” (Item 6), e “São proporcionadas oportunidades de promoção” (Item 17);
- **PES/FEQC** – “Utilizam-se diagnósticos de enfermagem” (Item 31);
- **PES/CEGLAE** – “Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder” (Item 10);
- **PES/ARHM** – “Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes/clientes” (Item 9) e “Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas” (Item 12);
- **PES/REM** – “Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos” (Item 16).

No que respeita à relação entre o APE e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou significativa e com um valor muito baixo, em relação à variável Região de Saúde do local de trabalho dos enfermeiros.

A relação das restantes variáveis - género, licenciatura em enfermagem, enfermeiro especialista, tipo de unidade funcional, idade, anos de experiência profissional, anos de experiência profissional na organização, anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham e trabalhar em outros locais (*part-time*) - não se mostrou estatisticamente significativa.

Assim, no que diz respeito à Região de Saúde do local de trabalho, comparando o número de enfermeiros que consideram ter APE favoráveis, foram os das Regiões Norte e Alentejo com maior valor a considerarem ter APE favoráveis, conforme podemos verificar na tabela 11.

Tabela 11: Frequência absoluta e relativa da classificação do APE favorável/desfavorável de acordo com a Região de Saúde dos inquiridos.

Região de Saúde	APE Desfavorável		APE Favorável		Total
	N	%	N	%	
Norte	108	10,2	132	12,5	240
Centro	62	5,9	48	4,5	110
Lisboa e Vale do Tejo	172	16,2	160	15,1	332
Alentejo	57	5,4	98	9,3	155
Algarve	15	1,4	6	0,6	21
Madeira	103	9,7	88	8,3	191
Açores	8	0,8	2	0,2	10
Total	525	49,6	534	50,4	1059

No que respeita aos anos de experiência profissional na atual unidade, podemos verificar na tabela 12 que o maior número de enfermeiros que consideram ter APE favoráveis foram das classes entre [9-13[, [13-17[, [21-25[, [29-33[, [33-37[e [37-39[.

Tabela 12: Anos de experiência profissional na atual unidade e o APE.

Classes	APE Desfavorável		APE Favorável		Total
	N	%	N	%	
[1-5[	142	13,4	128	12,1	270
[5-9[	158	14,9	121	11,4	279
[9-13[	102	9,6	133	12,6	235
[13-17[	45	4,3	52	4,9	97
[17-21[	41	3,9	34	3,2	75
[21-25[	11	1,0	24	2,3	33
[25-29[	20	1,9	15	1,4	35
[29-33[	4	0,4	15	1,4	19
[33-37[	3	0,3	9	0,9	12
[37-39[	0	0,0	2	0,2	2
Total	526	49,7	533	50,3	1059

3.4 A Qualidade dos Cuidados em Cuidados de Saúde Primários

No que respeita à perceção sobre a **Qualidade dos Cuidados**, os enfermeiros “descrevem a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua

unidade/serviço” como boa em 63,6% dos casos. Se considerarmos a avaliação positiva temos 80,8% das opiniões. O valor médio do item 1 foi bom ($\bar{x}=3,3$, DP=0,7), apresentado nas tabelas 13 e 14. É de assinalar a resposta de 17,2% dos enfermeiros que consideraram ter cuidados de excelente qualidade.

Quando classificam “o seu grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta”, 76,3% estão confiantes, e se considerarmos a avaliação positiva totalizam 84,1% das opiniões. O valor médio deste item esteve muito próximo do confiante ($\bar{x}=2,9$, DP=0,5).

Em relação ao “seu grau de confiança relativamente à forma como a direção da organização irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados”, 47,9% responderam que estavam confiantes. Apenas 2,6% se mostraram muito confiantes, totalizando 50,9%. O valor médio deste item esteve entre o pouco confiante e o confiante ($\bar{x}=2,6$, DP=0,7), As respostas a este item, contrastam com as elevadas percentagens de resposta aos outros itens.

No item sobre a “qualidade dos cuidados prestados aos doentes na sua organização, no último ano”, 49,9% consideram que permaneceu igual, 30,1% melhorou e 19,9% que piorou. O valor médio deste item esteve em permaneceu igual ($\bar{x}=2,7$, DP=0,7).

Tabela 13: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da *Qualidade dos Cuidados*.

	Classificação	N	%
1. De uma forma geral, como descreveria a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua unidade/serviço?	Pobre	21	2,0
	Razoável	182	17,2
	Boa	674	63,6
	Excelente	182	17,2
2. Qual o seu grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta?	Nada confiante	11	1,0
	Pouco confiante	157	14,8
	Confiante	808	76,3
	Muito confiante	83	7,8
3. Qual o seu grau de confiança relativamente à forma como a direção da organização irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados?	Nada confiante	97	9,2
	Pouco confiante	427	40,3
	Confiante	507	47,9
	Muito confiante	28	2,6
5. Considera que no último ano a qualidade dos cuidados prestados aos doentes na sua organização ...	Piorou	211	19,9
	Permaneceu igual	528	49,9
	Melhorou	319	30,1

Tabela 14: Resultados descritivos relativos aos itens da Qualidade dos Cuidados.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
1. De uma forma geral, como descreveria a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua unidade/serviço?	1059	3,3	0,7	1	4
2. Qual o seu grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta?	1059	2,9	0,5	1	4
3. Qual o seu grau de confiança relativamente à forma como a direção da organização irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados?	1059	2,6	0,7	1	4
5. Considera que no último ano a qualidade dos cuidados prestados aos doentes na sua organização ...	1058	2,7	0,7	1	3

Esta dimensão **Qualidade dos Cuidados** apresentou um alfa de Cronbach de 0,68.

No que respeita à relação entre a **Qualidade dos Cuidados** e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou significativa, em relação às variáveis, Idade, e anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham e anos de experiência profissional no geral. No entanto os valores das correlações demonstram associações positivas muito fracas, de acordo com os valores de referência de correlação de *Spearman* em Pestana & Gageiro (2014), no quadro 7, que variaram entre 0,063 e 0,151. A relação das restantes variáveis - género, licenciatura em enfermagem, enfermeiro especialista, Região de Saúde do local de trabalho dos enfermeiros, unidade funcional, trabalhar em outros locais (*part-time*) - não se mostrou estatisticamente significativa. A associação com maior valor foi com a Região de Saúde, com 0,151.

Quadro 7: Valores de referência das correlações.

$r < 0,2$	Associação muito fraca
$0,2 \leq r \leq 0,39$	Associação fraca
$0,4 \leq r \leq 0,69$	Associação moderada
$0,7 \leq r \leq 0,89$	Associação forte
$0,9 \leq r \leq 1$	Associação muito forte

Fonte: Pestana & Gageiro (2014).

Apresenta-se na tabela 15 a relação entre *Região de Saúde e Qualidade dos Cuidados*. Os enfermeiros da região Alentejo, são os que consideram ter “*qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua unidade/serviço*” com melhor classificação, 72%, e os com menor classificação são os da região Norte, com 56%. No que respeita ao item 2, sobre “*o grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta*”, são os enfermeiros da região Alentejo com maior valor na classificação confiante, com 82,6% e em sentido contrário, os da região Algarve com menor valor na classificação confiante, com 66,7%.

Em relação ao item 3, sobre “*o grau de confiança relativamente à forma como a direção da organização irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados*”, são os enfermeiros da região da região Alentejo com maior valor na classificação confiante, com 53,5% e em sentido contrário, os da região Algarve com menor valor na classificação confiante, com 33,3%.

No que respeita ao item 5, sobre como evoluiu, “*no último ano, a qualidade dos cuidados prestados aos doentes na sua organização*”, são os enfermeiros da região da região Açores com maior valor na classificação melhorou, com 50%, e em sentido contrário os da região Algarve com menor valor na classificação melhorou, com 23,8%.

Tabela 15: Frequência absoluta e relativa da *Qualidade dos Cuidados* de acordo com a Região de Saúde dos inquiridos.

	Classific.	Norte		Centro		Lisboa e Vale Tejo		Alentejo		Algarve		Madeira		Açores	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. De uma forma geral, como descreveria a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua unidade/serviço?	Pobre	5	2,1	1	0,9	7	2,1	4	2,6	2	9,5	2	1	0	0
	Razoável	41	17	19	17	54	16	26	17	5	24	33	17	4	40
	Boa	135	56	74	67	205	62	111	72	13	62	130	68	6	60
	Excelente	59	24,6	16	14,5	66	19,9	14	9	1	4,8	26	13,6	0	0
	Total	240	100	110	100	332	100	155	100	21	100	191	100	10	100

2. Qual o seu grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta?	Nada confiante	3	1,3	3	2,7	4	1,2	0	0	0	0	1	0,5	0	0
	Pouco confiante	26	10,8	17	15,5	52	15,7	25	16,1	7	33,3	28	14,7	2	20
	Confiante	190	79,2	81	73,6	251	75,6	128	82,6	14	66,7	137	71,7	7	70
	Muito confiante	21	8,8	9	8,2	25	7,5	2	1,3	0	0	25	13,1	1	10
	Total	240	100	110	100	332	100	155	100	21	100	191	100	10	100
3. Qual o seu grau de confiança relativamente à forma como a direção da organização irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados?	Nada confiante	24	10	15	13,6	35	10,5	7	4,5	4	19	11	5,8	1	10
	Pouco confiante	86	35,8	43	39,1	143	43,1	62	40	10	47,6	79	41,4	4	40
	Confiante	121	50,4	46	41,8	149	44,9	83	53,5	7	33,3	96	50,3	5	50
	Muito confiante	9	3,8	6	5,5	5	1,5	3	1,9	0	0	5	2,6	0	0
	Total	240	100	110	100	332	100	155	100	21	100	191	100	10	100
5. Considera que no último ano a qualidade dos cuidados prestados aos doentes na sua organização ...	Piorou	42	17,6	25	22,7	59	17,8	30	19,4	7	33,3	45	23,6	3	30
	Permaneceu igual	132	55,2	57	51,8	151	45,5	79	51	9	42,9	98	51,3	2	20
	Melhorou	65	27,2	28	25,5	122	36,7	46	29,7	5	23,8	48	25,1	5	50
	Total	239	100	110	100	332	100	155	100	21	100	191	100	10	100

3.5 A Segurança dos Clientes em Cuidados de Saúde Primários

No que respeita à **Segurança dos Clientes**, apresentado nas tabelas 16 e 17, os enfermeiros quando questionados sobre a “*classificação geral à sua unidade em termos de segurança dos clientes*”, responderam aceitável em 46,2%, totalizando em 80,0% as respostas positivas neste item. Não houve qualquer resposta em excelente. O valor médio deste item foi aceitável ($\bar{x}=3,2$, $DP=0,9$).

Tabela 16: Classificação e frequência absoluta e relativa do item sobre *Segurança dos Clientes*.

	Classificação	N	%
4. Por favor atribua uma classificação geral à sua unidade/serviço em termos de segurança dos clientes.	Com falhas	91	8,6
	Pobre	88	8,3
	Aceitável	489	46,2
	Muito Bom	358	33,8
	Excelente	0	0

Tabela 17: Resultados descritivos relativos ao item da *Segurança dos Clientes*.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
4. Por favor atribua uma classificação geral à sua unidade/serviço em termos de segurança dos clientes.	1059	3,2	0,9	1	4

No que respeita à relação entre a **Segurança dos Clientes** e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou significativa, com a Idade, anos de experiência profissional no geral e anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham. No entanto os valores das correlações demonstraram associações positivas muito fracas, que variaram entre 0,071 e 0,079.

A relação das restantes variáveis – género, licenciatura em enfermagem, enfermeiro especialista, unidade funcional, trabalhar em outros locais (*part-time*) e Região de Saúde do local de trabalho dos enfermeiros - não se mostrou estatisticamente significativa.

Apresenta-se na tabela 18 a relação entre *género* e *Segurança dos Clientes*. A resposta aceitável foi a com maior número em ambos os géneros, com 47,3% de femininos e 39,3 de masculinos. Nas classificações de muito bom e excelente, em termos de “*segurança dos clientes*”, são os enfermeiros do género masculino com maior percentagem – 39,4% – e os enfermeiros do género feminino com menor valor – 36,6%.

Tabela 18: Frequência absoluta e relativa da *Segurança dos Clientes* de acordo com o *género* dos inquiridos.

	Classific.	Feminino		Masculino	
		N	%	N	%
4. Por favor atribua uma classificação geral à sua unidade/serviço em termos de segurança dos clientes.	Com falhas	79	8,7	12	8,0
	Pobre	68	7,5	20	13,3
	Aceitável	430	47,3	59	39,3
	Muito Bom	306	33,7	54	34,7
	Excelente	26	2,9	7	4,7
	Total	909	100	150	100

3.6 A Cultura de Segurança em Cuidados de Saúde Primários

Como referido atrás, as questões sobre **Cultura de Segurança**, foram dadas em resposta aos seis itens do grupo B6 do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (Roque, 2016), tendo sido recodificados os itens 1 e 3. Assim, nestes dois itens o desejável é uma discordância máxima, como refere Roque (2016).

No que respeita à questão sobre como percecionam que “*sentem que os seus erros são usados contra eles*” 38,2% dos enfermeiros responderam com Concordo e Concordo Totalmente, contra os 31,6%, de respostas em Discordo e Discordo Totalmente. O valor médio deste item esteve em Não Concordo/Nem Discordo ($\bar{x}=2,9$, DP=1,1), apresentados nas tabelas 19 e 20.

Quando questionados sobre “*aspetos que são negligenciados durante as transferências dos clientes*”, as respostas dos enfermeiros em concordância foram de 37,6%, contra os 34,2% de discordância. O valor médio deste item esteve em Não Concordo/Nem Discordo ($\bar{x}=2,9$, DP=1,1).

Em relação à questão sobre “*liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores*”, a resposta dos enfermeiros em Concordo Totalmente e Concordo foi de 37,3%, e as respostas em Discordo Totalmente e Discordo foram de 35,7%. O valor médio deste item esteve muito próximo de Não Concordo/Nem Discordo ($\bar{x}=3,0$, DP=1,1).

“*Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam*” com 70,4%, de respostas positivas em Concordo Totalmente e Concordo, contra 16,4% em respostas negativas com Discordo Totalmente e Discordo. O valor médio deste item esteve mais próximo de Discordo ($\bar{x}=3,6$, DP=1,0).

Quanto a “*receberem feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos*”, 41,8% foram respostas positivas em Concordo Totalmente e Concordo, contra 30,3% em respostas negativas de Discordo Totalmente e Discordo. O valor médio deste item esteve em Não Concordo/Nem Discordo ($\bar{x}=3,1$, DP=1,1).

Tabela 19: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da *Cultura de Segurança*.

	Classificação	N	%
1. Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles.	Discordo totalmente	69	6,5
	Discordo	266	25,1
	Nem concordo nem discordo	317	29,9
	Concordo	269	25,4
	Concordo totalmente	136	12,8
3. Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos clientes.	Omisso	2	0,2
	Discordo totalmente	52	4,9
	Discordo	310	29,3
	Nem concordo nem discordo	294	27,8
	Concordo	294	27,8
4. Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	Concordo totalmente	104	9,8
	Omisso	5	0,5
	Discordo totalmente	90	8,5
	Discordo	288	27,2
	Nem concordo nem discordo	284	26,8
5. Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam.	Concordo	354	33,4
	Concordo totalmente	41	3,9
	Omisso	2	0,2
	Discordo totalmente	50	4,7
	Discordo	124	11,7
6. Recebemos <i>feedback</i> sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos.	Nem concordo nem discordo	135	12,7
	Concordo	595	56,2
	Concordo totalmente	150	14,2
	Omisso	5	0,5
	Discordo totalmente	90	8,5
7. As intervenções ao nível da gestão da organização demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima.	Discordo	231	21,8
	Nem concordo nem discordo	292	27,6
	Concordo	400	37,8
	Concordo totalmente	42	4,0
	Omisso	4	0,4
	Discordo totalmente	92	8,7
	Discordo	243	22,9
	Nem concordo nem discordo	302	28,5
	Concordo	352	33,2
	Concordo totalmente	68	6,4
	Omisso	2	0,2

Em relação às “*intervenções ao nível da gestão da organização em demonstrarem que a segurança dos clientes é uma prioridade máxima*”, 39,6% foram respostas positivas em Concordo Totalmente e Concordo, contra 31,6% em respostas negativas com Discordo Totalmente e Discordo. O valor médio deste item esteve em Não Concordo/Nem Discordo ($\bar{x}=3,1$, $DP=1,1$).

Existe uma coerência de valores em todos os itens, com exceção do item 5 onde é substancial a concordância sobre a afirmação “*Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam.*”

Tabela 20: Resultados descritivos relativos aos itens da *Cultura de Segurança*.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
1. Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles.	1057	2,9	1,1	1	5
3. Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos clientes entre serviços.	1054	2,9	1,1	1	5
4. Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	1057	3,0	1,1	1	5
5. Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam.	1054	3,6	1,0	1	5
6. Recebemos <i>feedback</i> sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos.	1055	3,1	1,1	1	5
7. As intervenções ao nível da gestão da organização demonstram que a segurança dos clientes é uma prioridade máxima.	1057	3,1	1,1	1	5

No que respeita à relação entre a *Cultura de Segurança* e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou uma relação significativa nas variáveis, idade, anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham e anos de experiência profissional no geral. No entanto os valores das correlações demonstraram associações positivas muito fracas que variaram entre 0,072 e 0,105. A relação das restantes variáveis - género, licenciatura em enfermagem, enfermeiro especialista, região de saúde do local de trabalho dos enfermeiros, unidade funcional, trabalhar em outros locais (*part-time*) - não se mostrou estatisticamente significativa.

3.7 A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

No que respeita à **Satisfação Profissional** (tabelas 21 e 22), os enfermeiros referem estar Moderadamente Satisfeitos, em 49,5% quando questionados sobre o “*grau de satisfação com a sua função atual nesta organização*”. Quando juntamos aos Muito Satisfeitos, perfazem 60,7% da nossa amostra. O valor médio deste item esteve mais próximo de Moderadamente Satisfeito ($\bar{x}=2,6$, $DP=0,9$).

79,1% dos enfermeiros classificaram o “*seu ambiente laboral na atual organização (por exemplo, adequação dos recursos, relações com os colegas de trabalho, apoio dos responsáveis)*” entre Razoável e Excelente. O valor médio deste item esteve mais próximo de Razoável ($\bar{x}=2,2$, DP=0,8).

Sobre se “*recomendaria a sua organização a um colega enfermeiro como sendo um bom local para trabalhar*”, 66,8% responderam afirmativamente. O valor médio deste item esteve mais próximo de Provavelmente Sim ($\bar{x}=2,8$, DP=0,8).

E se “*recomendaria a sua organização aos seus amigos e familiares caso necessitassem de cuidados*”, 83,9% responderam afirmativamente. O valor médio deste item esteve em Provavelmente Sim ($\bar{x}=3,1$, DP=0,7).

No que respeita à “*satisfação com vários aspetos relacionados com o emprego*” obtivemos as seguintes respostas:

- a) “*Flexibilidade de horário*” – 75,1% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Moderadamente Satisfeito ($\bar{x}=2,9$, DP=0,8);
- b) “*Oportunidades para progressão*” – 17,8% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Um Pouco Insatisfeito ($\bar{x}=1,7$, DP=0,8);
- c) “*Autonomia no trabalho*” – 81,5% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve em Moderadamente Satisfeito ($\bar{x}=3,0$, DP=0,8);
- d) “*Estatuto profissional*” – 50,7% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Um Pouco Insatisfeito ($\bar{x}=2,4$, DP=0,9);
- e) “*Salário*” – 11,0% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Muito Insatisfeito ($\bar{x}=1,4$, DP=0,7);
- f) “*Oportunidades de formação*” – 45,6% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Um Pouco Insatisfeito ($\bar{x}=2,3$, DP=0,9);

- g) “Férias anuais” – 59,6% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Moderadamente Satisfeito ($\bar{x}=2,6$, DP=0,8);
- h) “Baixa por doença” – 64,8% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Moderadamente Satisfeito ($\bar{x}=2,6$, DP=0,9);
- i) “Licença para estudo/formação” – 50,2% com respostas entre Moderadamente Satisfeitos e Muito Satisfeitos. O valor médio deste item esteve mais próximo de Um Pouco Insatisfeito ($\bar{x}=2,4$, DP=0,9).

Tabela 21: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da *Satisfação Profissional*.

	Classificação	N	%
1. Qual o seu grau de satisfação com a sua função atual nesta organização?	Muito insatisfeito	134	12,7
	Um pouco insatisfeito	282	26,6
	Moderadamente satisfeito	524	49,5
	Muito satisfeito	119	11,2
2. Como classificaria o seu ambiente laboral nesta organização (por exemplo, adequação dos recursos, relações com os colegas de trabalho, apoio dos responsáveis)?	Pobre	221	20,9
	Razoável	414	39,1
	Bom	395	37,3
	Excelente	29	2,7
3. Recomendaria a sua organização a um colega enfermeiro como sendo um bom local para trabalhar?	Definitivamente não	74	7,0
	Provavelmente não	278	26,3
	Provavelmente sim	543	51,3
	Definitivamente sim	164	15,5
4. Recomendaria a sua organização aos seus amigos e familiares caso necessitassem de cuidados?	Definitivamente não	15	1,4
	Provavelmente não	155	14,6
	Provavelmente sim	609	57,5
	Definitivamente sim	280	26,4
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego? a) Flexibilidade de horário	Muito insatisfeito	77	7,3
	Um pouco insatisfeito	187	17,7
	Moderadamente satisfeito	555	52,4
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego? b) Oportunidades para progressão	Muito satisfeito	240	22,7
	Muito insatisfeito	561	53,0
	Um pouco insatisfeito	309	29,2
	Moderadamente satisfeito	180	17,0
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego? c) Autonomia no trabalho	Muito satisfeito	9	0,8
	Muito insatisfeito	42	4,0
	Um pouco insatisfeito	154	14,5
	Moderadamente satisfeito	593	56,0
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego? d) Estatuto profissional	Muito satisfeito	270	25,5
	Muito insatisfeito	228	21,5
	Um pouco insatisfeito	295	27,9
	Moderadamente satisfeito	475	44,9
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	Muito satisfeito	61	5,8
	Muito insatisfeito	740	69,9
	Um pouco insatisfeito	202	19,1

e) Salário	Moderadamente satisfeito	103	9,7
	Muito satisfeito	14	1,3
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	Muito insatisfeito	191	18,0
	Um pouco insatisfeito	385	36,4
f) Oportunidades de formação	Moderadamente satisfeito	413	39,0
	Muito satisfeito	70	6,6
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	Muito insatisfeito	144	13,6
	Um pouco insatisfeito	284	26,8
g) Férias anuais	Moderadamente satisfeito	534	50,4
	Muito satisfeito	97	9,2
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	Muito insatisfeito	140	13,2
	Um pouco insatisfeito	232	21,9
h) Baixa por doença	Moderadamente satisfeito	567	53,5
	Muito satisfeito	120	11,3
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	Muito insatisfeito	231	21,8
	Um pouco insatisfeito	297	28,0
i) Licença para estudo/formação	Moderadamente satisfeito	438	41,4
	Muito satisfeito	93	8,8

Tabela 22: Resultados descritivos relativos aos itens da *Satisfação Profissional*.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
1. Qual o seu grau de satisfação com a sua função atual nesta organização?	1059	2,6	0,9	1	4
2. Como classificaria o seu ambiente laboral nesta organização (por exemplo, adequação dos recursos, relações com os colegas de trabalho, apoio dos responsáveis)?	1059	2,2	0,8	1	4
3. Recomendaria a sua organização a um colega enfermeiro como sendo um bom local para trabalhar?	1059	2,8	0,8	1	4
4. Recomendaria a sua organização aos seus amigos e familiares caso necessitassem de cuidados?	1059	3,1	0,7	1	4
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	2,9	0,8	1	4
a) Flexibilidade de horário					
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	1,7	0,8	1	4
b) Oportunidades para progressão					
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	3,0	0,8	1	4
c) Autonomia no trabalho					
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	2,4	0,9	1	4
d) Estatuto profissional					
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	1,4	0,7	1	4
e) Salário					
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	2,3	0,9	1	4
f) Oportunidades de formação					
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego?	1059	2,6	0,8	1	4
g) Férias anuais					

5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego? h) Baixa por doença	1059	2,6	0,9	1	4
5. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspetos relacionados com o seu emprego? i) Licença para estudo/formação	1059	2,4	0,9	1	4

Os enfermeiros estão satisfeitos com o seu local de trabalho. Apresentam insatisfação, de forma ordenada crescente: “Salário”; “Oportunidades para progressão”; “Oportunidades de formação”; “Estatuto profissional”; e “Licença para estudo/ formação”.

No que respeita à relação entre a **Satisfação Profissional** e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou significativa, para a variável região de saúde do local de trabalho dos enfermeiros. O valor da correlação demonstrou uma associação positiva muito fraca, com 0,074. A relação das restantes variáveis - género, licenciatura em enfermagem, enfermeiro especialista, idade, anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham, anos de experiência profissional no geral, unidade funcional, trabalhar em outros locais (*part-time*) - não foi estatisticamente significativa.

3.8 A Intenção de Saída dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

No que respeita à **Intenção de Saída** (tabelas 23), os enfermeiros quando questionados sobre “a possibilidade de deixar a sua atual organização no próximo ano devido a insatisfação laboral”, 59,7% responderam Não. Dos 427 que responderam Sim, 45,4% seria para fora da Enfermagem.

Se “estivesse à procura de outro emprego, quão fácil pensa que seria para si encontrar um emprego aceitável na área da Enfermagem”, onde apenas 22,9% responderam Muito Fácil e Relativamente Fácil, contra um expressivo valor de 77,1% entre Muito Difícil e Relativamente Difícil.

Tabela 23: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da *Intenção de Saída*.

	Classificação	N	%
1.a) Se possível, deixaria a sua atual organização no próximo ano devido a insatisfação laboral?	Sim	427	40,3
	Não	632	59,7
1.b) Se sim, que tipo de trabalho iria procurar?	Enfermagem noutra organização	159	37,2
	Enfermagem, mas não num CS	74	17,4
	Não relacionado com a Enfermagem	194	45,4
	Total	427	100
2. Se estivesse à procura de outro emprego, quão fácil pensa que seria para si encontrar um emprego aceitável na área da Enfermagem?	Muito difícil	355	33,5
	Relativamente difícil	462	43,6
	Relativamente fácil	224	21,2
	Muito fácil	18	1,7

No que respeita à relação entre a Intenção de Saída e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou significativa, em relação à variável anos de experiência profissional, embora com valor de 0,063, uma associação positiva muito fraca. A relação das restantes variáveis - género, licenciatura em enfermagem, enfermeiro especialista, região de saúde do local de trabalho dos enfermeiros, idade, anos de experiência profissional na organização, anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham, unidade funcional, trabalhar em outros locais (part-time) - não foi estatisticamente significativa.

3.9 *Burnout* dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários

No que respeita à escala *Maslach Burnout Inventory* e considerando que o estudo de Marques-Pinto, Jesus, Mendes, Fronteira & Roberto (2018) efetuaram uma AFE e AFC com alteração da estrutura fatorial, optámos por realizar uma AFE para determinar quais componentes principais utilizar.

Para efetuar a AFE utilizou-se o método das componentes principais, com rotação Varimax. Para análise da adequação dos dados à AFE utilizou-se dois testes: teste de KMO e esfericidade de *Bartlett*.

A consistência interna e a confiabilidade do instrumento foram determinadas usando o coeficiente alfa de Cronbach (α) e a confiabilidade composta.

Uma vez assumida a suposição de normalidade multivariada, a validade fatorial foi

testada com estimativa de máxima verossimilhança. O modelo de fator proposto foi considerado válido quando todos os itens apresentaram pesos fatoriais superiores a 0,4 (Alavi et al., 2020; Almeida, 2017; Cutillo, 2019).

A análise de confiabilidade para toda a escala MBI obteve um alfa de Cronbach de 0,78, que indica uma razoável consistência interna da escala, de acordo com Almeida (2017).

Os valores do alfa de Cronbach de cada dimensão foram superiores a 0,73 e estão descritos no quadro 8.

O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$) e o índice KMO apresentou o valor de 0,90, valor excelente de recomendação para a análise de componentes principais, de acordo com Almeida (2017).

A AFE da MBI identificou 4 componentes que explicavam 57,1% da variância total. Todos os itens respeitaram os critérios de carga fatorial, mas uma das componentes apresentou um alfa de Cronbach de 0,35, o que é inadmissível, segundo Almeida (2017). Forçámos a redução a 3 fatores com uma solução final composta por 22 itens, denominados de acordo com a tradução e adaptação de Marques-Pinto (Jesus et al., 2014). Os três componentes da MBI, apresentados no quadro 8 são:

1. Exaustão Emocional, com 9 itens;
2. Despersonalização, com 5 itens;
3. Perda de Realização Profissional, com 8 itens.

Quadro 8: Componentes da MBI.

ITENS	COMPONENTES		
	Exaustão Emocional	Despersonalização	Perda de Realização Profissional
Item 1	0,86		
Item 2	0,86		
Item 3	0,86		
Item 6	0,43		
Item 8	0,87		
Item 13	0,70		
Item 14	0,65		
Item 16	0,57		
Item 20	0,79		
Item 5		0,68	
Item 10		0,74	
Item 11		0,71	
Item 15		0,64	

Item 22		0,52	
Item 4			0,45
Item 7			0,63
Item 9			0,69
Item 12			0,53
Item 17			0,60
Item 18			0,69
Item 19			0,69
Item 21			0,64
Alfa de Cronbach	0,91	0,73	0,78

No que respeita aos dados sobre **Burnout**, apresentados na tabela 24, foram os seguintes, considerando ambas as categorias *Algumas vezes por semana* e *Todos os dias*:

1. 36,8% dos enfermeiros referem que “*Sinto-me emocionalmente esgotado pelo meu trabalho*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por mês* ($\bar{x}=3,4$, DP=1,7);
2. 44,7% dos enfermeiros referem que “*Sinto-me desgastado no fim do dia de trabalho*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por semana* ($\bar{x}=3,8$, DP=1,7);
3. 32,0% dos enfermeiros referem que “*Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por mês* ($\bar{x}=3,1$, DP=1,8);
4. 2,9% dos enfermeiros referem que “*Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por semana* ($\bar{x}=4,9$, DP=1,3);
5. 3,9% dos enfermeiros referem que “*Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por ano ou menos* ($\bar{x}=0,7$, DP=1,3);
6. 11,5% dos enfermeiros referem que “*Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por mês ou menos* ($\bar{x}=1,6$, DP=1,8);
7. 3,3% dos enfermeiros referem que “*Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por semana* ($\bar{x}=4,9$, DP=1,2);

8. 30,6% dos enfermeiros referem que *“Sinto-me esgotado pelo meu trabalho”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por mês* ($\bar{x}=3,0$, DP=1,9);
9. 84,5% dos enfermeiros referem que *“Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por semana* ($\bar{x}=5,1$, DP=1,1);
10. 7,0% dos enfermeiros referem que *“Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer a profissão”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por ano ou menos* ($\bar{x}=1,1$, DP=1,6);
11. 9,7% dos enfermeiros referem que *“Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por ano ou menos* ($\bar{x}=1,4$, DP=1,7);
12. 13,0% dos enfermeiros referem que *“Sinto-me com muita energia”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por semana* ($\bar{x}=3,9$, DP=1,7);
13. 20,3% dos enfermeiros referem que *“Sinto-me frustrado pelo meu trabalho”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por mês ou menos* ($\bar{x}=2,4$, DP=1,9);
14. 39,2% dos enfermeiros referem que *“Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por mês* ($\bar{x}=3,4$, DP=1,9);
15. 2,2% dos enfermeiros referem que *“Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Nunca* ($\bar{x}=0,4$, DP=1,1);
16. 22,2% dos enfermeiros referem que *“Trabalhar directamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por mês ou menos* ($\bar{x}=2,4$, DP=1,9);
17. 2,7% dos enfermeiros referem que *“Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes”*. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por semana* ($\bar{x}=5,1$, DP=1,2);

18. 5,4% dos enfermeiros referem que “*Sinto-me cheio de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por semana* ($\bar{x}=4,5$, DP=1,4);
19. 3,0% dos enfermeiros referem que “*Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por semana* ($\bar{x}=4,9$, DP=1,2);
20. 18,3% dos enfermeiros referem que “*Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por mês ou menos* ($\bar{x}=2,3$, DP=1,9);
21. 6,2% dos enfermeiros referem que “*No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Uma vez por semana* ($\bar{x}=4,3$, DP=1,4);
22. 4,7% dos enfermeiros referem que “*Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas*”. O valor médio deste item esteve mais próximo de *Algumas vezes por ano ou menos* ($\bar{x}=1,0$, DP=1,4).

Tabela 24: Classificações e frequências absolutas e relativas dos itens da escala de *Burnout*.

	Classificação	N	%
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	Nunca	53	5,0
	Algumas vezes por ano ou menos	154	14,5
	Uma vez por mês ou menos	85	8,0
	Algumas vezes por mês	232	21,9
	Uma vez por semana	146	13,8
	Algumas vezes por semana	312	29,5
	Todos os dias	77	7,3
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	Nunca	34	3,2
	Algumas vezes por ano ou menos	108	10,2
	Uma vez por mês ou menos	91	8,6
	Algumas vezes por mês	214	20,2
	Uma vez por semana	138	13,0
	Algumas vezes por semana	336	31,7
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	Todos os dias	138	13,0
	Nunca	88	8,3
	Algumas vezes por ano ou menos	193	18,2
	Uma vez por mês ou menos	108	10,2
	Algumas vezes por mês	198	18,7
	Uma vez por semana	133	12,6
	Algumas vezes por semana	248	23,4
Todos os dias	91	8,6	
	Nunca	371	35,0

4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	Algumas vezes por ano ou menos	442	41,7
	Uma vez por mês ou menos	81	7,6
	Algumas vezes por mês	105	9,9
	Uma vez por semana	30	2,8
	Algumas vezes por semana	23	2,2
	Todos os dias	7	0,7
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	Nunca	737	69,6
	Algumas vezes por ano ou menos	155	14,6
	Uma vez por mês ou menos	47	4,4
	Algumas vezes por mês	48	4,5
	Uma vez por semana	31	2,9
	Algumas vezes por semana	33	3,1
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	Todos os dias	8	0,8
	Nunca	368	34,7
	Algumas vezes por ano ou menos	291	27,5
	Uma vez por mês ou menos	100	9,4
	Algumas vezes por mês	124	11,7
	Uma vez por semana	54	5,1
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	Algumas vezes por semana	90	8,5
	Todos os dias	32	3,0
	Nunca	296	28,0
	Algumas vezes por ano ou menos	549	51,8
	Uma vez por mês ou menos	77	7,3
	Algumas vezes por mês	81	7,6
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	Uma vez por semana	21	2,0
	Algumas vezes por semana	31	2,9
	Todos os dias	4	0,4
	Nunca	104	9,8
	Algumas vezes por ano ou menos	216	20,4
	Uma vez por mês ou menos	106	10,0
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	Algumas vezes por mês	203	19,2
	Uma vez por semana	106	10,0
	Algumas vezes por semana	235	22,2
	Todos os dias	89	8,4
	Nunca	459	43,3
	Algumas vezes por ano ou menos	436	41,2
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer a profissão.	Uma vez por mês ou menos	63	5,9
	Algumas vezes por mês	67	6,3
	Uma vez por semana	18	1,7
	Algumas vezes por semana	13	1,2
	Todos os dias	3	0,3
	Nunca	588	55,5
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	Algumas vezes por ano ou menos	204	19,3
	Uma vez por mês ou menos	63	5,9
	Algumas vezes por mês	88	8,3
	Uma vez por semana	41	3,9
	Algumas vezes por semana	48	4,5
	Todos os dias	27	2,5
12. Sinto-me com muita energia.	Nunca	465	43,9
	Algumas vezes por ano ou menos	267	25,2
	Uma vez por mês ou menos	78	7,4
	Algumas vezes por mês	103	9,7
	Uma vez por semana	43	4,1
	Algumas vezes por semana	66	6,2
12. Sinto-me com muita energia.	Todos os dias	37	3,5
	Nunca	134	12,7
	Algumas vezes por ano ou menos	412	38,9
	Uma vez por mês ou menos	112	10,6
	Algumas vezes por mês	196	18,5
	Uma vez por semana	67	6,3
12. Sinto-me com muita energia.	Algumas vezes por semana	92	8,7
	Todos os dias	46	4,3

13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	Nunca	188	17,8
	Algumas vezes por ano ou menos	267	25,2
	Uma vez por mês ou menos	86	8,1
	Algumas vezes por mês	209	19,7
	Uma vez por semana	94	8,9
	Algumas vezes por semana	163	15,4
	Todos os dias	52	4,9
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	Nunca	88	8,3
	Algumas vezes por ano ou menos	176	16,6
	Uma vez por mês ou menos	82	7,7
	Algumas vezes por mês	201	19,0
	Uma vez por semana	97	9,2
	Algumas vezes por semana	256	24,2
	Todos os dias	159	15,0
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	Nunca	818	77,2
	Algumas vezes por ano ou menos	147	13,9
	Uma vez por mês ou menos	28	2,6
	Algumas vezes por mês	35	3,3
	Uma vez por semana	8	0,8
	Algumas vezes por semana	15	1,4
	Todos os dias	8	0,8
16. Trabalhar directamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.	Nunca	163	15,4
	Algumas vezes por ano ou menos	312	29,5
	Uma vez por mês ou menos	120	11,3
	Algumas vezes por mês	165	15,6
	Uma vez por semana	64	6,0
	Algumas vezes por semana	159	15,0
	Todos os dias	76	7,2
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	Nunca	414	39,1
	Algumas vezes por ano ou menos	485	45,8
	Uma vez por mês ou menos	64	6,0
	Algumas vezes por mês	57	5,4
	Uma vez por semana	10	0,9
	Algumas vezes por semana	14	1,3
	Todos os dias	15	1,4
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	Nunca	226	21,3
	Algumas vezes por ano ou menos	476	44,9
	Uma vez por mês ou menos	128	12,1
	Algumas vezes por mês	138	13,0
	Uma vez por semana	34	3,2
	Algumas vezes por semana	36	3,4
	Todos os dias	21	2,0
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	Nunca	337	31,8
	Algumas vezes por ano ou menos	492	46,5
	Uma vez por mês ou menos	64	6,0
	Algumas vezes por mês	109	10,3
	Uma vez por semana	25	2,4
	Algumas vezes por semana	27	2,5
	Todos os dias	5	0,5
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	Nunca	185	17,5
	Algumas vezes por ano ou menos	309	29,2
	Uma vez por mês ou menos	109	10,3
	Algumas vezes por mês	181	17,1
	Uma vez por semana	81	7,6
	Algumas vezes por semana	135	12,7
	Todos os dias	59	5,6
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	Nunca	203	19,2
	Algumas vezes por ano ou menos	434	41,0
	Uma vez por mês ou menos	116	11,0
	Algumas vezes por mês	174	16,4
	Uma vez por semana	67	6,3
	Algumas vezes por semana	61	5,8

22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	Todos os dias	4	0,4
	Nunca	497	46,9
	Algumas vezes por ano ou menos	341	32,2
	Uma vez por mês ou menos	68	6,4
	Algumas vezes por mês	71	6,7
	Uma vez por semana	32	3,0
	Algumas vezes por semana	39	3,7
	Todos os dias	11	1,0

Quando analisamos a escala **Burnout** no que respeita às dimensões **Exaustão Emocional** (sintomas de esgotamento dos recursos emocionais em relação ao trabalho), **Despersonalização** (que corresponde à adoção de uma atitude defensiva, distanciada e fria face ao utente) e **Perda de Realização Profissional** (desenvolvimento de sentimentos de ineficácia e de falta de gratificação face ao trabalho) verificamos que têm alfas de Cronbach de 0,90, 0,73 e 0,78, respetivamente (tabelas 25, 26 e 27). Estes valores apresentam uma consistência Muito Boa e Razoável, respetivamente, segundo Almeida (2017).

Na dimensão **Exaustão Emocional** (tabela 25), os enfermeiros apresentam valor médio de 2,8 (1,4) que é moderado, segundo Marôco et al. (2016) que seguem a recomendação de Maslach et al. (1986). Verificamos 4 itens acima de 3 e 5 itens abaixo de 3. A pontuação média mais elevada nesta dimensão foi no item 2. “*Sinto-me desgastado no fim do dia de trabalho*”. A pontuação média mais baixa nesta dimensão ocorreu no item 6. “*Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim*”. A dimensão mostrou ter uma muito boa consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,90).

Tabela 25: Resultados descritivos relativos aos itens e dimensão **Exaustão Emocional**.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	1059	3,4	1,7	0	6
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	1059	3,8	1,7	0	6
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	1059	3,1	1,8	0	6
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	1059	1,6	1,8	0	6
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	1059	3,0	1,9	0	6
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	1059	2,4	1,9	0	6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	1059	3,4	1,9	0	6
16. Trabalhar directamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.	1059	2,4	1,9	0	6

20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	1059	2,3	1,9	0	6
	1059	2,8	1,4	0	6
Dimensão	Alfa de Cronbach = 0,90				

Na dimensão **Despersonalização** (tabela 26), os enfermeiros apresentam valor médio de 0,9 (1,0) que é reduzido, segundo Marôco et al. (2016) que seguem a recomendação de Maslach et al. (1986). Verificamos 1 item ligeiramente acima de 1 e 2 itens abaixo. A pontuação média mais elevada nesta dimensão foi no item 11. “*Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente*”. A pontuação média mais baixa nesta dimensão ocorreu no item 15. “*Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes*”. A dimensão mostrou ter uma razoável consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,73).

De acordo com Vala, Marques-Pinto, Moreira, Lopes & Januário (2017), valores mais altos nestas duas dimensões **Exaustão Emocional** e **Despersonalização**, correspondem a valências mais negativas. Como os enfermeiros que participaram neste estudo apresentam valores médios moderado e reduzido, significa **Exaustão Emocional** e **Despersonalização** moderada e reduzida, respetivamente.

Tabela 26: Resultados descritivos relativos aos itens e dimensão **Despersonalização**.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	1059	0,7	1,3	0	6
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer a profissão.	1059	1,1	1,6	0	6
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	1059	1,4	1,7	0	6
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	1059	0,4	1,1	0	6
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	1059	1,0	1,4	0	6
Dimensão	1059	0,9	1,0	0	6
	Alfa de Cronbach = 0,73				

Na dimensão **Perda de Realização Profissional** (tabela 27), os enfermeiros apresentam valor médio de 1,2 (0,8) que é reduzido, segundo Marôco et al. (2016) que seguem a recomendação de Maslach et al. (1986).

Tabela 27: Resultados descritivos relativos aos itens e dimensão *Perda de Realização Profissional*.

	N	Média	DP	Mín.	Máx.
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	1059	1,1	1,3	0	6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	1059	1,1	1,2	0	6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	1059	0,9	1,1	0	6
12. Sinto-me com muita energia.	1059	2,1	1,7	0	6
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	1059	0,9	1,2	0	6
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	1059	1,5	1,4	0	6
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	1059	1,1	1,2	0	6
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	1059	1,7	1,4	0	6
Dimensão	1059	1,2	0,8	0	6
Alfa de Cronbach = 0,78					

De acordo com Vala et al. (2017), os sentidos dos itens desta dimensão devem ser invertidos, de forma que valores mais altos passam significar diminuição da realização profissional. Como obtivemos um valor reduzido, significa que os enfermeiros que participaram neste estudo apresentam menor ***Perda de Realização Profissional***.

Verificamos cinco itens acima de 4, dois acima de 5 e um item abaixo de 4. A pontuação média mais elevada nesta dimensão foi no item 9. “*Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho*”. A pontuação média mais baixa nesta dimensão ocorreu no item 12. “*Sinto-me com muita energia*”. A dimensão mostrou ter uma razoável consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach=0,78).

No que respeita à relação entre as dimensões de *burnout* e as variáveis sociodemográficas e profissionais analisadas, apenas se verificou significativa (p=0,05):

- ***Exaustão Emocional*** com a variável anos de experiência profissional na atual unidade onde trabalham. Os enfermeiros com mais anos de trabalho na

atual unidade são os mais exaustos, ou seja, com esgotamento dos recursos emocionais face ao trabalho.

- **Despersonalização** com as variáveis, género, idade, anos de experiência profissional no geral e trabalhar em outros locais (*part-time*). As variáveis com associações negativas foram a idade, anos de experiência profissional no geral, e que trabalham noutros locais (*part-time*), ou seja, enfermeiros com maior idade, maior experiência profissional no geral e trabalhar em outros locais (*part-time*) foram os que foram afetados em menor nível de despersonalização, ou seja, menor atitude defensiva, menor distanciamento e frieza em relação aos clientes.
- **Perda de Realização Profissional** com as variáveis, idade e anos de experiência profissional no geral. Os enfermeiros com maior idade e maior experiência profissional foram os que apresentaram maior associação à perda de realização profissional, ou seja, com sentimentos de ineficácia e falta de gratificação face ao trabalho.

3.10 Relação entre o Ambiente de Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados, a Segurança dos Clientes, a Cultura de Segurança, a Satisfação Profissional, Intenção de Saída e a *Burnout* dos Enfermeiros

Ao analisarmos a associação entre as variáveis deste estudo (tabela 28), podemos verificar que quanto mais elevado o valor do **APE** nos CSP, mais elevadas foram as classificações da **Cultura de Segurança** com uma associação de correlação moderada ($r=0,642$), seguida da **Qualidade dos Cuidados** com uma associação moderada ($r=0,605$), da **Satisfação Profissional** com uma associação moderada ($r=0,602$) e da **Segurança dos Clientes** com uma associação moderada ($r=0,471$).

Por outro lado, quanto mais elevado o valor do **APE** nos CSP, menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,277$), principalmente na dimensão **Burnout - Exaustão Emocional** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,351$).

No que respeita às dimensões do **APE**, quanto mais elevado o valor da:

* **PES/PEGO**, mais elevada é a classificação da **Cultura de Segurança**, com uma associação de correlação moderada ($r=0,555$), seguida da **Satisfação Profissional** com uma associação moderada ($r=0,545$), **Qualidade dos Cuidados** com uma associação moderada ($r=0,475$), e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,238$), menor **Burnout - Exaustão Emocional** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,300$), menor **Burnout - Despersonalização** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,134$) e menor **Burnout - Perda de Realização Profissional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,110$).

* **PES/CEGLAE**, mais elevada é a classificação da **Cultura de Segurança**, com uma associação de correlação moderada ($r=0,476$), seguida da **Qualidade dos Cuidados** com uma associação moderada ($r=0,412$) e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,214$), menor **Burnout - Exaustão Emocional** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,264$), menor **Burnout - Despersonalização** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,114$) e menor **Burnout - Perda de Realização Profissional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,094$).

* **PES/FEQC**, mais elevada é a classificação da **Qualidade dos Cuidados**, com uma associação de correlação moderada ($r=0,538$), seguida da **Cultura de Segurança** com uma associação moderada ($r=0,505$), e menor **Burnout** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,124$), menor **Burnout - Exaustão Emocional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,165$), menor **Burnout - Despersonalização** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,171$) e menor **Burnout - Perda de Realização Profissional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,140$).

* **PES/ARHM**, mais elevada é a classificação da **Satisfação Profissional**, com uma associação de correlação fraca ($r=0,398$), seguida da **Qualidade dos Cuidados** com uma associação fraca ($r=0,387$) e **Cultura de Segurança** com uma associação fraca ($r=0,336$), e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,292$), menor **Burnout - Exaustão Emocional** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,361$), menor **Burnout - Despersonalização** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,114$).

e menor **Burnout - Perda de Realização Profissional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,095$).

Tabela 28: Matriz de correlações das variáveis do estudo.

	PES-NWI CEGLAE	PES-NWI FEQC	PES-NWI ARHM	PES-NWI REM	PES-NWI Total	Satisf Profiss	Segura. Clientes	Qualid dos Cuidad	Cultura de Seguran	Burnout de Burnout	Burnout - Exaustão Emoc.	Burnout - Desperso- nalização	Burnout - P. Realiz Profissl
PES-NWI PEGO	0,632**	0,456**	0,427**	0,408**	0,898**	0,545**	0,347**	0,475**	0,555**	-0,238**	-0,300**	-0,134**	-0,110**
PES-NWI CEGLAE	1	0,390**	0,301**	0,269**	0,736**	0,381**	0,341**	0,412**	0,476**	-0,214**	-0,264**	-0,114**	-0,094**
PES-NWI FEQC		1	0,330**	0,445**	0,700**	0,388**	0,424**	0,538**	0,505**	-0,124**	-0,165**	-0,171**	-0,140**
PES-NWI ARHM			1	0,321**	0,619**	0,398**	0,304**	0,387**	0,336**	-0,292**	-0,361**	-0,114**	-0,095**
PES-NWI REM				1	0,589**	0,297**	0,356**	0,408**	0,427**	-0,128**	-0,179**	-0,112**	-0,118**
PES-NWI Total					1	0,602**	0,471**	0,605**	0,642**	-0,277**	-0,351**	-0,175**	-0,148**
Satisfação Profissional						1	0,396**	0,486**	0,456**	-0,234**	-0,313**	-0,109*	-0,215*
Segurança Clientes							1	0,786**	0,501**	-0,163**	-0,189**	-0,165**	-0,107**
Qualidade dos Cuidados								1	0,641**	-0,227**	-0,291**	-0,259**	-0,258**
Cultura de Segurança									1	-0,266**	-0,329**	-0,250**	-0,203**
Burnout										1	0,880**	0,545**	0,128**
Burnout - Exaustão Emocional											1	0,396**	0,224**
Burnout - Desperso- nalização												1	0,313**

** A correlação é significativa no nível 0,01

* A correlação é significativa no nível 0,05

* **PES-REM**, mais elevada é a classificação da **Cultura de Segurança**, com uma associação de correlação moderada ($r=0,427$), seguida da **Qualidade dos Cuidados** com uma associação moderada ($r=0,408$), e menor **Burnout** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,128$), menor **Burnout - Exaustão Emocional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,179$), menor **Burnout - Despersonalização** com uma associação muito fraca e

negativa ($r=-0,112$) e menor **Burnout - Perda de Realização Profissional** com uma associação muito fraca e negativa ($r=-0,118$).

Ao analisarmos a associação entre as restantes variáveis deste estudo, verificamos que quanto mais elevado o valor da **Satisfação Profissional** nos CSP, mais elevada é a classificação da **Qualidade dos Cuidados** com uma associação de correlação moderada ($r=0,486$), seguida da **Cultura de Segurança** com uma associação moderada ($r=0,456$) e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,234$).

Quanto mais elevado o valor da **Segurança dos Clientes**, mais elevada é a classificação da **Qualidade dos Cuidados**, com uma associação de correlação forte ($r=0,786$), seguida da **Cultura de Segurança** com uma associação moderada ($r=0,501$) e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,163$).

Quanto mais elevado o valor da **Qualidade dos Cuidados**, mais elevada é a classificação da **Segurança dos Clientes** com uma associação forte ($r=0,786$), seguida da **Cultura de Segurança**, com uma associação moderada ($r=0,641$), **Satisfação Profissional** com uma associação moderada ($r=0,486$) e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,227$).

Quanto mais elevado o valor da **Cultura de Segurança**, mais elevada é a classificação da **Qualidade dos Cuidados**, com uma associação de correlação moderada ($r=0,641$), seguida da **Segurança dos Clientes** com uma associação moderada ($r=0,501$), da **Satisfação Profissional** com uma associação moderada ($r=0,456$) e menor **Burnout** com uma associação fraca e negativa ($r=-0,266$).

No que respeita à **Intenção de Saída**, não apresentou qualquer correlação estatisticamente significativa.

Quanto menor for o valor da **Burnout**, maiores são os valores de todas as nossas variáveis, **APE**, **Cultura de Segurança**, **Satisfação Profissional**, **Qualidade dos Cuidados** e **Segurança dos Clientes**. Quanto menores forem os valores das dimensões **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional** maiores são os valores de todas as restantes variáveis com correlações negativas, baixas e muito baixas (r entre $-0,361$ e $-0,094$).

Quando analisamos a associação das dimensões do **APE**, **PES/PEGO**, **PES/FEQC**, **PES/CEGLAE**, **PES/ARHM** e **PES/REM**, verificamos uma associação mais fraca

com **Satisfação Profissional** e a **Segurança dos Clientes**. A **Satisfação Profissional** apresenta associações fracas com **PES/FEQC** e **PES/REM**, com valores de r entre 0,297 e 0,388. A **Segurança dos Clientes** apresenta associações fracas com **PES/PEGO**, **PES/CEGLAE** e **PES/ARHM**, com valores de r entre 0,304 e 0,347. A dimensão **PES/ARHM** é a que apresenta correlações baixas com **Satisfação Profissional**, **Qualidade dos Cuidados**, **Cultura de Segurança** e **Segurança dos Clientes**, com valores entre 0,304 e 0,398.

No que respeita ao **APE**, entre as próprias dimensões, verificamos a associação mais fraca entre **PES/REM** e **PES/CEGLAE** com valor de $r=0,269$ e associação mais forte, moderada, entre **PES/PEGO** e **PES/CEGLAE** com valor de $r=0,632$. As dimensões do **APE** estão positivamente correlacionadas entre si com maior valor entre **PES/CEGLAE** e **PES/PEGO** com 0,632, seguido de **PES/FEQC** com 0,456. O valor mais baixo de correlação ocorreu entre **PES/CEGLAE** e **PES/REM** com 0,269, seguido de **PES/ARHM** com 0,301.

Podemos verificar, na tabela 29, que os enfermeiros consideram que existe nos CSP em Portugal um APE desfavorável e misto, associado a uma perceção de boa qualidade dos cuidados, com segurança dos clientes aceitável, com cultura de segurança aceitável, com uma baixa satisfação profissional, com uma intenção de saída moderada e com *burnout* reduzido.

Tabela 29: Dados descritivos das variáveis.

Variáveis	Média	DP	Min	Máx
PES/NWI	2,5	0,4	1,07	3,79
Qualidade dos Cuidados	2,9	0,5	1,00	4,00
Segurança dos Clientes	3,2	0,9	1,00	5,00
Cultura de Segurança	3,1	0,7	1,00	5,00
Satisfação Profissional	2,0	0,4	1,17	3,39
<i>Burnout</i>	1,6	0,8	0,00	4,85
%				
Intenção de Saída	40,3			

3.11 Verificação das Hipóteses

Com o intuito de testar as hipóteses do estudo formuladas anteriormente, aplicámos os testes estatísticos de regressão linear múltipla. “A regressão linear é um modelo estatístico para prever/explicar o comportamento de uma variável quantitativa – variável dependente – em função de uma ou mais variáveis independentes” (Almeida, 2017, p. 173). Quando temos várias variáveis independentes é um modelo de regressão linear múltipla (Almeida, 2017). “A regressão linear múltipla tem como objetivo explicar ou prever resultados de uma variável numérica – variável dependente ou *outcomes* do estudo – em função de várias variáveis independentes (ou preditoras, explicativas)” (Almeida, 2017, p. 173).

O coeficiente de determinação R representa a qualidade do ajustamento do modelo de regressão, ou seja, representa a capacidade preditora do modelo ou a percentagem que uma variável explica outra (Almeida, 2017). Muitos autores, segundo Almeida (2017), consideram um bom modelo quando o valor do coeficiente de determinação é superior a 80%, no entanto esta interpretação depende da área em investigação e do objetivo pretendido. O coeficiente de determinação pode não ser muito elevado e ter-se um bom modelo explicativo e com um bom ajustamento (Almeida, 2017). Marôco (2018) refere que para as ciências sociais valores de $R > 0,5$ são aceitáveis ou mesmo bons.

O método de seleção das variáveis utilizado foi o Método *Enter*, onde se entra com todas as variáveis no modelo, segundo Almeida (2017).

No que respeita ao erro padrão da estimativa e os valores da *variance inflation factor* (VIF) quando são inferiores a 5,0, conforme preconizado por Marôco (2018), permitem verificar que as variáveis presentes no modelo não são colineares, tal como observamos em todas as nossas variáveis que oscilaram entre 1,087 e 2,217.

3.11.1 O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade dos Cuidados prestados aos clientes

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor explicativo das variáveis independentes (**Cultura de Segurança, Segurança dos Clientes, Satisfação Profissional, Burnout, PES/PEGO, PES/FEQC, PES/CEGLAE, PES/ARHM, PES/REM**) em relação à variável dependente **Qualidade dos Cuidados**, (tabela 30) de forma a verificar se os mesmos se constituem como fatores preditores.

O coeficiente de determinação foi de 72,7%, significa que 72,7% da variação da **Qualidade dos Cuidados** (variável dependente) foi explicada pelas variáveis independentes no modelo de regressão.

Tabela 30: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente **Qualidade dos Cuidados**.

R	R quadrado	R quadrado ajustado
0,852^a	0,727	0,721

a. Variável Dependente: Qualidade dos Cuidados

Os resultados do teste F da ANOVA, na tabela 31, indica-nos que a regressão é estatisticamente significativa.

Tabela 31: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente **Qualidade dos Cuidados**.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	73,615	9	8,179	120,840	0,000^a
Resíduo	27,685	409	0,068		
Total	101,299	418			

a. Preditores: (Constante), *Burnout*, PES/FEQC, PES/ARHM, PES/CEGLAE, PES/REM, Satisfação Profissional, Cultura de Segurança, Segurança dos Clientes, PES/PEGO

A tabela dos coeficientes contém a informação sobre cada variável explicativa (independente), indica quais as variáveis significativas para o modelo e onde se retira a equação da regressão linear final (Almeida, 2017). Pela análise da tabela 32 dos coeficientes de regressão, observou-se que as variáveis **Cultura de Segurança**, **Segurança dos Clientes**, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e **PES/ARHM**, estiveram associadas com a variável dependente **Qualidade dos Cuidados**. Neste estudo estas variáveis estiveram associadas com a **Qualidade dos Cuidados**, nos Cuidados de Saúde Primários.

Os coeficientes das variáveis **Cultura de Segurança**, **Segurança dos Clientes**, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e **PES/ARHM** indicaram que para cada unidade adicional destas variáveis, esperou-se um aumento significativo da **Qualidade dos Cuidados**, nesta amostra nos Cuidados de Saúde Primários.

Os coeficientes beta (β) avaliam a importância das variáveis (Almeida, 2017). Podemos observar que dos coeficientes β do presente estudo, a variável **Segurança dos Clientes** ($\beta=0,598$; $p<0,05$), foi a que contribuiu mais para a **Qualidade dos Cuidados** seguida da **Cultura de Segurança** ($\beta=0,218$; $p<0,05$), **PES/FEQC** ($\beta=0,131$; $p<0,05$), **PES/PEGO** ($\beta=0,080$; $p<0,05$), e **PES/ARHM** ($\beta=0,077$; $p<0,05$).

Tabela 32: Modelo de regressão linear múltipla para a variável **Qualidade dos Cuidados**.

<i>Qualidade dos Cuidados</i>	Coefficientes não padronizados	Coefficientes padronizados	95% IC		p
	B	Beta	Limite inferior	Limite superior	
(Constante)	0,589		0,345	0,834	
Satisfação Profissional	0,081	0,057	-0,014	0,176	0,095
Cultura de Segurança	0,156	0,218	0,109	0,204	<0,001
PES/PEGO	0,084	0,080	0,007	0,160	0,032
PES/CEGLAE	-0,048	-0,060	-0,099	0,004	0,069
PES/FEQC	0,133	0,131	0,070	0,197	<0,001
PES/ARHM	0,066	0,077	0,017	0,116	0,008
PES/REM	-0,031	-0,036	-0,081	0,019	0,220
Segurança dos Clientes	0,290	0,598	0,260	0,320	<0,001
<i>Burnout</i>	-0,002	-0,002	-0,043	0,040	0,939

3.11.2 O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Segurança dos Clientes

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor explicativo das variáveis independentes (**Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança, Satisfação Profissional, Burnout, PES/PEGO, PES/FEQC, PES/CEGLAE, PES/ARHM, PES/REM**) em relação à variável dependente **Segurança dos Clientes**, (tabela 33) de forma a verificar se os mesmos se constituem como fatores preditores.

O coeficiente de determinação foi de 63,9%, significa que 63,9% da variação da **Segurança dos Clientes** (variável dependente) foi explicada pelas variáveis independentes no modelo de regressão.

Tabela 33: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente *Segurança dos Clientes*.

R	R quadrado	R quadrado ajustado
0,799^a	0,639	0,631

a. Variável Dependente: Segurança dos Clientes

Os resultados do teste F da ANOVA, na tabela 34, indica-nos que a regressão é estatisticamente significativa.

Tabela 34: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente *Segurança dos Clientes*.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	274,523	9	30,503	80,485	0,000^a
Resíduo	155,004	409	0,379		
Total	429,527	418			

a. Preditores: (Constante), Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança, *Burnout*, PES/REM, PES/ARHM, PES/CEGLAE, PES/FEQC, Satisfação Profissional, PES/PEGO

Pela análise da tabela 35 dos coeficientes de regressão, observou-se que as variáveis **PES/PEGO**, **PES/CEGLAE**, **PES/REM** e **Qualidade dos Cuidados**, estiveram associadas com a variável dependente **Segurança dos Clientes**. Neste estudo estas variáveis estiveram associadas com a **Segurança dos Clientes**, nos Cuidados de Saúde Primários.

Os coeficientes das variáveis **PES/PEGO**, **PES/CEGLAE**, **PES/REM** e **Qualidade dos Cuidados** indicaram que para cada unidade adicional destas variáveis, esperou-se um aumento significativo da **Segurança dos Clientes** nesta amostra nos CSP.

Podemos observar que dos coeficientes β do presente estudo, a variável **Qualidade dos Cuidados** ($\beta=0,789$; $p<0,05$), foi a que contribuiu mais para a **Segurança dos Clientes** seguida da **PES/CEGLAE** ($\beta=0,111$; $p<0,05$), **PES/PEGO** ($\beta=0,108$; $p<0,05$) e **PES/REM** ($\beta=0,107$; $p<0,05$).

Tabela 35: Modelo de regressão linear múltipla para a variável **Segurança dos Clientes**.

<i>Segurança dos Clientes</i>	Coeficientes não padronizados	Coeficientes padronizados	95% IC		p
	B	Beta	Limite inferior	Limite superior	
(Constante)	1,430		2,007	0,853	
Satisfação Profissional	0,110	0,056	-0,079	0,298	0,252
Cultura de Segurança	-0,067	-0,045	-0,183	0,050	0,264
<i>Burnout</i>	-0,032	-0,029	-0,116	0,051	0,448
PES/PEGO	0,234	0,108	0,414	0,053	0,011
PES/CEGLAE	0,179	0,111	0,059	0,299	0,004
PES/FEQC	-0,050	0,024	0,203	0,303	0,523
PES/ARHM	-0,007	-0,004	-0,125	0,111	0,909
PES/REM	0,192	0,107	0,075	0,309	0,001
Qualidade dos Cuidados	1,625	0,789	1,458	1,792	<0,001

3.11.3 O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Cultura de Segurança

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor explicativo das variáveis independentes (**Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Clientes, Satisfação Profissional, Burnout, PES/PEGO, PES/FEQC, PES/CEGLAE, PES/ARHM, PES/REM**) em relação à variável dependente **Cultura de Segurança**, (tabela 36) de forma a verificar se os mesmos se constituem como fatores preditores.

O coeficiente de determinação foi de 45,8%, significa que 45,8% da variação da **Cultura de Segurança** (variável dependente) foi explicada pelas variáveis independentes no modelo de regressão.

Tabela 36: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente *Cultura de Segurança*.

R	R quadrado	R quadrado ajustado
0,677^a	0,458	0,446

a. Variável Dependente: Cultura de Segurança

Os resultados do teste F da ANOVA, na tabela 37, indica-nos que a regressão é estatisticamente significativa.

Tabela 37: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente *Cultura de Segurança*.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	90,228	9	10,025	38,391	0,000^a
Resíduo	106,805	409	0,261		
Total	197,033	418			

a. Preditores: (Constante), Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Clientes, *Burnout*, PES/REM, PES/ARHM, PES/CEGLAE, PES/FEQC, Satisfação Profissional, PES/PEGO

Pela análise da tabela 38 dos coeficientes de regressão, observou-se que as variáveis **Satisfação Profissional**, **Qualidade dos Cuidados**, **PES/PEGO**, **PES/CEGLAE** e **PES/FEQC**, estiveram associadas com a variável dependente **Cultura de Segurança**. Neste estudo estas variáveis estiveram associadas com a **Cultura de Segurança**, nos Cuidados de Saúde Primários.

Os coeficientes das variáveis **Qualidade dos Cuidados**, **Satisfação Profissional**, **PES/CEGLAE**, **PES/FEQC** e **PES/PEGO** indicaram que para cada unidade adicional destas variáveis, esperou-se um aumento significativo da **Cultura de Segurança** nesta amostra nos CSP.

Podemos observar que dos coeficientes β do presente estudo, a variável **Qualidade dos Cuidados** ($\beta=0,433$; $p<0,05$), foi a que contribuiu mais para a **Cultura de Segurança** seguida da **PES/CEGLAE** ($\beta=0,152$; $p<0,05$), **PES/PEGO** ($\beta=0,120$; $p<0,05$), **PES/FEQC** ($\beta=0,115$; $p<0,05$) e **Satisfação Profissional** ($\beta=0,105$; $p<0,05$).

Tabela 38: Modelo de regressão linear múltipla para a variável **Cultura de Segurança**.

<i>Cultura de Segurança</i>	Coefficientes não padronizados	Coefficientes padronizados	95% IC		p
	B	Beta	Limite inferior	Limite superior	
(Constante)	0,113		0,077	0,606	
Satisfação Profissional	0,208	0,105	0,022	0,394	0,029
Segurança dos Clientes	-0,046	-0,068	-0,126	0,035	0,264
<i>Burnout</i>	-0,032	-0,029	-0,116	0,051	0,448
PES/PEGO	0,176	0,120	0,026	0,326	0,022
PES/CEGLAE	0,167	0,152	0,067	0,266	0,001
PES/FEQC	0,162	0,115	0,036	0,289	0,012
PES/ARHM	-0,079	-0,065	-0,176	0,018	0,112
PES/REM	0,060	0,049	-0,039	0,158	0,234

Qualidade dos Cuidados	0,604	0,433	0,422	0,785	<0,001
------------------------	-------	--------------	-------	-------	------------------

3.11.4 O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na perceção dos Enfermeiros sobre a Satisfação Profissional

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor explicativo das variáveis independentes (*Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Clientes, Cultura de Segurança, Burnout, PES/PEGO, PES/FEQC, PES/CEGLAE, PES/ARHM, PES/REM*) em relação à variável dependente *Satisfação Profissional* (tabela 39).

O coeficiente de determinação foi de 43,1%, significa que 43,1% da variação da *Satisfação Profissional* (variável dependente) foi explicada pelas variáveis independentes no modelo de regressão.

Tabela 39: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente *Satisfação Profissional*.

R	R quadrado	R quadrado ajustado
0,657^a	0,431	0,419

a. Variável Dependente: Satisfação Profissional

Os resultados do teste F da ANOVA, na tabela 40, indica-nos que a regressão é estatisticamente significativa.

Tabela 40: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente *Satisfação Profissional*.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	21,896	9	2,433	34,457	0,000^a
Resíduo	28,878	409	0,071		
Total	50,773	418			

a. Preditores: (Constante), Cultura de Segurança, Segurança dos Clientes, *Burnout*, PES/ARHM, PES/REM, PES/CEGLAE, PES/FEQC, PES/PEGO, Qualidade dos Cuidados

Pela análise da tabela 41 dos coeficientes de regressão, observou-se que as variáveis ***Burnout***, ***Cultura de Segurança***, ***PES/PEGO*** e ***PES/ARHM***, estiveram associadas com a variável dependente ***Satisfação Profissional***.

As variáveis ***PES/PEGO***, ***PES/ARHM*** e ***Cultura de Segurança***, influenciaram de forma positiva a ***Satisfação Profissional*** dos enfermeiros nos CSP. Um aumento nestas variáveis traduz-se num aumento da ***Satisfação Profissional***.

A variável ***Burnout*** variou na razão inversa, ou seja, quanto maior a ***Burnout*** nos enfermeiros, menor ***Satisfação Profissional*** destes profissionais dos CSP.

Podemos observar que dos coeficientes β do presente estudo, a variável ***PES/PEGO*** ($\beta=0,298$; $p<0,05$) foi a que contribuiu mais para a ***Satisfação Profissional***, seguida da ***PES/ARHM*** ($\beta=0,156$; $p<0,05$), ***Cultura de Segurança*** ($\beta=0,111$; $p<0,05$).

Tabela 41: Modelo de regressão linear múltipla para a variável ***Satisfação Profissional***.

<i>Satisfação Profissional</i>	Coeficientes não padronizados	Coeficientes padronizados	95% IC		p
	B	Beta	Limite inferior	Limite superior	
(Constante)	0,937		0,698	1,177	
Segurança dos Clientes	0,015	0,043	-0,027	0,057	0,485
<i>Burnout</i>	-0,069	-0,122	-0,116	-0,023	0,003
PES/PEGO	0,222	0,298	0,146	0,297	<0,001
PES/CEGLAE	0,009	0,015	-0,044	0,061	0,748
PES/FEQC	0,046	0,064	-0,020	0,112	0,172
PES/ARHM	0,096	0,156	0,046	0,146	<0,001
PES/REM	0,041	0,066	-0,010	0,092	0,118
Qualidade dos Cuidados	0,084	0,119	-0,015	0,183	0,095
Cultura de Segurança	0,056	0,111	0,006	0,106	0,029

3.11.5 O Ambiente de Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários tem impacte positivo na *Burnout* dos Enfermeiros

Foi feita uma regressão linear múltipla para testar o valor explicativo das variáveis independentes (***Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Clientes, Satisfação Profissional, Cultura de Segurança, PES/PEGO, PES/FEQC, PES/CEGLAE, PES/ARHM, PES/REM***) em relação à variável dependente ***Burnout*** (tabela 42).

O coeficiente de determinação foi de 24,3%, significa que 24,3% da variação da ***Burnout*** (variável dependente) é explicada pelas variáveis independentes no modelo de regressão.

Tabela 42: Resultados do modelo de regressão linear em relação à variável dependente *Burnout*.

R	R quadrado	R quadrado ajustado
0,493^a	0,243	0,236

a. Variável Dependente: *Burnout*

Os resultados do teste F da ANOVA da variável dependente ***Burnout***, na tabela 43, indica-nos que a regressão é estatisticamente significativa.

Tabela 43: Resultados do teste F da ANOVA da variável dependente *Burnout*.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	168,531	9	18,726	36,867	0,000^a
Resíduo	525,201	1034	0,508		
Total	693,732	1043			

a. Preditores: (Constante), PES/REM, PES/ARHM, PES/CEGLAE, PES/FEQC, PES/PEGO, Satisfação Profissional, Segurança dos Clientes, Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança

Pela análise da tabela 44 dos coeficientes de regressão, observou-se que as variáveis **Satisfação Profissional**, **Qualidade dos Cuidados**, **Cultura de Segurança**, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e **PES/ARHM**, estiveram associadas com a variável dependente **Burnout**.

As variáveis **Satisfação Profissional**, **Qualidade dos Cuidados**, **Cultura de Segurança** e **PES/ARHM**, variaram na razão inversa, ou seja, quanto maior a **Satisfação Profissional**, a **Qualidade dos Cuidados**, a **Cultura de Segurança** e a **PES/ARHM**, menor **Burnout** destes profissionais dos CSP. No que respeita às variáveis **PES/PEGO** e **PES/FEQC** influenciaram de forma positiva a **Burnout** dos enfermeiros nos CSP. Um aumento nestas variáveis traduz-se num aumento da **Burnout**.

Podemos observar que a variável **Satisfação Profissional** foi a que contribuiu mais para a **Burnout** em sentido inverso ($\beta=-0,319$; $p<0,05$) seguido da **Qualidade dos Cuidados** ($\beta=-0,208$; $p<0,05$), **Cultura de Segurança** ($\beta=-0,159$; $p<0,05$), e **PES/ARHM** ($\beta=-0,081$; $p<0,05$). As variáveis **PES/PEGO** ($\beta=0,102$; $p<0,05$) e **PES/FEQC** ($\beta=0,072$; $p<0,05$) contribuíram positivamente para a **Burnout**.

Tabela 44: Modelo de regressão linear múltipla para a variável **Burnout**.

<i>Burnout</i>	Coefficientes não padronizados	Coefficientes padronizados	95% IC		p
	B	Beta	Limite inferior	Limite superior	
(Constante)	3,917		3,588	4,246	
Satisfação Profissional	-0,542	-0,319	-0,681	-0,404	<0,001
Segurança dos Clientes	0,054	0,062	-0,004	0,113	0,069
Qualidade dos Cuidados	-0,395	-0,208	-0,536	-0,254	<0,001
Cultura de Segurança	-0,185	-0,159	-0,275	0,095	<0,001
PES/PEGO	0,167	0,102	0,032	0,303	0,015
PES/CEGLAE	-0,021	-0,016	-0,114	0,071	0,648
PES/FEQC	0,126	0,072	0,007	0,245	0,037
PES/ARHM	-0,111	-0,081	-0,200	-0,023	0,013
PES/REM	0,036	0,024	-0,059	0,130	0,458

Assim, verificamos, no quadro 9, que as variáveis independentes do APE:

- a) **PES/PEGO** teve impacto positivo nas variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Clientes, Cultura de Segurança, Satisfação Profissional e Burnout**;
- b) **PES/FEQC** teve impacto positivo nas variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança e Burnout**;
- c) **PES/CEGLAE** teve impacto positivo nas variáveis dependentes, **Segurança dos Clientes e Cultura de Segurança**;
- d) **PES/ARHM** teve impacto positivo nas variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados, Satisfação Profissional e Burnout**;
- e) **PES/REM** teve impacto positivo na variável dependente **Segurança dos Clientes**.

Quadro 9: Síntese das variáveis independentes significativas.

Variáveis independentes significativas	Variáveis dependentes				
	Qualidade dos Cuidados	Segurança dos Clientes	Cultura de Segurança	Satisfação Profissional	Burnout
PES/PEGO	↑	↑	↑	↑	↑
PES/FEQC	↑	—	↑	—	↑
PES/CEGLAE	—	↑	↑	—	—
PES/ARHM	↑	—	—	↑	↓
PES/REM	—	↑	—	—	—

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A questão de investigação deste estudo foi: Qual a relação e o impacte do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal? com os seguintes objetivos:

- Geral: Avaliar a relação e o impacte do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.
- Específicos:
 - Validar as propriedades psicométricas da escala PES-NWI, nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal;
 - Avaliar a validade de construto da escala PES-NWI nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal;
 - Analisar o ambiente de prática de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal;
 - Identificar a relação entre o ambiente de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados, a segurança dos clientes, a cultura de segurança, a satisfação profissional, a intenção de saída, e a *burnout* dos enfermeiros;
 - Identificar a perceção dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída e *burnout*;
 - Avaliar o impacte do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados, na segurança dos clientes, na cultura de segurança, na satisfação profissional, na intenção de saída, e na *burnout*.

Organizámos este capítulo, destacando a análise e discussão de acordo com os objetivos do estudo.

Utilizou-se os dados recolhidos pelo estudo RN4Cast Portugal – 2018, no que respeita às respostas dos enfermeiros dos CSP. Foi o primeiro estudo no país com uma grande amostra de enfermeiros oriundos de todos os ACES do continente e dos Centros de Saúde das regiões autónomas da Madeira e Açores. Foi também o primeiro estudo de validação da escala PES-NWI nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal e o segundo a nível internacional, por Lucas et al. (2021), sendo o de De Pedro-Gómez et al. (2011b) em Espanha, o primeiro na evidência científica. A PES-NWI é um dos instrumentos mais utilizados para medir comportamentos organizacionais modificáveis, incluindo apoio administrativo à enfermagem, participação de enfermeiros na governação das organizações, relação enfermeiro-médico, promoção da qualidade dos cuidados (Aiken et al., 2012) e a segurança dos clientes (Leone et al., 2015).

Obtivemos uma amostra de 1059 enfermeiros, com 85,8% de género feminino e 14,2% de género masculino. Estes valores estão de acordo com os valores totais da profissão em Portugal, a 31 de dezembro de 2017, que eram de 87,4% de género feminino e 12,6% de género masculino (OE, 2017) e idênticos ao anterior estudo RN4Cast em Portugal de Jesus et al. (2015), em contexto hospitalar, que apresentou 80,2% de género feminino e 19,8% de género masculino. Estes valores são também idênticos aos estudos de Ferreira & Amendoeira (2014) com 84,7% e De Pedro-Gómez et al. (2011b) com 86,2%, de respostas do género feminino. A nossa amostra apresenta 54,7% de enfermeiros especialistas, o que nos indica um elevado valor destes profissionais, e que é substancialmente diferente do anterior estudo RN4Cast que obteve 19,3% de enfermeiros que possuíam uma especialidade (Jesus et al., 2015; Roque, 2016). Os enfermeiros especialistas em Portugal, a 31 de dezembro de 2017, eram 23,6% do total de enfermeiros (OE, 2017). Pode indicar-nos uma tendência crescente nos CSP, onde a especialização clínica é uma valorização profissional importante, neste nível de cuidados. No estudo de You et al. (2013) verificou-se que maior formação dos enfermeiros está associada a menor mortalidade dos clientes e a uma percepção positiva dos clientes sobre as organizações de saúde e dos cuidados prestados. Também no estudo de Kirwan et al. (2013) na Irlanda, quanto maior for a formação dos enfermeiros, melhor APE e melhor segurança dos cuidados. Consideramos fundamental maior formação dos enfermeiros dos CSP como fator diferenciador e qualificante que vai influenciar a

qualidade e a segurança dos cuidados, tal como defende o estudo Europeu em Aiken et al. (2012).

Os valores totais de enfermeiros especialistas no país são crescentes desde 2004 com 14,7% (6734), em 2017 com 23,6% (16972) e em 2021 com 28,1% (22548) (OE, 2017).

A média de idades no presente estudo foi de 43,5 anos (7,9 anos), como em De Pedro-Gómez et al. (2011b) mas em desacordo com os 34,7 anos em Jesus et al. (2015) e os 34 anos em Ferreira & Amendoeira (2014). Esta diferença pode ser um dos fatores explicativos para a existência de um elevado número de enfermeiros especialistas devido a maior empenho no desenvolvimento profissional e ao longo da vida.

A nossa amostra apresentou um tempo médio de profissão de 20,5 anos (7,8 anos), tal como em De Pedro-Gómez et al. (2011b) ($\bar{x}=21$, DP=11) mas em desacordo com os 11,6 anos de Jesus et al. (2015). Trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 14,5 anos (10,0 anos) e na Unidade onde prestavam cuidados, há 9,6 anos (7,6 anos). Em Jesus et al. (2015) trabalhavam na organização onde responderam ao questionário, há 9,8 anos. Os CSP são o único emprego para 83,2% dos enfermeiros e o anterior estudo RN4Cast, com 74,7%. Os CSP têm maior percentagem, o que pode ser devido a maior dificuldade em conciliar horários, do que no hospital, ou por opção consciente de único trabalho. Pode permitir um maior comprometimento organizacional e implicações na satisfação profissional e diminuição da intenção de saída. Quanto à escolha da Enfermagem como carreira, 57,3% estão satisfeitos e muito satisfeitos, que é idêntico ao anterior estudo RN4Cast, com 59,7%. O valor restante de 42,7% é muito substancial para uma profissão que não é fácil pelas exigências inerentes à prática de cuidados e que pode ter implicação na *burnout*, na satisfação profissional e qualidade dos cuidados e também na intenção de saída dos profissionais da organização. A maioria da nossa amostra trabalha na região de Lisboa e Vale do Tejo, com 31,4%, seguido da região Norte com 22,7%, nas Unidades de Saúde Familiares com 33,3%. Este valor de enfermeiros nas Unidades de Saúde Familiares está de acordo com a prioridade do investimento que a tutela tem feito desde a criação dos ACES nestas unidades funcionais, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.

Dos resultados do presente estudo, podemos então afirmar que os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que existe, nos CSP em Portugal, um APE desfavorável e misto, associado a uma perceção de boa qualidade dos cuidados, com segurança dos clientes aceitável, com cultura de segurança aceitável, com uma baixa satisfação profissional, com uma intenção de saída moderada e com *burnout* reduzido.

Validar as propriedades psicométricas e avaliar a validade da escala PES-NWI nos CSP em Portugal:

No que respeita à validação das propriedades psicométricas da escala PES-NWI em CSP em Portugal, os resultados forneceram evidência empírica indicando um bom desempenho psicométrico (Lucas et al., 2021). O modelo, com cinco componentes, está conceptualmente consistente e de acordo com o sugerido por Lake (2002) e obteve suporte numa perspetiva exploratória e confirmatória. No entanto, os itens de cada componente são diferentes quando comparados com estudos de outros países, o que se pode explicar pelas diferenças: culturais; de sistemas de saúde; dos contextos organizacionais; ou na profissão de enfermagem; que podem influenciar as respostas dos enfermeiros.

Um estudo sobre os APE nos CSP na Califórnia e Nevada, onde utilizaram outra escala de avaliação dos APE, deixam como recomendação que a PES-NWI seja adaptada para os CSP para que se possa implementar estratégias específicas para melhorar a enfermagem e os resultados nos clientes em CSP (Kim et al., 2020).

Estudos em CSP demonstraram semelhanças na composição dos componentes como os de De Pedro-Gómez et al. (2011b), Gea-Caballero et al. (2018), Parro-Moreno et al. (2013), Parro-Moreno et al. (2015) e Rabie et al. (2016).

Os itens excluídos pela análise fatorial - 13, 14 e 22 - pertencem às dimensões “*Nursing Foundations for the Quality of Care*” e “*Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses*” da versão original de Lake (2002) e da versão portuguesa de Amaral et al. (2012). Este estudo obteve assim, uma versão mais curta da escala PES-NWI, que é defendida por Lake (2007).

Os resultados finais deste estudo sobre a escala PES-NWI em CSP correspondem exatamente a 2 dimensões da versão original de Lake (2002), da versão portuguesa

de Amaral et al. (2012) bem como do estudo de De Pedro-Gómez et al. (2011b), que são “*Staffing and Resource Adequacy*” e “*Collegial Nurse–Physician Relations*” que no modelo do presente estudo denominam-se **Adequação de Recursos Humanos e Materiais e Relação Enfermeiro-Médico**, respetivamente. As outras 3 dimensões são muito idênticas às do estudo de De Pedro-Gómez et al. (2011b), com diferenças pontuais, nos itens 4 e 7 da dimensão **Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização**, nos itens 4, 14, 22 (ambos excluídos neste estudo) e 25 da dimensão **Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados**, e nos itens 7 e 13 (excluído neste estudo) da dimensão **Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros**.

No estudo de Nascimento et al. (2020) foram excluídos os itens 14, 18, 19, 25 e 26 da dimensão “*Nursing Foundations for the Quality of Care*”. No estudo de Almeida et al. (2020), foram excluídos os itens 14, 15, 18 e 19 das dimensões “*Nurse participation in hospital affairs*” e “*Nursing Foundations for the Quality of Care*”. Apenas a exclusão do item 14 coincide com os resultados deste estudo.

A AFC demonstrou que o modelo de cinco dimensões é o mais estável e que enquadra muito bem esta grande amostra de dados em CSP em Portugal, sendo esta estrutura similar à apresentada por Lake (2002) e por De Pedro-Gómez et al. (2011b).

Todos os coeficientes foram significativos. Os coeficientes dos índices de adequação do modelo foram satisfatórios e apoiam a estrutura fatorial de cinco dimensões nos CSP em Portugal.

A análise da invariância do modelo de cinco dimensões confirmou a sua estabilidade. O elevado valor de consistência interna observado no modelo de cinco dimensões deste estudo ($\alpha=0,91$), é maior do que os obtidos pelo original de Lake (2002) ($\alpha=0,82$) e por Amaral et al. (2012) ($\alpha=0,89$) e igual ao de De Pedro-Gómez et al. (2011b) ($\alpha=0,91$).

Verificou-se evidência de confiabilidade e validade aceitáveis com consistência interna adequadas na escala total com 0,91 e nas dimensões do modelo entre 0,74 e 0,87. Os resultados deste estudo estão de acordo com outros resultados sobre propriedades psicométricas da escala PES-NWI em diferentes contextos, como os de Almeida et al. (2020), Alzate et al. (2014), Amaral et al. (2012), Anzai, Douglas &

Bonner (2014), Brzyski et al. (2016), Chiang & Lin (2009), Cho et al. (2011), Ferreira & Amendoeira (2014), Fuentelsaz-Gallego et al. (2013), Gasparino & Guirardello (2017), Lake (2002), Liou & Cheng (2009), Mainz et al. (2015), Middleton, Griffiths, Fernandez & Smith (2008), Nascimento et al. (2020), Ogata, Sasaki, Yumoto, Yonekura, Nagano & Kanda (2018), Parker et al. (2010), Patrician, Shang & Lake (2010) e Swiger et al. (2017b).

Quando comparamos os itens com maior peso fatorial em cada uma das variáveis latentes, com o estudo de validação em CSP de De Pedro-Gómez et al. (2011b) verificamos algumas diferenças:

1. Na componente **PES/PEGO - Participação dos Enfermeiros na Governança da Organização**, são os itens “Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira” (Item 5), “Existe oportunidade de os enfermeiros participarem nas decisões de política interna” (Item 6) e “São proporcionadas oportunidades de promoção” (Item 17). No estudo de De Pedro-Gómez et al. (2011b) foi o mesmo item “Existe oportunidade de os enfermeiros participarem nas decisões de política interna”;
2. Na componente **PES/FEQC - Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados**, é o item “Utilizam-se diagnósticos de enfermagem” (Item 31);
3. Na componente **PES/CEGLAE - Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros**, é o item “Tenho um enfermeiro gestor/coordenador que é bom gestor e líder” (Item 10);
4. Na componente **PES/ARHM - Adequação de Recursos Humanos e Materiais**, são os itens “Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes/clientes” (Item 9) e “Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas” (Item 12). No estudo de De Pedro-Gómez et al. (2011b) foi o mesmo item “Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes/clientes”;
5. Na componente **PES/REM - Relação Enfermeiro Médico**, é o item “Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos” (Item 16).

Quando Gea-Caballero et al. (2019) pretenderam dar resposta a uma das sugestões de Lake (2007) criaram uma versão curta da escala PES-NWI para os CSP, tendo identificado 10 elementos do APE considerados essenciais para a prática de enfermagem nos CSP. Estes autores propuseram um instrumento com três dimensões que foram selecionadas pelo seu papel central na análise dos APE e que incluem elementos de todas as dimensões da escala PES-NWI (Gea-Caballero et al., 2019). A primeira dimensão, *Participação na Gestão e Liderança*, inclui itens relacionados com a liderança e gestão de serviços de saúde. A segunda dimensão, *Foco nos Cuidados de Enfermagem e Relações Interdisciplinares* diz respeito aos fundamentos da enfermagem pela qualidade dos cuidados e relacionamento com outros profissionais. A terceira e última dimensão, *Recursos Adequados*, está relacionada com a disponibilidade de recursos humanos. Na perspetiva de Gea-Caballero et al. (2019) esta versão curta da escala PES-NWI demonstrou ter poder preditivo aceitável em comparação com o questionário total.

A aplicação da versão curta da escala PES-NWI para os CSP em Espanha demonstrou ter resultados consistentes com a PES-NWI (Gea-Caballero et al., 2021), resultados esses que foram considerados fiáveis e válidos por Martínez-Riera et al. (2020) tornando-se assim um instrumento de avaliação do APE nos CSP fácil de aplicar e que permite identificar os seus pontos fortes e fracos.

No entanto, esta versão curta para a avaliação do APE em CSP carece de profundidade quando se pretende uma análise exaustiva ao APE neste contexto ou noutro. Os autores referem que esta pequena ferramenta simplificará a recolha de dados, mas não replica a estrutura original de 5 dimensões e, portanto, não tem capacidade para explicar a informação que estas dimensões permitem obter, na sua totalidade (Martínez-Riera et al. 2020). Esta versão denominada TOP10, produz informação equivalente para as dimensões um, dois e quatro, mas apresenta menos informação para as dimensões três e cinco, principalmente no que se refere à dimensão **PES/REM**, que já era uma dimensão curta (Martínez-Riera et al. 2020).

Discordamos da perspetiva de Gea-Caballero et al. (2021) que secundou Martínez-Riera et al. (2020) na defesa e no estudo conjunto que ambos desenvolveram, com outros, da TOP10. Podemos obter uma escala mais curta, mas discordamos da perspetiva redutora e potencialmente desvirtuadora, que estes autores defendem,

da necessária conceptualização do APE que a PES-NWI permite e das suas enormes vantagens para a organização dos cuidados de enfermagem.

A nossa proposta de 28 itens é a mais correta, não apenas por responder à sugestão de Lake (2007) mas, principalmente, por manter a conceptualização do APE nas suas várias dimensões.

A escala PES-NWI em CSP apresentou boas propriedades psicométricas em Portugal e o mesmo em Espanha.

Quando analisamos os itens que obtiveram maior valor médio em cada um dos fatores latentes, assinalamos que os enfermeiros consideram os seguintes itens mais importantes para cada dimensão:

1. **PES/PEGO** - “Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões do ACES e de enfermagem” e “Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros”;
2. **PES/FEQC** - “Utilizam-se diagnósticos de enfermagem e Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico”;
3. **PES/CEGLAE** - “O enfermeiro gestor/coordenador apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico” e “Tenho um enfermeiro gestor/coordenador que é bom gestor e líder”;
4. **PES/ARHM** - “Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus utentes/clientes” e “Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados aos utentes/clientes com outros enfermeiros”;
5. **PES/REM** - “Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho” e “Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos”.

Verificamos que na dimensão **PES/PEGO** os valores médios mais elevados e mais baixos, 2,6 e 1,8 respetivamente, foram coincidentes com o estudo de Jesus et al. (2015) com “Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões do ACES e de enfermagem”, e “São proporcionadas oportunidades de promoção”.

Na dimensão **PES/FEQC** apenas o valor médio mais elevado de Jesus et al. (2015) foi coincidente com o nosso “Utilizam-se diagnósticos de enfermagem” com 3,2.

Na dimensão **PES/CEGLAE** o valor médio mais elevado de Jesus et al. (2015) foi também coincidente com o nosso “*O enfermeiro gestor/coordenador apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico*” com 2,7.

Na dimensão **PES/ARHM** os valores médios mais elevado (2,6) e mais baixo (2,1) foram coincidentes com o estudo de Jesus et al. (2015) com “*Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus utentes/clientes*” e “*Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos utentes/clientes*”.

Na dimensão **PES/REM** os valores médios mais elevado e mais baixo foi coincidente com o estudo de Jesus et al. (2015) com “*Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho*” e “*Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos*” com 3,0 e 2,6 respetivamente.

Analisar o APE nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal:

Quando analisámos o APE nos CSP, verificámos que os enfermeiros deste estudo avaliaram-no de desfavorável ($\bar{x}=2,5$, DP=0,4) e misto (PES/FEQC: $\bar{x}=2,9$, DP=0,5 e PES/REM: $\bar{x}=2,8$, DP=0,6), associado a uma perceção de boa qualidade dos cuidados ($\bar{x}=2,9$, DP=0,5), com segurança dos clientes aceitável ($\bar{x}=3,2$, DP=0,9), com cultura de segurança aceitável ($\bar{x}=3,2$, DP=0,6), com uma baixa satisfação profissional ($\bar{x}=2,0$, DP=0,4), com uma intenção de saída moderada (40,3%) e com *burnout* reduzido ($\bar{x}=1,6$, DP=0,8. Exaustão Emocional: moderada ($\bar{x}=2,8$, DP=1,4); Despersonalização: reduzida ($\bar{x}=0,9$, DP=1,0); Perda de Realização Profissional: reduzida ($\bar{x}=1,2$, DP=0,8)).

A classificação de APE desfavorável, seguiu a proposta de Lake (2002) e Zangaro & Jones (2019). Se aplicarmos a classificação de Lake & Friese (2006) verificamos que o APE em CSP em Portugal, é do tipo misto, visto termos 2 dimensões com valores médios superiores a 2,5 que são as dimensões **PES/FEQC** e **PES/REM**.

O estudo de Jesus et al. (2015) obteve uma classificação de um APE desfavorável, que vai de encontro aos resultados deste estudo, tal como em You et al. (2013). No que respeita à classificação de misto, deste estudo e no de Jesus et al. (2015) em

Portugal, o APE é misto, tal como no estudo de Rabie et al. (2016), na África do Sul, e em Espanha de Parro-Moreno et al. (2013). Os outros estudos nos CSP de Espanha, de Gea-Caballero et al. (2018) e de Parro-Moreno et al. (2013) apresentaram APE favoráveis, tal como no estudo em Shangai, China, de Wang et al. (2015a) e no de Jarrín et al. (2014) na Califórnia, EUA. No estudo de Nantsupawat et al. (2017) os hospitais tailandeses onde existe um APE favorável são os hospitais universitários que são objeto de acreditação para a Qualidade. Os restantes hospitais onde não acontece a acreditação, os APE são desfavoráveis (Nantsupawat et al., 2017). Também os enfermeiros dos hospitais da África do Sul avaliaram o seu APE como desfavorável no estudo de Coetzee et al. (2013).

Os resultados deste estudo demonstram que melhor **APE**, maior **Qualidade dos Cuidados**, maior **Segurança dos Clientes**, maior **Cultura de Segurança**, maior **Satisfação Profissional** e menor **Burnout**. Estes resultados são coincidentes com os de Nantsupawat et al. (2017).

Quando analisamos a avaliação de cada dimensão nos estudos em CSP e do RN4Cast Portugal, verificamos que este estudo, o de Gea-Caballero et al. (2018), de Jarrín et al. (2014), de Jesus et al. (2015), de Parro-Moreno et al. (2013), de Poghosyan et al. (2016), de Rabie et al. (2016) e de Wang et al. (2015a) obtiveram favorável nas dimensões **PES/FEQC** e **PES/REM** com valores médios de 2,9 e 2,8 respetivamente.

A **PES/FEQC** obteve a mais alta classificação neste estudo, tal como em Klopper et al. (2012) com o mesmo instrumento, na África do Sul.

Na dimensão **PES/CEGLAE** obtivemos a classificação de desfavorável com valor médio de 2,4, na sequência do que Jesus et al. (2015) obteve, com valor médio de 2,43. Esta classificação está condicionada pelo apoio aos enfermeiros, com a existência de um orientador para os enfermeiros recém-chegados à Unidade e pela opinião pouca expressiva sobre se o enfermeiro gestor é bom gestor e líder. Os restantes estudos em CSP (Ayamolowo et al., 2013; Gea-Caballero et al., 2018; Jarrín et al., 2014; Parro-Moreno et al., 2013; Poghosyan et al., 2016; Rabie et al., 2016; Wang et al., 2015a) obtiveram classificação de favorável nesta dimensão, bem como em Nantsupawat et al. (2017).

Em relação à dimensão **PES/PEGO**, verificamos que este estudo, o de Amaral & Ferreira (2013), o de Jesus et al. (2015), Klopper et al. (2012), Parro-Moreno et al. (2013) e Rabie et al. (2016) obtiveram uma classificação desfavorável ao contrário dos estudos de Gea-Caballero et al. (2018), Jarrín et al. (2014) e Wang et al. (2015a) que obtiveram classificação de favorável.

Na dimensão **PES/ARHM**, vários estudos, este, o de Amaral & Ferreira (2013), de Bruyneel et al. (2009), Gea-Caballero et al. (2018), Jesus et al. (2015), Klopper et al. (2012), Parro-Moreno et al. (2013) e Rabie et al. (2016) obtiveram uma classificação desfavorável com exceção de Jarrín et al. (2014) e Wang et al. (2015a) que obtiveram classificação de favorável. Realçamos o estudo de Parro-Moreno et al. (2013) que indicou a proporção de enfermeiros em cuidados gerais por 1000 habitantes em Espanha ser consideravelmente inferior à média dos países da OCDE (em 2009, 4,9 em Espanha contra 8,4 em toda a OCDE). Nos dados que apresentámos atrás da OECD (2021) e relativos a 2019, indicam que Portugal tem 1,3 enfermeiros/médico tal como Espanha que é metade da proporção dos 38 países da OCDE com 2,6 e muito longe da Finlândia (4,4), Irlanda (3,9), França (3,3) e Reino Unido (2,8) (OECD, 2021). Quanto ao número de enfermeiros/1000 habitantes, em 2019, Portugal tinha 7,1, distante do valor dos 38 países da OCDE (8,8) e muito distante da Suíça (18,0), Noruega (17,9), Finlândia (14,3), Irlanda (12,9), França (11,1), Reino Unido (8,2) e acima da Lituânia (4,4) (OECD, 2021). De referir que na Noruega, o aumento substancial de enfermeiros, foi conseguido devido a uma série de medidas para atrair mais estudantes no ensino de enfermagem e reter mais enfermeiros na profissão, melhorando as suas condições de trabalho (OECD, 2021). Verifica-se uma larga distância entre Portugal e os países europeus mais desenvolvidos.

A classificação de desfavorável nesta dimensão **PES/ARHM**, é preocupante na medida em que, como refere Olds et al. (2017), ela refere-se à perceção dos enfermeiros sobre a quantidade de recursos humanos suficientes para prestar cuidados, discutir os problemas dos clientes com os outros profissionais, existência de serviços de apoio adequados e de enfermeiros suficientes para prestarem cuidados de qualidade.

De acordo com as perceções dos enfermeiros que participaram neste estudo, a **PES/ARHM**, a **PES/PEGO** e a **PES/CEGLAE** são as dimensões menos favoráveis

e a **PES/REM** e a **PES/FEQC** são as variáveis mais favoráveis do APE em CSP. Considerando as dimensões PEGO e FEQC, de acordo com Lake (2002), representativas do ambiente de toda a organização, e as restantes três (CEGLAE, ARHM e REM) as mais específicas para o ambiente individual dos serviços, a intervenção promotora de APE mais favoráveis, vai ter consequências ao nível das Unidades Funcionais, mas também na organização ACES como um todo.

Identificar a relação entre o APE e a qualidade dos cuidados, a segurança dos clientes, a cultura de segurança, a satisfação profissional, a intenção de saída, e a *burnout* dos enfermeiros:

No que respeita à relação entre as dimensões do **APE**, as maiores ocorreram entre **PES/PEGO** e **PES/CEGLAE**, seguido de **PES/PEGO** e **PES/FEQC**, tal como em Klopper et al. (2012), e **PES/FEQC** e **PES/REM**. No estudo de De Pedro-Gomez et al. (2011b) a maior relação ocorreu entre a **PES/PEGO** e **PES/FEQC**.

A relação do **APE** é maior com a **Cultura de Segurança**, seguida da **Qualidade dos Cuidados** e **Satisfação Profissional**. Também no estudo de Ayamolowo et al. (2013) e Klopper et al. (2012), o **APE** está relacionado com a **Satisfação Profissional** e no estudo de Abraham, Zheng, Norful, Ghaffari, Liu & Poghosyan (2021) o **APE** favorável está associado a elevada **Qualidade dos Cuidados**. No estudo de Kirwan et al. (2013) o **APE** favorável está associado a elevada **Cultura de Segurança**. O estudo de Yasin et al. (2020) refere associação entre o apoio da gestão e a satisfação profissional.

Neste estudo, o **APE** está negativamente relacionado com **Burnout** e com as dimensões **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional**. Estes dados estão idênticos aos resultados de Wang et al. (2015b) e Coetzee et al. (2013) onde a relação entre as dimensões do **APE** com as dimensões da **Burnout** foi sempre negativa e mais forte com a **Burnout - Exaustão Emocional** tal como neste estudo. No estudo de Abraham et al. (2021), concluem que APE favoráveis têm o potencial de reduzir a **Burnout** nos enfermeiros dos CSP.

Sendo o APE uma das variáveis com maior influência na qualidade dos cuidados de enfermagem, na cultura de segurança e na satisfação profissional dos enfermeiros, o facto de os CSP em Portugal apresentarem classificação de desfavorável e misto,

são aspetos a considerar para uma melhoria contínua dos APE neste nível de cuidados, com informação relevante para os enfermeiros gestores e direções executivas dos ACES e para os decisores de políticas de saúde. É importante que se melhorem os APE por forma a dotar estas organizações de saúde, de condições que promovam APE favoráveis, com clientes e profissionais satisfeitos que sintam e verifiquem nas suas práticas, melhor qualidade dos cuidados de enfermagem com resultados nos clientes e profissionais.

A perceção dos enfermeiros é que se encontram satisfeitos com a prestação de cuidados com enfoque na qualidade dos mesmos e com as relações multidisciplinares. Consideraram desfavorável as dimensões relacionadas com o apoio e o desempenho da gestão e do exercício de liderança e a participação na governação da organização. A adequação dos recursos é também desfavorável que nos transmite uma preocupante realidade de dotações com grandes impactes nos resultados dos clientes e dos enfermeiros.

A **Intenção de Saída** não apresentou qualquer relação, estatisticamente significativa, com as restantes variáveis em estudo.

Identificar a perceção dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída e *burnout* e avaliar o impacte do APE na qualidade dos cuidados, na segurança dos clientes, na cultura de segurança, na satisfação profissional, na intenção de saída, e na *burnout*.

À medida que discutimos cada uma das variáveis faremos também a avaliação do impacte do APE sobre cada uma delas.

No que respeita à **Qualidade dos Cuidados**, 19,2% dos enfermeiros relataram a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem como pobre ou razoável, idêntico ao estudo de Coetzee et al. (2013), Aiken et al. (2002a) e Aiken et al. (2012) (na Inglaterra, Finlândia, Noruega e EUA) e abaixo dos 29,0% do estudo de You et al. (2013) e dos 32,0-35,0% na Alemanha, Holanda e Espanha em Aiken et al. (2012). Este resultado está de acordo com o anterior estudo RN4Cast de Roque (2016) bem como o valor de 63,6% de resposta bom. Os enfermeiros que

descreveram a qualidade de cuidados como sendo excelente foram 17,2%, superior aos 13,6% dos enfermeiros em contexto hospitalar em Roque (2016).

Na resposta sobre não estarem confiantes que os seus clientes possam cuidar de si próprios após a alta foram 15,8%, valor muito abaixo de todos enfermeiros dos 12 países europeus e EUA que tiveram respostas entre os 28,0% e 74,0% no estudo de Aiken et al. (2012), Aiken et al. (2002a) (com respostas entre 31,7% e 73,2% na Escócia, Inglaterra, estados de Columbia e Pennsylvania) e em Coetzee et al. (2013) com 32,7%. Obtivemos neste item cerca de 84,1% dos enfermeiros que estão confiantes, valor superior aos 71,4% do estudo de Roque (2016).

Cerca de metade dos enfermeiros, 49,5%, não estão confiantes de que a direção da organização irá resolver problemas relacionados com os cuidados aos clientes, tal como no estudo de Roque (2016), valor superior aos 44,9% em Coetzee et al. (2013) e dos 45,7% de You et al. (2013) e mais baixo do que os enfermeiros dos 12 países europeus e EUA que tiveram respostas entre 57,0% e 87,0% em Aiken et al. (2012).

Sobre a qualidade dos cuidados prestados pela unidade no último ano 19,9% dos enfermeiros consideram que piorou. Quando associados à região de saúde, verificamos que são os enfermeiros da região Alentejo os que apresentam maiores valores nesta dimensão de qualidade dos cuidados e os da região Algarve, com o menor valor nesta dimensão.

Verificamos que a **Qualidade dos Cuidados** tem maior associação com a **Segurança dos Clientes**, **Cultura de Segurança**, **APE** e a **Satisfação Profissional** e em sentido contrário, com a **Burnout** e dimensões **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional** tal como no estudo de Klopper et al. (2012).

O modelo de regressão utilizado indicou que a **Segurança dos Clientes** é a variável que mais contribui para a **Qualidade dos Cuidados**, seguida da **Cultura de Segurança**, **PES/FEQC**, **PES/PEGO** e **PES/ARHM**. Quando a **Qualidade dos Cuidados** aumenta, a **Cultura de Segurança**, a **Segurança dos Clientes**, a **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e **PES/ARHM** aumentam também. Estas variáveis são explicativas para a **Qualidade dos Cuidados**, na perceção dos enfermeiros dos CSP que participaram neste estudo.

Os enfermeiros dos CSP em Portugal que participaram neste estudo consideram existir uma boa qualidade dos cuidados ($\bar{x}=2,9$, $DP=0,5$), o que está concordante no geral com os resultados do estudo de Coetzee et al. (2013) nos hospitais na África do Sul. Os enfermeiros dos CSP da Nigéria consideram ter uma qualidade média nos seus serviços (Ayamolowo et al., 2013). Países subdesenvolvidos podem ter menores índices de qualidade devido a menor capacidade de investimento neste nível de cuidados do Sistema de Saúde.

Verificamos que os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que existe, nos CSP em Portugal, uma boa qualidade dos cuidados, que se deve em parte, ao grande esforço que estes profissionais fazem. No que respeita ao anterior estudo RN4Cast, em Jesus et al. (2015) verificamos que a perceção da qualidade dos cuidados é maior nos CSP do que a referida pelos enfermeiros em contexto hospitalar.

No que diz respeito à **Segurança dos Clientes**, 80,0% dos enfermeiros, classificaram de positiva a segurança dos clientes na sua unidade, no entanto, nenhum enfermeiro classificou os cuidados prestados na sua unidade de excelente, o que manifesta coerência com os resultados nas restantes variáveis. Quanto à classificação de pobre e com falhas responderam 16,9% dos enfermeiros, valor idêntico à Suécia e abaixo da Grécia e Polónia e o dobro da classificação dos enfermeiros da Bélgica, Inglaterra, Finlândia, Alemanha, Irlanda, Holanda, Noruega, Espanha, Suíça e EUA, que tiveram um em cada cinco enfermeiros (Aiken et al., 2012).

A **Segurança dos Clientes** tem maior associação com a **Qualidade dos Cuidados**, seguida da **Cultura de Segurança** e do **APE** e em sentido contrário com a **Burnout** e dimensões **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional**, tal como no estudo de Klopper et al. (2012).

O modelo de regressão utilizado indicou que a variável **Qualidade dos Cuidados** é a que contribui mais para a **Segurança dos Clientes**, seguida de **PES/CEGLAE**, **PES/PEGO** e **PES/REM**. Quando a **Segurança dos Clientes** aumenta, a **Qualidade dos Cuidados**, **PES/PEGO**, **PES/CEGLAE** e **PES/REM** também aumentam. Neste estudo, estas variáveis são explicativas para a **Segurança dos Clientes**, na perceção dos enfermeiros dos CSP que participaram neste estudo.

Os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que a segurança dos clientes é aceitável ($\bar{x}=3,2$, $DP=0,9$), melhor do que nos hospitais da Grécia, Polónia e Suécia, em Aiken et al. (2012) com os enfermeiros a classificarem a segurança dos clientes como pobre bem como nos hospitais da África do Sul, no estudo de Coetzee et al. (2013). Ambos estes estudos decorrem do estudo RN4Cast internacional. Comparando com o estudo de Kirwan et al. (2013) os enfermeiros da Irlanda consideram a segurança dos clientes muito boa ou excelente. Estes autores referem que a segurança dos clientes aumenta quando há maior número de enfermeiros, com APE favorável e maior nível de formação destes profissionais (Kirwan et al., 2013), também no seguimento do que afirmam os estudos de Aiken et al. (2003), Aiken et al. (2008), Aiken et al. (2012), Bruyneel et al. (2009), Estabrooks et al. (2005), Kirwan et al. (2013), Titlestad et al. (2018) e You et al. (2013). No que respeita ao anterior estudo RN4Cast em Portugal em contexto hospitalar, verificámos que a perceção sobre a Segurança dos Clientes foi aceitável (Roque, 2016) tal como ocorreu neste estudo em CSP.

No que diz respeito à **Cultura de Segurança** verificamos que 38,2% dos enfermeiros relataram que sentem que os seus erros são utilizados contra os próprios e que existem aspetos negligenciados aquando da transferência dos clientes (37,6%). Nos EUA em contexto hospitalar, no estudo de Olds et al. (2017) as respostas no que respeita aos erros, foram de 33,8% e mais elevado em relação aos aspetos negligenciados aquando da transferência dos clientes com 44,5%. Outro estudo nos EUA em contexto hospitalar, referiu 41% no que respeita aos erros e 36% em relação aos aspetos negligenciados aquando da transferência dos clientes (Carthon et al. 2019). Podemos verificar no primeiro estudo maior variabilidade do que no segundo, em relação a estes resultados, em CSP. Sobre se têm liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores foram de 35,7%, valor inferior aos 44,5% do estudo de Olds et al. (2017) e dos 38% de Carthon et al. (2019). Quando questionados sobre se discutem formas de impedir que os erros se repitam, 16,5% dos enfermeiros que responderam a este estudo concordam, e 30,3% receberam *feedback* sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos e sobre as intervenções da gestão da organização demonstrarem que a segurança dos doentes ser uma prioridade máxima. Em Olds et al. (2017) tiveram 77,1% e 57,5% respetivamente e em Carthon et al. (2019) tiveram 87% e 73% respetivamente

Os enfermeiros que participaram neste estudo, sentem que a organização é pouco dinâmica e interventiva em estratégias de promoção da segurança dos clientes.

Neste estudo verificou-se que a **Cultura de Segurança** tem maior associação com o **APE**, com a **Qualidade dos Cuidados** e com a **Segurança dos Clientes** e em sentido contrário com a **Burnout** e dimensões **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional**, tendo o mesmo se verificado no estudo de Klopper et al. (2012).

O modelo de regressão utilizado indicou que a variável **Qualidade dos Cuidados** é a que contribui mais para a **Cultura de Segurança**, seguida de **PES/CEGLAE**, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e **Satisfação Profissional**. Quando a **Cultura de Segurança** aumenta, a **Qualidade dos Cuidados**, a **PES/CEGLAE**, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e a **Satisfação Profissional**, também aumentam. Neste estudo, estas variáveis são explicativas para a **Cultura de Segurança**, na perceção dos enfermeiros dos CSP que participaram neste estudo.

Os enfermeiros dos CSP em Portugal que participaram neste estudo consideram existir uma cultura de segurança aceitável ($\bar{x}=3,1$, $DP=0,7$), o que está de acordo com os resultados do estudo de You et al. (2013). Os enfermeiros confiam mais nas suas capacidades de prestarem cuidados promotores de segurança do cliente. O facto de os enfermeiros sentirem que os seus erros são utilizados contra os próprios, é muito negativo para o empenhamento e comprometimento organizacional dos profissionais e para a satisfação profissional. Pode inclusivamente condicionar fortemente o ambiente de trabalho nas equipas. Entra aqui a importância e a maturidade da intervenção do enfermeiro gestor em perceber esta falha de funcionamento nas unidades e alterar esta opinião dos enfermeiros.

No que respeita ao anterior estudo RN4Cast em Portugal, em contexto hospitalar, verificámos que a perceção sobre a Cultura de Segurança foi aceitável (Roque, 2016) tal como ocorreu neste estudo em CSP.

No que concerne à variável **Satisfação Profissional**, 39,3% dos enfermeiros estão insatisfeitos com a sua função atual na organização e 20,9% consideram pobre o seu ambiente laboral na organização. Verificamos um valor superior ao do estudo de Coetzee et al. (2013) que obtiveram 32,2% em contexto hospitalar no que respeita à insatisfação com a sua função atual na organização e idêntico valor à classificação

de ambiente laboral pobre. No estudo de Aiken et al. (2002a) os enfermeiros insatisfeitos com a sua função atual na organização foram entre 38,3% e 48,1% na Escócia, Inglaterra, estados de Columbia e Pensilvânia.

No que respeita à questão sobre se recomendaria a sua organização a um colega enfermeiro como sendo um bom local para trabalhar, 33,3% responderam não e 16,0% dos enfermeiros não recomendaria a sua organização aos seus amigos e familiares caso necessitassem de cuidados, resultados estes que são idênticos ao do estudo de Coetzee et al. (2013).

Quando questionados sobre a sua satisfação com vários aspetos, 25% dos enfermeiros estão insatisfeitos com a flexibilidade de horário, 82,2% estão insatisfeitos com as oportunidades de progressão, 18,5% estão insatisfeitos com a autonomia do trabalho, 49,4% estão insatisfeitos com o estatuto profissional, 89,0% estão insatisfeitos com o salário, 54,4% estão insatisfeitos com as oportunidades de formação, 40,4% estão insatisfeitos com as férias anuais, 35,1% estão insatisfeitos com as baixas por doença e 49,8% estão insatisfeitos com licenças para estudo/formação. A insatisfação com o salário é de grande expressividade e maior do que os 75,6% dos enfermeiros dos hospitais de Shangai, no estudo de You et al. (2013).

A variável **Satisfação Profissional** apresentou maior associação com o **APE**, com a **Qualidade dos Cuidados** e **Cultura de Segurança**, e em sentido contrário com a **Burnout** e dimensões **Exaustão Emocional**, **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional**. Estes dados estão idênticos aos resultados de Coetzee et al. (2013), onde a correlação entre a **Satisfação Profissional** e as dimensões da **Burnout - Exaustão Emocional** e **Despersonalização** foi negativa, sendo mais forte com a **Exaustão Emocional** do que **Despersonalização** que é o que acontece neste estudo.

O modelo de regressão utilizado indicou que a dimensão **PES/PEGO** é a que mais contribui para a **Satisfação Profissional**, seguida da dimensão **PES/ARHM** e **Cultura de Segurança**. O contrário acontece no estudo de Khamisa et al. (2015) onde a **PES/ARHM** é uma das variáveis que mais contribui para a insatisfação profissional. Quando a **Satisfação Profissional** aumenta, a **PES/PEGO**, **PES/ARHM** e **Cultura de Segurança** aumentam também e a **Burnout** diminui. As variáveis **PES/PEGO**, **PES/ARHM** e **Cultura de Segurança** são explicativas para a

Satisfação Profissional, na percepção dos enfermeiros dos CSP que participaram neste estudo.

Quanto maior a **Satisfação Profissional**, menor é a **Burnout** dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, tal como no estudo de Cagan & Gunay (2015), nos CSP na Turquia.

Os enfermeiros que participaram neste estudo têm uma baixa satisfação profissional, com média de $\bar{x}=2,0$ (DP=0,4) que está de acordo com os resultados dos estudos de Ayamolowo et al. (2013) nos CSP na Nigéria, Khamisa et al. (2015) em hospitais na África do Sul, Nantsupawat et al. (2011) em hospitais na Tailândia, You et al. (2013) nos hospitais em Shanghai, ao contrário dos enfermeiros nos CSP no Massachussetts que têm elevada **Satisfação Profissional**, em Poghosyan et al. (2016).

Verificámos que os enfermeiros consideram que existia, nos CSP em Portugal, uma baixa satisfação profissional, que sendo um indicador de gestão, necessita de grande atenção por parte dos enfermeiros gestores e das direções executivas dos ACES. Este estudo verificou que a participação dos enfermeiros na governação da organização e a adequação de recursos humanos e materiais foram as dimensões que mais contribuem para a satisfação profissional. As questões relacionadas com salário, e oportunidades de progressão, foram os itens com maior insatisfação. Para a nossa amostra de 54,7% de enfermeiros especialistas, estas questões salariais e de oportunidades de progressão foram muito sensíveis considerando a inexistência desde 2009 de concursos para enfermeiros gestores. Esta pode ser percebida pelos enfermeiros que participaram no estudo como sendo uma grande injustiça profissional, considerando os inúmeros enfermeiros gestores que têm saído das organizações para aposentação e o aproveitamento que tem sido feito, a custos reduzidos, do trabalho de enfermeiros e enfermeiros especialistas a desempenharem funções de enfermeiros gestores. Este aproveitamento pode originar no momento custos controlados com os profissionais de enfermagem, mas não criam valor para as organizações. Como refere Porter (2010), o valor nos cuidados de saúde é medido pelos resultados alcançados, não pelo volume dos serviços prestados, e a mudança do foco de volume para valor é um desafio central. Como o valor é definido como resultados relacionados com os custos, ele engloba eficiência (Porter, 2010). A redução de custos sem ter em conta os resultados alcançados é perigosa e autodestrutiva, levando a falsas “economias” e

potencialmente limitando o atendimento e a prestação de cuidados de saúde duma forma eficaz (Porter, 2010). Ora, as “falsas economias” com a não reposição de enfermeiros gestores e especialistas, podem comprometer a “criação de valor” nas organizações do Serviço Nacional de Saúde. Outra questão relacionada é o facto de existirem enfermeiros com formação especializada clínica, muitos com título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros, mas não existir uma carreira profissional que distinguisse o desempenho de funções com prática avançada, o que só veio a acontecer em 27 de Maio de 2019, com o Decreto-Lei nº 71/2019. À data da recolha de dados deste estudo ainda não tinha sido feita a reposição desta injustiça profissional, essencial para o desenvolvimento profissional e das organizações onde os enfermeiros exercem funções, e em último, para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde.

Estudos como os de Cagan & Gunay (2015), Khamisa et al. (2015) e Nantsupawat et al. (2017), revelam a importância que a satisfação pessoal impacta a profissional. Parece-nos que não é alheio a este aspeto, neste estudo, a também elevada percentagem de insatisfação com a escolha da enfermagem como carreira que é de 42,7% que é superior ao valor do anterior estudo do RN4Cast em contexto hospitalar com insatisfação de 40,3% (Roque, 2016). É de realçar, que os enfermeiros especialistas, são no cômputo geral, um subgrupo de profissionais empenhados no desenvolvimento profissional e que devem ser envolvidos em qualquer intenção de organização e desenvolvimento dos serviços e das unidades funcionais nos ACES. São um importante recurso aos quais os enfermeiros gestores podem e devem recorrer. A evidência científica é clara sobre o investimento em formação e na relação entre mais formação, melhor APE, melhor qualidade e segurança dos cuidados e capacitação dos recursos humanos (Aiken et al., 2003; Aiken et al., 2008; Aiken et al., 2012; Bruyneel et al., 2009; Estabrooks et al., 2005; Kirwan et al., 2013; Titlestad et al., 2018; You et al., 2013).

Na variável **Intenção de Saída**, 40,3% dos enfermeiros deixaria a sua atual organização no próximo ano devido a insatisfação laboral, valor idêntico aos enfermeiros da Bélgica, Alemanha, Suécia e Suíça e inferior à Finlândia, Grécia, Irlanda e Polónia e superior à Holanda, Noruega, Espanha e EUA (Aiken et al., 2012), e destes, 45,4% abandonariam a Enfermagem. Apesar de termos menor valor do que os 54,4% do estudo de Coetzee et al. (2013), saída dos enfermeiros pode

comprometer a qualidade dos cuidados por via das dotações de recursos humanos. O estudo de Yasin et al. (2020) em hospitais Canadianos verificou uma associação negativa entre intenção de saída e satisfação profissional. No estudo de Poghosyan et al. (2017) em CSP no estado do Massachusetts, verificaram que APE favoráveis promovem a satisfação profissional e reduzem a intenção de saída dos enfermeiros. Neste estudo, 77,1% dos enfermeiros consideraram difícil encontrar um emprego aceitável na área da Enfermagem se estivessem à procura de outro emprego.

Os enfermeiros que participaram neste estudo apresentaram uma intenção de saída moderada (40,3%). O contexto laboral no país, no período de recolha de dados para o estudo, com o não reconhecimento da intervenção especializada de enfermagem da carreira, associado ao facto da nossa amostra ser composta maioritariamente por enfermeiros especialistas, apresentarem idade média na profissão de 20,5 anos, podem ser fatores motivadores da intenção de saída.

No que respeita à escala *Maslach Burnout Inventory* optámos por realizar uma AFE para determinar quais componentes principais utilizar, na sequência da análise fatorial que Marques-Pinto et al. (2018) efetuaram, e que revelou uma razoável consistência interna com uma solução final composta por 22 itens, denominados de acordo com a tradução e adaptação de Marques-Pinto (Jesus et al., 2014). Assim, a solução fatorial final que utilizámos foi:

1. Exaustão Emocional, com 9 itens;
2. Despersonalização, com 5 itens;
3. Perda de Realização Profissional, com 8 itens.

Em relação à **Burnout** verificou-se maior associação, em sentido contrário, com a **PES/ARHM**, com o **APE**, **Cultura de Segurança** e **Satisfação Profissional**. A única associação positiva da variável **Burnout** ocorreu com as suas dimensões **Exaustão Emocional** seguida de **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional**. Quando analisamos a dimensão **Exaustão Emocional** verificamos maior associação, em sentido contrário, com a **PES/ARHM** tal como em Bruyneel et al. (2009). As dimensões **Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional** apresentam maior associação, em sentido contrário, com a **Qualidade dos Cuidados**.

O estudo com enfermeiros dos CSP da Pensilvânia verificou relação entre **Burnout** e diminuição da **Qualidade dos Cuidados** (Bruyneel et al., 2009). No estudo de Khamisa et al. (2015) concluíram que a **Burnout** tem um claro impacto sobre a saúde mental, o bem-estar dos enfermeiros, o que muito provavelmente compromete a produtividade, o desempenho e a qualidade dos cuidados aos clientes.

O modelo de regressão utilizado indicou que as variáveis **PES/PEGO** e **PES/FEQC** são as que contribuem positivamente para a **Burnout** e a variável **Satisfação Profissional** é a que contribui mais, em sentido inverso, para a **Burnout** seguida pela **Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança e PES/ARHM**. Também em Coetzee et al. (2013) e Khamisa et al. (2015) a **Burnout** estava associada à insatisfação profissional. No estudo de Marôco et al., (2016) a percepção de más condições de trabalho foi o principal preditor da incidência de *burnout* nos profissionais de saúde avaliados.

Quando a **Burnout** aumenta, a **PES/PEGO** e **PES/FEQC** aumentam também e a **Satisfação Profissional** diminui, bem como a **Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança e PES/ARHM**. Quanto maior **Satisfação Profissional, Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança e PES/ARHM**, menor **Burnout**. No estudo de Cagan & Gunay (2015) dos enfermeiros em CSP na Turquia encontramos semelhantes resultados.

Neste estudo, as variáveis **Satisfação Profissional, Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança, PES/ARHM, PES/PEGO** e **PES/FEQC** foram explicativas para a **Burnout**, na percepção dos enfermeiros dos CSP que participaram neste estudo.

Os enfermeiros com mais anos de trabalho na atual unidade são os mais exaustos, ou seja, com esgotamento dos recursos emocionais face ao trabalho. Os enfermeiros com maior idade, maior experiência profissional no geral, e que trabalham noutros locais (*part-time*) apresentaram menor nível de despersonalização, ou seja, menor atitude defensiva, menor distanciamento e frieza em relação aos clientes. Os enfermeiros com maior idade e maior experiência profissional foram os que apresentaram maior associação à perda de realização profissional, ou seja, com sentimentos de ineficácia e falta de gratificação face ao trabalho.

Os enfermeiros que participaram neste estudo apresentavam um nível de **Burnout** reduzido ($\bar{x}=1,6$, DP=0,8), com **Exaustão Emocional** – moderada ($\bar{x}=2,8$, DP=1,4), **Despersonalização** – reduzida ($\bar{x}=0,9$, DP=1,0) e **Perda de Realização Profissional** – reduzida ($\bar{x}=1,2$, DP=0,8), que são resultados idênticos ao do estudo de Kim & Yi (2019) com enfermeiros dos CSP da Califórnia e Nevada, que apresentaram *burnout* reduzido. No estudo de Aiken et al. (2012) o único dos 12 países que apresenta a **Burnout** elevada foi a Grécia, tendo os restantes países com **Burnout** moderado/reduzido. Os resultados do presente estudo são mais favoráveis do que os verificados com enfermeiros hospitalares, em vários países, como nos achados de Poghosyan et al. (2009) e Khamisa et al. (2015) onde os enfermeiros da África do Sul apresentaram uma elevada pontuação de **Burnout**, bem como os de Shangai (You et al., 2013). A pontuação de **Exaustão Emocional** na África do Sul é elevada, bem como no Japão e EUA que foram superiores aos resultados do presente estudo. A pontuação de **Despersonalização** é elevada na África do Sul e Japão, ao contrário dos resultados do presente estudo. A **Perda de Realização Profissional** obteve pontuação reduzida no Japão, Rússia e Arménia, idênticas ao verificado neste estudo, ao contrário da África do Sul onde é elevada.

No que respeita ao anterior estudo RN4Cast, os enfermeiros em contexto hospitalar, em Jesus et al. (2014), apresentaram **Despersonalização** com pontuação moderada, superior ao verificado neste estudo. A dimensão **Exaustão Emocional** neste estudo, apresentou pontuação aproximada ao estudo de Jesus et al. (2014), onde apresentaram níveis moderados a elevados. Também na dimensão **Perda de Realização Profissional**, o estudo de Jesus et al. (2014), verificou um nível reduzido, na sequência dos resultados deste estudo.

Verificámos que os enfermeiros que participaram neste estudo consideraram que existia *burnout* reduzido, que pode ser consequência das variáveis em análise terem sido no geral favoráveis, como a qualidade dos cuidados, segurança dos clientes e cultura de segurança.

No entanto consideramos importante a existência de medidas de redução de *burnout* geradas por políticas institucionais, que Poghosyan et al. (2009) indica. O contexto em CSP, comparando com o hospitalar é mais favorável no que respeita a esta variável.

Os quatro objetivos da Saúde segundo Bodenheimer & Sinsky (2014), são melhorar a experiência do cliente, melhorar a saúde das populações, reduzir custos da saúde e melhorar a vida profissional dos prestadores de cuidados, como estratégia de otimizar o desempenho dos sistemas de saúde. Esta otimização do sistema de saúde, é hoje o grande desafio do nosso Serviço Nacional de Saúde pela necessária sustentabilidade no tempo e resiliência do mesmo no presente. A *burnout* está associado à menor satisfação do cliente, à redução dos resultados de saúde e pode aumentar os custos segundo Bodenheimer & Sinsky (2014). Promover APE favoráveis nas organizações de saúde é condição *sine qua non* para atingir os quatro objetivos da saúde. Citando o título do artigo de Bodenheimer & Sinsky (2014), o cuidado ao cliente requer o cuidado ao profissional.

Na testagem dos impactes das dimensões do APE, a **Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização**, foi a que apresentou influência em maior número de variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados, Segurança dos Clientes, Cultura de Segurança e Satisfação Profissional**. De todas as dimensões do APE, a **Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização** obteve o valor médio mais baixo (2,2; DP=0,5) de acordo com a percepção dos enfermeiros que participaram neste estudo. O papel participativo e o envolvimento dos enfermeiros na gestão das organizações influenciaram a percepção sobre a **Qualidade dos Cuidados, a Segurança dos Clientes, a Cultura de Segurança e a Satisfação Profissional**.

A dimensão **Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados** foi a que apresentou influência nas variáveis dependentes **Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança e Burnout**. De todas as dimensões do APE, os **Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados** foi a que obteve o valor médio mais elevado (2,9; DP=0,5) de acordo com a percepção dos enfermeiros que participaram neste estudo. O cuidar baseado nos modelos de enfermagem, nas competências de enfermagem e com enfoque na prestação de cuidados de qualidade, influenciaram a percepção sobre a **Qualidade dos Cuidados e Cultura de Segurança**, e contribuiu para baixos níveis de **Burnout**.

No que respeita à relação positiva entre a **PES/PEGO** e **PES/FEQC** com a **Burnout**, poderá existir pressão/maior exigência sobre os enfermeiros quando participam mais na gestão da organização e com o foco do cuidado de enfermagem para a qualidade.

Estas exigências sobre o enfermeiro, com o aumento do esforço pessoal para corresponder aos elevados requisitos do posto de trabalho, como referem Aronsson et al. (2017), Dall’Ora et al. (2020) e Nogueira et al. (2018) podem ser fatores desencadeantes da *burnout*, associado às várias expectativas desse mesmo posto de trabalho (Dall’Ora et al., 2020). Até porque, como referem Khamisa et al., (2015), a *burnout* que tem impacte na saúde mental e bem-estar dos enfermeiros, pode comprometer a produtividade, o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados.

A dimensão ***Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros*** foi a que apresentou influência nas variáveis dependentes ***Segurança dos Clientes*** e ***Cultura de Segurança***. Esta dimensão obteve valor médio baixo (2,4; DP=0,6) de acordo com a perceção dos enfermeiros que participaram neste estudo. A intervenção do enfermeiro gestor, mobilizando as suas competências de gestão e de liderança e apoiando as equipas e os profissionais que gere, influenciaram a perceção sobre a ***Segurança dos Clientes*** e ***Cultura de Segurança***.

A ***Adequação de Recursos Humanos e Materiais*** foi a que apresentou influência nas variáveis dependentes ***Qualidade dos Cuidados***, ***Satisfação Profissional*** e ***Burnout***. Esta dimensão obteve valor médio baixo (2,4; DP=0,6) de acordo com a perceção dos enfermeiros que participaram neste estudo. Esta dimensão descreve a existência de um número adequado de profissionais e outros recursos para prestarem cuidados de qualidade e se os enfermeiros dispõem de tempo para estarem com os seus clientes e discutirem a prestação de cuidados com os pares. Estas questões influenciaram a perceção sobre a ***Qualidade dos Cuidados*** e ***Satisfação Profissional***, e contribuiu para baixos níveis de ***Burnout***.

A dimensão ***Relação Enfermeiro-Médico*** apresentou influência na variável dependente ***Segurança dos Clientes***. Esta dimensão obteve valor médio elevado (2,8; DP=0,6) de acordo com a perceção dos enfermeiros que participaram neste estudo. A boa relação entre os enfermeiros e os médicos de cada equipa influenciou a perceção sobre a ***Segurança dos Clientes***.

5. CONCLUSÕES

O APE tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, nos resultados nos clientes e nos enfermeiros, nomeadamente melhores desempenhos destes profissionais. Melhorar os APE nas organizações de saúde, é uma estratégia organizacional com baixos custos para obter maiores resultados nos clientes e para reter enfermeiros qualificados, melhorando os cuidados de saúde das unidades, das organizações e do sistema de saúde. Assim, a importância do seu estudo é perfeitamente justificada e fundamental para se poder contribuir para a reorientação das práticas dos enfermeiros, dos enfermeiros gestores e para as políticas de saúde poderem usufruir de evidência científica para as suas tomadas de decisão, no que respeita à promoção de condições que promovam APE favoráveis nas organizações.

O RN4Cast é o estudo mais completo, abrangente e estruturado sobre os APE em Portugal e no mundo. Permite considerar novos fatores no planeamento dos recursos humanos de enfermagem, como o ambiente de trabalho, recrutamento e retenção de enfermeiros nas organizações e na profissão, e a ligação entre dotações de enfermeiros com a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. O estudo tem gerado base científica necessária que poderá sustentar um conjunto de tomadas de decisão nas políticas de saúde e desenvolvimento de estratégias eficientes para a gestão dos enfermeiros.

Da revisão da literatura efetuada e publicada em Lucas & Nunes (2020), pudemos constatar que os estudos sobre o APE nos CSP são muito mais escassos do que em contexto hospitalar, pelo que a pertinência de integrar os CSP na investigação RN4Cast é absolutamente justificável e mesmo incontornável.

O presente estudo cujo objetivo foi a relação e o impacto do APE na qualidade dos cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, intenção de saída, e *burnout* dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, explorou as relações entre as variáveis: APE; qualidade dos cuidados; segurança dos clientes; cultura de segurança; satisfação profissional; intenção de saída; e *burnout* dos enfermeiros dos CSP em Portugal. Concluímos que os enfermeiros que participaram neste estudo consideraram que existe nos CSP em Portugal um APE desfavorável e misto, associado a uma perceção de boa qualidade

dos cuidados, com segurança dos clientes aceitável, com cultura de segurança aceitável, com uma baixa satisfação profissional, com uma intenção de saída moderada e com *burnout* reduzido.

Efetuámos avaliação das propriedades psicométricas da escala PES-NWI nos CSP em Portugal, publicada em Lucas et al. (2021), que foi o primeiro estudo no país neste nível de cuidados, e o segundo no mundo depois de Espanha.

A escala PES-NWI nos CSP em Portugal, constituída por 28 itens, revelou uma estrutura adequada com bom desempenho psicométrico distribuídos por cinco dimensões:

1. PES/PEGO - Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização;
2. PES/FEQC - Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados;
3. PES/CEGLAE - Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros;
4. PES/ARHM - Adequação de Recursos Humanos e Materiais;
5. PES/REM - Relação Enfermeiro-Médico.

Esta estrutura é sólida, confiável, apresenta uma boa adequação e está de acordo com o sugerido pela autora da escala original. Todas as dimensões apresentaram carga fatorial adequada e possuem uma relação semântica.

Os resultados deste estudo mostram que, no contexto da enfermagem portuguesa dos CSP, a escala PES-NWI é um importante instrumento de apoio:

1. para caracterizar o APE;
2. à tomada de decisão por parte dos enfermeiros gestores; e
3. para melhorar as condições de trabalho nas organizações dos CSP.

A escala é válida e pode ser utilizada na prática clínica, na gestão em enfermagem e na investigação em CSP.

Este tipo de instrumento é útil e de fácil utilização na análise da origem das dificuldades da prestação de cuidados, ou na deteção de fatores que influenciam os resultados dos cuidados de enfermagem, ou dos resultados nos enfermeiros. Pode ser um instrumento útil e de fácil utilização para medir os fatores organizacionais que podem desempenhar um papel fundamental em qualquer planeamento estratégico

dos CSP, visando novas formas de organização dos cuidados de enfermagem e formas de capacitação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros neste nível de cuidados dos sistemas de saúde.

A estrutura conceptual que orientou este estudo, numa relação complementar entre Biron et al. (2007), Mitchell et al. (1998) e Dubois et al. (2012) demonstrou uma conceção de qualidade que depende da organização dos cuidados de enfermagem, do APE e da intervenção dos enfermeiros gestores, para a obtenção de resultados e que interagem e influenciam-se mútua e permanentemente.

Os dados do estudo RN4Cast Portugal – 2018 nos CSP, referem-se às respostas de 1059 enfermeiros, com 85,8% do género feminino e 14,2% do género masculino. Destes 1059 enfermeiros, 54,7% eram enfermeiros especialistas, com uma média de idades de 43,5 anos (7,9 anos). Estes enfermeiros apresentavam um tempo médio de profissão de 20,5 anos (7,8 anos), trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 14,5 anos (10,0 anos) e na unidade funcional onde prestavam cuidados, há 9,6 anos (7,6 anos). Na escolha da Enfermagem como carreira, 57,3% da amostra estão satisfeitos e muito satisfeitos.

A maioria dos enfermeiros trabalhava na região de Lisboa e Vale do Tejo, com 31,4%, seguido da região Norte com 22,7% e nas Unidades de Saúde Familiares com 33,3%.

Os enfermeiros consideram que existe nos CSP em Portugal um APE desfavorável, segundo a proposta de Lake (2002) e Zangaro & Jones (2019), e misto segundo a classificação de Lake & Friese (2006).

As dimensões da escala PES-NWI mais favoráveis foram:

- ✓ PES/FEQC - Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados;
- e
- ✓ PES/REM - Relação Enfermeiro-Médico

sendo as restantes, pouco favoráveis, onde existe necessidade de intervenção para melhorar os APE:

- PES/CEGLAE - Competências do Enfermeiro Gestor, de Liderança e Apoio aos Enfermeiros;
- PES/ARHM - Adequação de Recursos Humanos e Materiais;

➤ PES/PEGO - Participação dos Enfermeiros na Governação da Organização.

A relação entre as dimensões do **APE**, foram maiores entre **PES/PEGO - PES/CEGLAE, PES/PEGO - PES/FEQC** e **PES/FEQC - PES/REM**.

As dimensões **PES/PEGO** e **PES/FEQC**, sendo representativas do ambiente de toda a organização, apresentaram maior relação de acordo com os resultados do presente estudo e as restantes três (**PES/CEGLAE, PES/ARHM** e **PES/REM**) as mais específicas para o ambiente individual dos serviços, as que apresentaram menor relação entre elas. A dimensão **PES/FEQC** foi a mais favorável, seguida da **PES/REM**. As restantes dimensões (**PES/CEGLAE, PES/PEGO** e **PES/ARHM**) estavam desfavoráveis.

A relação do **APE** foi maior com a **Cultura de Segurança**, seguida da **Qualidade dos Cuidados** e **Satisfação Profissional**. O **APE** esteve negativamente correlacionado com a **Burnout** e suas dimensões **Exaustão Emocional, Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional**.

Sendo o **APE** uma das variáveis com maior influência na qualidade dos cuidados de enfermagem, na segurança dos clientes, na cultura de segurança e na satisfação profissional dos enfermeiros, o facto de os CSP em Portugal apresentarem classificação de desfavorável e misto nos resultados do presente estudo, traz desafios para todos os intervenientes da saúde: profissionais, gestores - enfermeiros gestores e direções executivas dos ACES, e decisores políticos. É importante que se melhorem os **APE** por forma a dotar estas organizações de saúde, de condições que promovam **APE** favoráveis, com clientes e profissionais satisfeitos que sintam e verifiquem nas suas práticas, melhor qualidade dos cuidados de enfermagem, com resultados nos clientes e profissionais.

Os enfermeiros que responderam ao questionário encontram-se satisfeitos com a prestação de cuidados com enfoque na qualidade dos mesmos e com as relações multidisciplinares. Consideraram desfavorável as dimensões relacionadas com o apoio e o desempenho da gestão e do exercício de liderança e a participação na governação da organização. A adequação dos recursos humanos e materiais é também desfavorável, que nos transmite preocupações com as dotações de enfermeiros com possíveis impactes nos resultados dos clientes e dos enfermeiros.

Outra conclusão verificada neste estudo é que a **Qualidade dos Cuidados** teve maior associação com a **Segurança dos Clientes, Cultura de Segurança, APE e Satisfação Profissional** e em sentido contrário, com as dimensões da **Burnout Exaustão Emocional, Despersonalização e Perda de Realização Profissional**. A maior associação da **Qualidade dos Cuidados** com a dimensão do APE foi com **PES/FEQC**.

Verificamos que os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que existe, nos CSP em Portugal, uma perceção de boa qualidade dos cuidados, que se deve em parte, ao grande esforço que estes profissionais fazem, apesar de terem um APE desfavorável (2,5) e misto, com 2 dimensões acima de 2,5 (FEQC e REM). No que respeita ao anterior estudo RN4Cast Portugal, verificamos que a perceção sobre a qualidade dos cuidados é maior nos CSP do que em contexto hospitalar. Verificamos que a forte associação entre qualidade dos cuidados, a cultura de segurança, a segurança dos clientes e a adequação de recursos humanos e materiais são uma relação que confirma achados noutras evidências científicas e noutros contextos de cuidados.

No que respeita à **Segurança dos Clientes** verificou-se maior associação com a **Qualidade dos Cuidados, Cultura de Segurança e APE** e em sentido contrário com as dimensões da **Burnout - Exaustão Emocional, Despersonalização e Perda de Realização Profissional**.

Os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que a segurança dos clientes é aceitável, melhor do que nos hospitais da Grécia, Polónia e Suécia, África do Sul, na sequência do estudo RN4Cast internacional ao contrário dos enfermeiros da Irlanda que consideraram a segurança dos clientes muito boa ou excelente. Verificou-se nestes estudos que a segurança dos clientes aumenta quando há maior número de enfermeiros, com APE favorável e maior nível de formação dos enfermeiros. E que maior formação dos enfermeiros está associada a menor mortalidade dos clientes, melhor APE, melhor qualidade e segurança dos cuidados e uma perceção positiva dos clientes sobre as organizações de saúde e dos cuidados prestados. Torna-se assim, fundamental incentivar e valorizar os enfermeiros dos CSP nos percursos formativos como fator diferenciador e qualificante da profissão e das organizações de saúde. Este estudo é exemplar nesta questão, em virtude de 54,7% da nossa amostra, serem enfermeiros especialistas.

No que respeita ao anterior estudo RN4Cast em Portugal, em contexto hospitalar, verificámos que a perceção sobre a Segurança dos Clientes foi aceitável tal como ocorreu neste estudo em CSP.

Em relação à **Cultura de Segurança** verificou-se maior associação com o **APE**, com a **Qualidade dos Cuidados** e com a **Segurança dos Clientes** e em sentido contrário com as dimensões da **Burnout, Exaustão Emocional, Despersonalização e Perda de Realização Profissional**.

Verificamos que os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que existe, nos CSP em Portugal, uma cultura de segurança aceitável. Os enfermeiros confiam mais nas suas capacidades de prestarem cuidados promotores de segurança do cliente. O facto de os enfermeiros sentirem que os seus erros são utilizados contra os próprios, é muito negativo para o empenhamento e comprometimento organizacional destes profissionais e para a satisfação profissional. Pode inclusivamente condicionar fortemente o ambiente de trabalho nas equipas. Entra aqui a importância e a maturidade da intervenção decisiva do enfermeiro gestor em perceber esta falha de funcionamento nas unidades.

No que respeita ao anterior estudo RN4Cast em Portugal, em contexto hospitalar, verificámos que a perceção sobre a Cultura de Segurança foi aceitável tal como ocorreu neste estudo em CSP.

Quanto à **Satisfação Profissional** verificou-se maior associação com o **APE**, **Qualidade dos Cuidados** e **Cultura de Segurança**, e em sentido contrário com as dimensões da **Burnout - Exaustão Emocional, Despersonalização e Perda de Realização Profissional**.

Verificamos que os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que existe, nos CSP em Portugal, uma baixa satisfação profissional, que sendo um indicador de gestão, necessita de grande atenção por parte dos enfermeiros gestores e das direcções executivas dos ACES. Este estudo verificou que a participação dos enfermeiros na governação da organização e a adequação de recursos humanos e materiais foram as dimensões do APE que mais contribuíram para a satisfação profissional, sendo os itens relacionados com salário e oportunidades de progressão, os de maior insatisfação. Assinalamos ainda a elevada percentagem de insatisfação

com a escolha da enfermagem como carreira que foi superior ao valor do anterior estudo RN4Cast em contexto hospitalar.

Verificou-se que a **Intenção de Saída** não apresentou qualquer relação, estatisticamente significativa com as variáveis em estudo.

A variável **Burnout** teve maior associação, em sentido contrário, com a **PES/ARHM**, com o **APE**, **Cultura de Segurança** e **Satisfação Profissional**. Quando analisámos a dimensão da **Burnout - Exaustão Emocional** verificámos maior associação, em sentido contrário, com a **PES/ARHM**. Já as dimensões da **Burnout - Despersonalização** e **Perda de Realização Profissional** apresentaram maior associação, em sentido contrário, com a **Qualidade dos Cuidados**.

Os enfermeiros com mais anos de trabalho na atual unidade são os que apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, ou seja, com esgotamento dos recursos emocionais face ao trabalho. Os enfermeiros com maior idade, maior experiência profissional no geral e que trabalham noutros locais (*part-time*) foram os que manifestaram menor nível de despersonalização, ou seja, menor atitude defensiva, menor distanciamento e frieza em relação aos clientes. Os enfermeiros com maior idade e maior experiência profissional foram os que apresentaram maior associação à perda de realização profissional, ou seja, com sentimentos de ineficácia e falta de gratificação face ao trabalho.

Os enfermeiros dos CSP em Portugal participantes neste estudo apresentaram um nível de **Burnout** reduzido, com **Exaustão Emocional** – moderada, **Despersonalização** – reduzida e **Perda de Realização Profissional** – reduzida. O contexto dos CSP, comparando com o hospitalar é mais favorável no que respeita a esta variável.

No que respeita às hipóteses deste estudo, o modelo estatístico utilizado para as testar, foi o modelo de regressão linear múltipla. Confirmaram-se as hipóteses de impacte positivo do APE na **Qualidade dos Cuidados**, **Segurança dos Clientes**, **Cultura de Segurança**, **Satisfação Profissional** e **Burnout**. As principais conclusões são:

1. A **Qualidade dos Cuidados** prestados aos clientes pode ser explicada pelo modelo obtido, com as variáveis do APE, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e

- PES/ARHM**, para além da **Segurança dos Clientes** e **Cultura de Segurança** a contribuírem para a melhoria da **Qualidade dos Cuidados** nos CSP;
2. A **Segurança dos Clientes** pode ser explicada pelo modelo obtido, com as variáveis do APE, **PES/PEGO**, **PES/CEGLAE** e **PES/REM**, para além da **Qualidade dos Cuidados** a contribuírem para o aumento da **Segurança dos Clientes** nos CSP;
 3. A **Cultura de Segurança** pode ser explicada pelo modelo obtido, com as variáveis do APE, **PES/PEGO**, **PES/FEQC** e **PES/CEGLAE**, para além da **Qualidade dos Cuidados** e **Satisfação Profissional** a contribuírem para o aumento da **Cultura de Segurança** nos CSP;
 4. A **Satisfação Profissional** dos enfermeiros pode ser explicada pelo modelo obtido, com as variáveis do APE, **PES/PEGO** e **PES/ARHM**, para além da **Cultura de Segurança** a contribuírem para o aumento da **Satisfação Profissional** nos CSP e para a diminuição da **Burnout**;
 5. A **Burnout** dos enfermeiros pode ser explicada pelo modelo obtido, com a variável do APE **PES/ARHM**, para além da **Satisfação Profissional**, **Qualidade dos Cuidados** e **Cultura de Segurança** a contribuírem para a diminuição da **Burnout**. As variáveis **PES/PEGO** e **PES/FEQC** contribuíram para o aumento da **Burnout**.

Assim, verificamos que a variável independente do APE:

1. **PES/PEGO** tem impacte positivo nas variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados**, **Segurança dos Clientes**, **Cultura de Segurança**, **Satisfação Profissional** e **Burnout**;
2. **PES/FEQC** tem impacte positivo nas variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados**, **Cultura de Segurança** e **Burnout**;
3. **PES/CEGLAE** tem impacte positivo nas variáveis dependentes, **Segurança dos Clientes** e **Cultura de Segurança**;
4. **PES/ARHM** tem impacte positivo nas variáveis dependentes, **Qualidade dos Cuidados**, **Satisfação Profissional** e **Burnout**;
5. **PES/REM** tem impacte positivo na variável dependente **Segurança dos Clientes**.

Assim, este estudo fornece importantes contributos para o planeamento estratégico e para as políticas de saúde nos CSP em Portugal. Daqui resultam grandes desafios para os enfermeiros gestores, para além dos que já enfrentam no seu exigente dia-a-dia. São desafios que envolvem a responsabilidade profissional com a organização, com as equipas e com os clientes. Estes desafios devem passar por melhorar a equipa de enfermeiros, seleccionar os enfermeiros com a maior formação e experiência profissional possíveis, e incidir na melhoria dos APE. Relacionam-se com: o desenvolvimento de competências no âmbito das suas capacidades de liderança, de motivação e funcionamento das equipas; da organização dos cuidados de enfermagem; do planeamento de cuidados, utilizar as tecnologias para promover a comunicação entre os profissionais que gerem e partilhar informações frequentes e oportunas; do exemplo que têm que dar às equipas que gerem; da disponibilidade permanente que têm que demonstrar às equipas, aos clientes e suas famílias; junto dos outros recursos humanos da saúde que compõem as equipas multidisciplinares; na relação com a hierarquia; no apoio permanente aos enfermeiros; no diagnóstico e intervenção sobre os fatores que interferem com a satisfação profissional; na promoção da retenção dos recursos humanos fundamentais e estruturantes para a estabilidade das equipas que prestam cuidados; na identificação dos fatores de risco de *burnout* e intervir junto destes enfermeiros; no desenvolvimento de estratégias promotoras da formação dos recursos humanos que gerem; no controlo dos mesmos; na avaliação do desempenho como estratégia fundamental para monitorização e melhoria contínua dos desempenhos profissionais; mas acima de tudo, para promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem nas unidades e nas organizações que gerem. Todas estas dimensões e intervenções dos enfermeiros gestores, são essenciais para o seu grande desígnio profissional que é a responsabilidade em assegurar que os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas, unidades e organização que gerem, são cuidados de enfermagem de qualidade. Os enfermeiros gestores são os elementos-chave para criarem e desenvolverem APE favoráveis nas unidades e nas organizações, por forma a aumentarem a retenção, a satisfação e os resultados dos enfermeiros. A sua intervenção é fundamental para existirem profissionais e equipas motivadas.

Nestes tempos economicamente difíceis que exigem rigorosas contenções de custos, as organizações de saúde, a fim de obterem melhores resultados e

aumentarem a eficiência do sistema de saúde, devem investir no desenvolvimento de APE favoráveis e de estilos de liderança que otimizarão os recursos humanos garantindo ao mesmo tempo profissionais adequados, em quantidade e em qualidade.

Este estudo foi realizado com recurso ao atual contexto organizacional dos CSP no país, que é resultado da reforma iniciada em 2005, implementada em 2008 e aprofundada em 2012, onde os Centros de Saúde se agruparam em estruturas organizacionais de grandes dimensões. Estudos em cada ACES podem ser realizados e comparados com os resultados deste estudo por forma a avaliar o APE em cada organização de CSP.

Os estudos que venham a utilizar a escala PES-NWI deveriam considerar outras variáveis como as tecnologias de informação e comunicação e a relação com as variáveis que aqui estudámos.

Seria importante criar uma acreditação dos agrupamentos de centros de saúde no que respeita aos APE favoráveis, que pela sua natureza de organização em pequenas unidades funcionais, é facilitador e exequível deste eventual processo de acreditação. Seríamos um exemplo europeu a seguir, em termos de inovação dos CSP do Serviço Nacional de Saúde português.

Este estudo partilha limitações com outros estudos em serviços de saúde, baseados em dados transversais, como a associação observada na amostra não refletir o que ocorre na população e limitar a inferência da causalidade bem como a recolha de dados por autorrelato.

Apesar de termos tido uma amostragem com uma representação nacional e uma abrangência territorial de grande relevo nos CSP pela primeira vez em Portugal, incluindo as regiões Autónomas da Madeira e Açores, a modesta taxa de resposta de 14,3% pode ser uma limitação do estudo, associado ao facto da recolha de dados ter ocorrido via online. Atualmente, e por força dos impactes da pandemia por COVID-19, a recolha de dados por questionário generalizou-se pela via digital, que pode conduzir a um desinteresse na resposta por parte dos enfermeiros.

No futuro poder-se-á delinear um estudo longitudinal, bem como incluir outras variáveis relacionadas com o APE, como as dotações, carga de trabalho, sistemas de informação, bem-estar dos enfermeiros e estabelecer ligações causais entre APE,

que se pretendem favoráveis e melhores resultados para clientes, enfermeiros e organizações de saúde. A dimensão muito considerável dos agrupamentos de centros de saúde e o conseqüente número de enfermeiros, são uma facilidade para o acesso a conjunto de dados que permitam conclusões enriquecedoras para os contextos das práticas de enfermagem, para a gestão em enfermagem e para a eficiência das organizações.

Além disso, a natureza das relações entre as variáveis do estudo transcende quaisquer tendências recentes ou de curto prazo nos cuidados de saúde; caso contrário, a problemática em estudo, já não seria um problema e teria, há muito, sido resolvido, o que infelizmente não é o caso.

Deparámo-nos com uma dificuldade que foi a existência de muito poucos estudos no contexto dos CSP sobre o APE e nenhum sobre o estudo RN4Cast em CSP noutros países.

Uma mais valia foi a utilização do mesmo instrumento de recolha de dados através do estudo RN4Cast que permite a comparabilidade de resultados nacionais e internacionais.

As implicações dos resultados deste estudo relacionam-se com as políticas de saúde, com a governação dos ACES, com a gestão em enfermagem, com a prestação de cuidados de enfermagem, com a investigação e com o ensino superior. As organizações dos CSP devem ter os recursos necessários para implementarem APE favoráveis e poderem prestar cuidados com a qualidade que os cidadãos, que suportam os custos com estas organizações, via impostos, merecem. Na equivalência ao mundo empresarial, os cidadãos que pagam impostos, são os “*acionistas*” do Serviço Nacional de Saúde, e conseqüentemente, dos ACES. Pelo que têm todo o direito de usufruírem de um serviço de saúde com a maior qualidade e eficiência possível! O Serviço Nacional de Saúde é um importantíssimo fator de desenvolvimento humano, económico, social e cultural, estruturante da sociedade portuguesa e não pode, de forma alguma, ser um fator de discriminação social! Cabe aos decisores de políticas de saúde, dotarem as organizações do Serviço Nacional de Saúde, de todas as condições para prestarem os cuidados de saúde com a maior qualidade e eficiência possíveis, devido ao esforço que os cidadãos fazem no pagamento dos impostos. Cabe aos gestores executivos dos ACES procurarem a maior eficiência na gestão dos recursos colocados ao seu dispor, exigirem melhores

recursos e envolverem todos os membros da sua organização nas tomadas de decisão estruturantes. Cabe aos enfermeiros gestores assegurarem as condições para que os cuidados das equipas que gerem, cumpram a qualidade com a maior eficiência possível. Cabe aos profissionais de saúde, prestarem cuidados com a maior qualidade e com a maior eficiência possível. Cabe a todos os profissionais de saúde, enfermeiros gestores incluídos, valorizarem-se em termos formativos para se qualificarem e diferenciarem as suas práticas. Cabe aos investigadores desenvolverem estudos, que envolvam as variáveis de interesse para a profissão e para a sociedade. Cabe aos investigadores desenvolverem estudos de investigação na área do APE em articulação com as organizações de saúde. Cabe às organizações de ensino superior, inserirem/acrescentarem/aprofundarem a temática dos APE nos *curricula* das licenciaturas em enfermagem, nos mestrados de especialização clínica e de gestão em enfermagem, nas pós-graduações em gestão em enfermagem e nos doutoramentos em enfermagem.

São estas as responsabilidades de todos estes intervenientes, políticos da saúde, gestores, prestadores e investigadores, académicos e organizações de ensino superior e de saúde, para com os cidadãos. Os políticos da saúde não se podem limitar a gerir energias, mas têm de ser impulsionadores de sinergias galvanizadoras de uma agenda política na saúde virada para a promoção de APE favoráveis! Assim haja conhecimento, coragem e visão!

Os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que existe nos CSP em Portugal um APE desfavorável e misto, associado a uma perceção de boa qualidade dos cuidados, com segurança dos clientes aceitável, com cultura de segurança aceitável, com uma baixa satisfação profissional, com uma intenção de saída moderada e com *burnout* reduzido. A relação do APE é maior com a cultura de segurança, seguida da qualidade dos cuidados, satisfação profissional e segurança dos clientes. O APE esteve negativamente correlacionado com *burnout*, e as suas dimensões exaustão emocional, despersonalização e perda de realização profissional. A dimensão exaustão emocional que se apresentou moderada, é apesar disso, a dimensão com maior possibilidade de reversão face às restantes duas. Promover APE favoráveis nas organizações de saúde é uma forma de promover diminuição de *burnout* nos profissionais. Os resultados do presente estudo confirmaram as hipóteses do impacte positivo do APE sobre a qualidade dos

cuidados, segurança dos clientes, cultura de segurança, satisfação profissional, e *burnout* dos enfermeiros.

Melhorar os APE nas organizações de saúde, é uma estratégia organizacional com baixos custos para obter maiores resultados nos clientes e para reter enfermeiros qualificados, melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem das unidades, das organizações e do sistema de saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, C. M., Zheng, K. Z., Norful, A. A., Ghaffari, A., Liu, J. & Poghosyan, L. (2021). Primary Care Practice Environment and Burnout Among Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17, 157-162. DOI: 10.1016/j.nurpra.2020.11.009.
- Adriaenssens, J., Hamelink, A. & Bogaert, P. V. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 85–92. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007.
- Aiken, L. H. & Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E. T., Galiano, A., Garbarini, A., Soto, P., Bravo, D. & Smith, H. L. (2018). Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 322–327. DOI: 10.1016/j.rmclc.2018.04.011.
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. & Neff, D. F. (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053. DOI: 10.1177/1077558715589188.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P. & Sloane, D. M. (2002a). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5–14. DOI: 10.1093/intqhc/14.1.5.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R., Sloane, D. M. & Silber, J. H. (2003). Education levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617–23. DOI: 10.1001/jama.290.12.1617.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229. DOI: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. & Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 43–53. DOI: 10.1377/hlthaff.20.3.43.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002b). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–93. DOI: 10.1001/jama.288.16.1987.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van Den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D.,

- Sjetne, I., S., Smith, H., L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344(7851), 1–14. DOI: 10.1136/bmj.e1717.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M. & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, 8, e019189. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019189.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel L., Van Den Heede, K., Sermeus, W. & the RN4CAST Consortium. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143–153. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C., B., Moreno-Casbas, T., Ball, J., E., Ausserhofer, D., Sermeus, W. & the RN4CAST Consortium (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559–568. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005567.
- Aiken, L., 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(9931), 1824–1830. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Akter, N., Akter, M. K. & Turale, S. (2019). Barriers to quality of work life among Bangladeshi nurses: a qualitative study. *International Nursing Review*, 66(3), 396–403. DOI: 10.1111/inr.12540.
- Alavi, M., Visentin, D. C., Thapa, D. K., Hunt, G. E., Watson, R. & Cleary, M. (2020). Exploratory factor analysis and principal component analysis in clinical studies: Which one should you use? *Journal of Advanced Nursing*, 76, 1886-1889. DOI: 10.1111/jan.14377.
- Alenius, L. S., Tishelman, C., Runesdotter, S. & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality Safety*, 23, 242–249. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001734.
- AL-Ma'mari, Q., Sharour, L. A. & Al-Omari, O. (2020). Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 29(1), 28–34. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.1.28.
- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Research*, 12, 314. DOI: 1472-6963/12/314.
- Almeida, S. (2017). *Estatística Aplicada à Investigação em ciências da Saúde - Um*

guia com o SPSS. Loures: Lusodidacta.

- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E. & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*, 20(3), e2038. DOI: 10.5294/aqui.2020.20.3.8.
- Almenyan, A. A., Albuduh, A. & Al-Abbas, F. (2021). Effect of Nursing Workload in Intensive Care Units. *Cureus*, 13(1), e12674. DOI: 10.7759/cureus.12674.
- Alshehry, A. S., Alquwez, N., Almazan, J., Namis, I. M. & Cruz, J. P. (2019). Influence of workplace incivility on the quality of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4582–4594. DOI: 10.1111/jocn.15051.
- Alves, D. F. S. & Guirardello, E. B. (2016). Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado pediátrico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e58817. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.58817.
- Alzate, L. C., Bayer, G. L. & Squires, A. (2014). Validation of a Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in the Colombian context. *Hispanic Health Care International*, 12(1), 34–42. DOI: 10.1891/1540-4153.12.1.34.
- Amaral, A. F. S. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5(2), 66–74.
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L. & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280.
- Ambani, Z., Kutney-Lee, A., Lake, E. T. & Scott, J. M. (2020). The nursing practice environment and nurse job outcomes: A path analysis of survey data. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2602–2614. DOI: 10.1111/jocn.15283.
- Anderson, V. L., Johnston, A. N. B., Massey, D. & Bamford-Wade, A. (2018). Impact of Magnet hospital designation on nursing culture: an integrative review. *Contemporary Nurse*, 1–28. DOI: 10.1080/10376178.2018.1507677.
- Anzai, E., Douglas, C. & Bonner, A. (2014). Nursing practice environment, quality of care and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 171–178. DOI: 10.1111/nhs.12081.
- AONE - American Organization of Nurse Executives (2015). *Nurse Executive Competencies*. Chicago. <http://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml>
- Archibald, M. M. & Barnard, A. (2018). Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2473–2480. DOI: 10.1111/jocn.14081.
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir,

- I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L. & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 1–13. DOI: 10.1186/s12889-017-4153-7.
- Asiri, S. A., Rohrer, W. W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. O. & Ahmed, A. (2016). The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–10. DOI: 10.1186/s12912-016-0161-7.
- Atefi, N., Abdullah, K. L. & Wong, L. P. (2014). Job satisfaction of Malaysian registered nurses: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 21(1), 8–17. DOI: 10.1111/nicc.12100.
- Audet, L. A., Bourgault, P. & Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 128–146. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007.
- Ayamolowo, S. J., Irinoye, O. & Oladoyin, M. A. (2013). Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study Omolola Irinoye. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 531–542. <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27.%20Ayamolowo%20.pdf>
- Bae, S. H., Mark, B. & Fried, B. (2010). Impact of Nursing Unit Turnover on Patient Outcomes in Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 40-49. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01319.x.
- Bahadori, A., Peyrovi, H., Ashghali-Farahani, M., Hajibabae, F. & Haghani, H. (2016). The relationship between nursing leadership and patient satisfaction. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(10), 134-141. ISSN:2319-5886.
- Bai, J. B. (2015). Does job satisfaction mediate the relationship between healthy work environment and care quality? *British Association of Critical Care Nurses*, 21(1), 18-27. DOI: 10.1111/nicc.12122.
- Bakker, A. B. & Bal, M. P. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 189–206. DOI: 10.1348/096317909x402596.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. DOI: 10.1108/02683940710733115.
- Balsanelli, A. P. & Cunha, I. C. K. O. (2014). The work environment and leadership in nursing: An integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 934–940. DOI: 10.1590/S0080-623420140000500022.
- Bautista, J. R., Lauria, P. A. S., Contreras, M. C. S., Marañon, M. M. G., Villanueva, H. H., Sumaguingsing, R. C. & Abeleda, R. D. (2020). Specific stressors relate to nurses' job satisfaction, perceived quality of care, and turnover intention.

- International Journal of Nursing Practice*, 26(1), 1–10. DOI: 10.1111/ijn.12774.
- Beaton, D. T., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of Cross Cultural adaptation of Self Report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Biron, A. D., Richer, M. C. & Ezer, H. (2007). A conceptual framework contributing to nursing administration and research. *Journal of Nursing Management*, 15(2), 188-196. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2007.00661.x.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. DOI: 10.1370/afm.1713.
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives*. New York: David McKay, 262 p.
- Bormann, L. & Abrahamson, K. (2014). Do Staff Nurse Perceptions of Nurse Leadership Behaviors Influence Staff Nurse Job Satisfaction? The Case of a Hospital Applying for Magnet® Designation. *The Journal of Nursing Administration*, 44(4), 219–225. DOI: 10.1097/nna.0000000000000053.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health* (4th Ed.). Berkshire, England: McGraw-Hill House, 512 p.
- Brewer, C., Kovner, C., Greene, W., Tukov-Shuser, M. & Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 521-538. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05753.x.
- Brouwer, B., Kaljouw, M., Schoonhoven, L. & Achterberg, T. V. (2017). Essential elements of the nursing practice environment in nursing homes: Psychometric evaluation. *International Journal of Older People Nursing*, 12, e12137, 1-10. DOI: 10.1111/opn.12137Ci.
- Brunetto, Y., Rodwell, J. R., Shacklock, K., Farr-Wharton, R. & Demir, D. (2016). The impact of individual organizational resources on nurses outcomes and intent to quit. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 3093-3103. DOI: 10.1111/jan.13081.
- Bruyneel, L., Li, B., Squires, A., Spotbeen, S., Meuleman, B., Lesaffre, E. & Sermeus, W. (2014). Bayesian Multilevel MIMIC Modeling for Studying Measurement Invariance in Cross-group Comparisons. *Medical Care*, 55(4), e25-e35. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000164
- Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Diya, L., Aiken, L. & Sermeus, W. (2009). Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: An RN4CAST Pilot Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 202–210. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01272.x.
- Brzyski, P., Kózka, M., Squires, A. & Brzostek, T. (2016). How factor analysis results

may change due to country context. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 598–607. DOI: 10.1111/jnu.12249.

Burton, J. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. WHO Headquarters, Geneva, Switzerland 1–131.

https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf

Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., Beaumier, J., Kelly, R. G. & Drennan, J. (2019). Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD007019). DOI: 10.1002/14651858.cd007019.pub3.

Cagan, O. & Gunay, O. (2015). The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), 543-547. DOI: 10.12669/pjms.313.6795.

Carthon, J. M. B., Davis, L., Dierkes, A., Hatfield, L., Hedgeland, T., Holland, S., Plover, C., Sanders, A. M. Visco, F., Ballinghoff, J., Guidice, M. D. & Aiken, L. H. (2019). Association of nurse engagement and nurse staffing on patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 40-46. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000334.

Carvalho, M. C. & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice - systematic review. *Millenium*, 2(11), 57-64. DOI: 10.29352/mill0211.06.00274.

Castro, J., Lago, H., Fornelos, M. C., Novo, P., Saleiro, R. M. & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 157-172. DOI: 10.1016/s0870-9025(11)70020-7.

Chen, J., Ramalhal, M. T. & Lucas, P. (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar – uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 29-42. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-29-42.pdf.

Chênevert, D., Jourdain, G., & Vandenberghe, C. (2016). The role of high involvement work practices and professional self-image in nursing recruits' turnover: A three-year prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 73-84. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.005.

Chiang, H. Y. & Lin, S. Y. (2009). Psychometric testing of the Chinese version of nursing practice environment scale. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 919–29. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02433.x.

Chiavenato, I. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração* (6ª Ed.). Rio de Janeiro, Editora Campus.

Cho, E., Choi, M., Kim, E. Y., Yoo, I. Y. & Lee, N. J. (2011). Construct validity and reliability of the Korean version of the practice environment scale of nursing work index for Korean nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(3), 325–

332. DOI: 10.4040/jkan.2011.41.3.325.

- Cho, H. & Han, K. (2018). Associations Among Nursing Work Environment and Health-Promoting Behaviors of Nurses and Nursing Performance Quality: A Multilevel Modeling Approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 403–410. DOI: 10.1111/jnu.12390.
- Cho, S., You, S. J., Song, K. J. & Hong, K. J. (2020). Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26, 1–9. DOI: 10.1111/ijn.12803.
- Choi, J. S. & Boyle, D. K. (2014). Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1441–1449. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.03.001.
- Choi, S. P. P., Cheung, K. & Pang, S. M. C. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 429–439. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01415.x.
- Choi, S., Goh, C., Adam, M. & Tan, O. (2016). Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. *Human Resources for Health*, 14-73. DOI: 10.1186/s12960-016-0171-2.
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M. & Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems—Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 162–173. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002.
- Colwill, J. M., Cultice, J. M. & Kruse, R. L. (2008). Trends: Will generalist physician supply meet demands of an increasing and aging population? *Health Affairs*, 27(3), 232–241. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.w232.
- Copanitsanou, P., Fotos, N. & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172–176. DOI: 10.12968/bjon.2017.26.3.172.
- Cottingham, M., Erickson, R., Diefendorff, J. & Bromley, G. (2013). The Effect of Manager Exclusion on Nurse Turnover Intention and Care Quality. *Western Journal of Nursing Research*, 35(8), 970-985. DOI: 10.1177/0193945913483880.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6^a Ed.). Lisboa, Editora RH.
- Cuttillo, L. (2019). *Parametric and multivariate methods*. In Ranganathan, S., Gribskov, M., Nakai, K. & Schönbach, C. (Eds.), *Encyclopedia of bioinformatics and computational biology*, 738–746. UK: Cambridge. Elsevier.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M. & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a

theoretical review. *Human Resources for Health*, 18, 41. DOI: 10.1186/s12960-020-00469-9.

- De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, S., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G. & Campaner, C. P. (2011a). Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las Islas Baleares. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 191–197. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007.
- De Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J. & Miguélez-Chamorro, A. (2011b). Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 212–221. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05730.x.
- De Sul, S. I. R. & Lucas, P. R. M. B. (2020a). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 7(5), 1475–1481. DOI: 10.1002/nop.2.521.
- De Sul, S. I. R. & Lucas, P. R. M. B. (2020b). Turnover em Enfermagem: Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 29-42. <http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%203%20-%2029-42.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 38 de 22-02-2008, 1182–1189). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/p/cons/20190130/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 71/2019 (2019). Altera o regime da Carreira Especial de Enfermagem, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 247/2009 e Decreto-Lei n.º 248/2009. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 101 de 27-05-2019, 5349–5351). ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122403266>
- Demerouti, E. & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands–Resources model: Challenges for future research. *Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 2-9. DOI: 10.4102/sajip.v37i2.974.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x.
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 28 de 10-02-2015, 3882-(2) - 3882-(10)). ELI: <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 102 de 27-05-2015, 13550 -13553). ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

- Despacho n.º 9390/2021 (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 187 de 24-09-2021, 96 - 103). ELI: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Dominique-Ferreira, S. (2015). Medição da satisfação dos profissionais de saúde: uma aplicação no Agrupamento de Centros de Saúde Feira-Arouca. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2). 188-198. DOI: 10.1016/j.rpsp.2015.07.0010870.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
- Dorigan, G. H. & Guirardello, E. B. (2017) Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: the nurses' perception. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 129-135. DOI: 10.1590/1982-0194201700021.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S. & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12, 286. DOI: 10.1186/1472-6963-12-286.
- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M. & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal of Quality in Health Care*, 25(2), 110-117. DOI: 10.1093/intqhc/mzt019.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Homer, C., Buchan, J. & Dimitrelis, S. (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2703-2712. DOI: 10.1111/Jan.12483.
- Duffy, J. R. (2013). *Quality Caring in Nursing and Health Systems. Implications for Clinicians, Educators, and Leaders* (2nd Ed.). Springer Publishing Company. New York. USA. http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/LibraryFile_151220_55.pdf
- Efstathiou, G., Andreou, C., Tsangari, H., Dimitriadou, M. & Papastavrou, E. (2018). Adaptation and validation of the Cyprus version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: a methodological study. *BMC Research Notes*, 11, 791. DOI: 10.1186/s13104-018-3896-2.
- Eijk, M., Faber, M., Shamma, S., Munneke, M. & Bloem, B. (2011). Moving towards patient-centered healthcare for patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 17(5), 360–364. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2011.02.012.
- Elmi, S., Hassankhani, H., Abdollahzadeh, F., Abadi, M. A. J., Scott, J. & Nahamin, M. (2017). Validity and Reliability of the Persian Practice Environment Scale of Nursing Work Index. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(2), 106-111. DOI: 10.4103/1735-9066.205953.
- Elsous, A., Radwan, M. & Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 1–7. DOI: 10.1155/2017/7406278.

- Er, F. & Sökmen, S. (2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 206–212. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.01.001.
- Esmaeili, M., Cheraghi, M. A. & Salsali, M. (2014). Barriers to Patient-Centered Care: A Thematic Analysis Study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 2-8. DOI: 10.1111/2047-3095.12012.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2005). The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84. DOI: 10.1097/00006199-200503000-00002.
- EC - European Commission, (2017a). *European Pillar of Social Rights*. European Commission, 1–2. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/european_pillar_of_social_rights.pdf
- EC - European Commission, (2017b). *Social Summit for Fair Jobs and Growth*. European Commission, 1–12. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/social-summit-social-priorities-juncker-commission_en.pdf
- Fagerström, L., Kinnunen, M. & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*, 8(4), e016367. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016367.
- Falatah, R. & Conway, E. (2019). Linking relational coordination to nurses' job satisfaction, affective commitment and turnover intention in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Management*, 27, 715-721. DOI: 10.1111/jonm.12735.
- Fernet, C., Trépanier, S. G., Demers, M. & Austin, S. (2017). Motivational pathways of occupational and organizational turnover intent among newly registered nurses in Canada. *Nursing Outlook*, 65, 444-454. DOI: 10.1016/j.outlook.2017.05.008.
- Ferraz, A. P. C. M. & Belhot, R. V. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gestão & Produção*, 17(2), 421-431. DOI: 10.1590/S0104-530X2010000200015.
- Ferreira, M. R. S. C. F. & Amendoeira, J. (2014). Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the Portuguese reality. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), 690–697. DOI: 10.1590/S0080-623420140000400017.
- Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L. & Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2401–2406. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x.
- Friese, C. R. (2012). Practice Environments of Nurses Employed in Ambulatory Oncology Settings: Measure Refinement. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 166–172. DOI: 10.1188/12.onf.166-172.
- Fronteira, I., Jesus, E. & Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40

anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 273-282. DOI: 10.1590/1413-81232020251.28482019.

- Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T. & González-Maria, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 274–280. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001.
- Gabriel, A. S., Erickson, R. J., Moran, C. M., Diefendorff, J. M. & Bromley, G. E. (2013). A multilevel analysis of the effects of the practice environment scale of the nursing work index on nurse outcomes. *Research in Nursing and Health*, 36(6), 567–581. DOI: 10.1002/nur.21562.
- 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. DOI: 10.1002/nur.21733.
- Gasparino, R. C. & Guirardello, E. B. (2017). Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. *Journal of Nursing Management*, 25(5), 375–83. DOI: 10.1111/jonm.12475.
- Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., Miguel-Montoya, I. & Martínez-Riera, J. R. (2018). Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. *Enfermería Clínica*, 28(1), 27–35. DOI: 10.1016/j.enfcl.2017.07.008.
- Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. A., Mármol-López, M. I., Alfaro-Blazquez, R. & Martínez-Riera, J. R. (2019). Development of a short questionnaire based on the Practice Environment Scale-Nursing Work Index in primary health care. *PeerJ*, 7, e7369. DOI: 10.7717/peerj.7369.
- Gea-Caballero, V., Martínez-Riera, J. R., García-Martínez, P., Casaña-Mohedo, J., Antón-Solanas, I., Verdeguer-Gómez, M. V., Santolaya-Arnedo, I. & Juárez-Vela, R. (2021). Study of the strengths and weaknesses of nursing work environments in Primary Care in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1–13. DOI: 10.3390/ijerph18020434.
- Gillet, N., Colocubac, P., Michinov, E., Prosnost, A. M. & Fouquereau, E. (2013), Procedural justice, supervisor autonomy support work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2560-2571. DOI: 10.1111/jan.12144.
- Godinho, I. (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma APA*. Centro de Documentação e Biblioteca, Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Goktepe, N., Turkmen, E., Badir, A., Hayta, O., Yakar, A.H., Kocaeli, B. & Buyukgonenc, L. A. (2018). Development of Managerial Competencies for First-level Nurse Managers in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1096-1103.

- González-Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny, M., Adrover-Barceló, R., Morales-Asencio, J. M. & De Pedro-Gomez, J. (2012). Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1). DOI: 10.1186/1472-6963-12-227.
- Gouzou, M., Karanikola, M., Lemonidou, C., Papathanassoglou, E. & Giannakopoulou, M. (2015). Measuring professional satisfaction and nursing workload among nursing staff at a Greek Coronary Care Unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 15-21. DOI: 10.1590/S0080-6234201500000003.
- Gray, J. R. & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (9th Ed.). St Louis, Missouri: Elsevier.
- Guimarães, R. C. & Cabral, J. A. S. (2010). *Estatística* (2ª Ed.). Lisboa: Verlag Dashöfer Portugal.
- Guirardello, E. B. (2017). Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). DOI: 10.1590/1518-8345.1472.2884.
- Gunawan, J. & Aunguroch, Y. (2017). Managerial competence of first-line nurse managers: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1), e12502. DOI: 10.1111/ijn.12502.
- Gunawan, J., Aunguroch, Y. & Fisher, M. L. (2017). Factores contributing to managerial competence of first-line nurse managers: A sistematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), e12611. DOI: 10.1111/ijn.12611.
- Gunnarsdottir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M. & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nursedoctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 920–927. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.11.007.
- Haegdorens, F., Van Bogaert, P., De Meester, K. & Monsieurs, K. G. (2019). The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 864. DOI: 10.1186/s12913-019-4688-7.
- Hahtela, N., Paavilainen, E., McCormack, B., Helminen, M., Slater, P. & Suominen, T. (2015). Nurses' perceptions of workplace culture in primary health care in Finland. *International Nursing Review*, 62(4), 470–478. DOI: 10.1111/inr.12207.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th Ed.). Hampshire: Cengage Learning EMEA.
- Halcomb, E. J., Davidson, P. M., Caldwell, B., Salamonson, Y. & Rolley, J. X. (2010). Validation of the professional practice environment scale in australian general

- practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 207-213. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2010.01349.x.
- Halcomb, E., Smyth, E. & McInnes, S. (2018). Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review. *BMC Family Practice*, 19(1), 1-14. DOI: 10.1186/s12875-018-0819-1314.
- Halm, M. (2019). The Influence of Appropriate Staffing and Healthy Work Environments on Patient and Nurse Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 28(2), 152-156. DOI: 10.4037/ajcc2019938.
- Halter, M., Boiko, O., Palone, F., Beighton, C., Harris, R., Gale, Y., Gourlian, 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. DOI: 10.1186/s12913-017-2707-0.
- Han, S. S., Han, J. W., An, Y. S. & Lim, S. H. (2015). Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effects of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, 287-296. DOI: 10.1111/jjns.12067.
- Harvey, C., Thompson, S., Otis, E. & Willis, E. (2020). Nurses' views on workload, care rationing and work environments. *Journal of Nursing Management*, 28, 912–918. DOI: 10.1111/jonm.13019.
- Hashish, E. A. (2017). Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*, 24(2), 151-166. DOI: 10.1177/0969733015594667.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S. & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review - An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001.
- Hickson, J. (2013). New Nurses' Perceptions of Hostility and Job Satisfaction. *The Journal of Nursing Administration*, 43(5), 293–301. DOI: 10.1097/nna.0b013e31828eebc9.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58, 255–262. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2010.00851.x.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 133–143. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00920.x.
- Hollman, D., Lennartsson, S. & Rosengren, K. (2014). District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), 30-35. DOI: 10.12968/bjcn.2014.19.1.30.

- Hunt, D. (2013). Does value congruence between nurses and supervisors effect job satisfaction and turnover? *Journal of Nursing Management*, 22(5), 572-582. DOI: 10.1111/jonm.12055.
- Ibrahim, M. M., Abo El-Magd, M. H. & Sayed, H. Y. (2014). Nurse's psychological empowerment and perceived autonomy in university and teaching hospitals at Menofia Governorate/Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(9), 59–68. DOI: 10.5430/jnep.v4n9p59.
- ICN - International Council of Nurses (2014). *Uma força para Mudar Um Recurso Vital para a Saúde*. Geneve: International Council of Nurses. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit DIE 2014_VF_2_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2014_VF_2_proteg.pdf)
- IOM - Institute of Medicine (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Board on Health Care Services. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Washington (DC): National Academies Press (US). 1-485. DOI: 10.17226/10851.
- IOM - Institute of Medicine (2011). *Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* Colorado Nurse. p. 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24983041>
- 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. DOI: 10.1111/scs.12350.
- Jarrín, O., Flynn, L., Lake, E. T. & Aiken, L. H. (2014). Home health agency work environments and hospitalizations. *Medical Care*, 52(10), 877–883. DOI: 10.1097/MLR.000000000000188.
- Jasper, M. A. (2012). Nursing managers – a professional scope of responsibilities. *Journal of Nursing Management*, 20, 431–432. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01430.x.
- Jesus, E., Marques-Pinto, A, Fronteira, I. & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: percepção dos enfermeiros sobre burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2(9), 47-59.
- Jesus, E. H., Roque, S. M. B. & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes da prática de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13(2), 26-44.
- Juanamasta, I. G., Aunguroch, Y., & Gunawan, J. (2021). A Concept Analysis of Quality Nursing Care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 51(4), 430–441. DOI: 10.4040/jkan.21075.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. DOI:

10.3390/ijerph120100652.

- Khunou, S. H. & Davhana-Maselesele, M. (2016). Level of job satisfaction amongst nurses in the North-West Province, South Africa: Post occupational specific dispensation. *Curationis*, 39(1), 1-10. DOI: 10.4102/curationis.v39i1.1438.
- Kim, M. H. & Yi, Y. J. (2019). Impact of leader-member-exchange and team-member-exchange on nurses' job satisfaction and turnover intention. *International Nursing Review*, 66, 242–249. DOI: 10.1111/inr.12491.
- Kim, L. Y., Rose, D. E., Ganz, D. A., Giannitrapani, K. F., Yano, E. M., Rubenstein, L. V., & Stockdale, S. E. (2020). Elements of the Healthy Work Environment Associated with Lower Primary Care Nurse Burnout. *Nursing Outlook*, 68, 14-25. DOI:10.1016/j.outlook.2019.06.018.
- Kirwan, M., Matthews, A. & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 253-263. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020.
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, University of Adelaide.
https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf
- Klopper, H. C., Coetzee, S. K., Pretorius, R. & Bester, P. (2012). Practice environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 685–695. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01350.x.
- Ko, Y. K., Jeong, S. H. & Yu, S. (2018). Job autonomy, perceptions of organizational policy, and the safety performance of nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6), 1–7. DOI: 10.1111/ijn.12696.
- Kowalski, M. O., Basile, C., Bersick, E., Cole, D. A., McClure, D. E. & Weaver, S. H. (2020). What Do Nurses Need to Practice Effectively in the Hospital Environment? An Integrative Review With Implications for Nurse Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 60–70. DOI: 10.1111/wvn.12401.
- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y. & Fisher, M. (2015). Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(8), 1825–1831. DOI: 10.18203/2320-6012.ijrms20150288.
- Kurnat-Thoma, E., Ganger, M., Peterson, K. & Channell, L. (2017). Reducing Annual Hospital and Registered Nurse Staff Turnover—A 10-Element Onboarding Program Intervention. *SAGE Open Nursing*, 3, 1–13. DOI: 10.1177/2377960817697712.

- Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W. & Aiken, L. H. (2015). Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated With Magnet Hospital Recognition. *Medical Care*, 53(6), 550–557. DOI: 10.1097/mlr.0000000000000355.
- Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M. & Aiken, L. H. (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. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.01.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P. & Tsaras, K. (2018a). Perceptions of organizational support and its impact of nurses' job outcomes. *Nursing Forum*, 53, 339-347. DOI: 10.1111/nuf.12260.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Tsaras, K., Cruz, J. P., Colet, P. C. & Gloe, D.S. (2018b). Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: Implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 403-408. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.09.001.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. DOI: 10.1002/nur.10032.
- Lake, E. T. (2007). Measurement and Evidence. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104S–122S. DOI: 10.1177/1077558707299253.
- Lake, E. T. & Friese, C. R. (2006). Variations in Nursing Practice Environments. *Nursing Research*, 55(1), 1–9. DOI: 10.1097/00006199-200601000-00001.
- Lambrou, P., Merkouris, A., Middleton, N. & Papastavrou, E. (2014). Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: A review of quantitative studies. *Health Science Journal*, 8(3), 298–317.
- Laschinger, H. K. S., Borgogni, L., Consiglio, C. & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1080–1089. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002.
- Laschinger, H. K. & Leiter, M. P. (2006). The Impact of Nursing Work Environments on Patient Safety Outcomes: The Mediating Role of Burnout/Engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259–267. DOI: 10.1097/00005110-200605000-00019.
- Lee, H., Chiang, H. & Kuo, H. (2018) – Relationship between authentic leadership and nurses' intention to leave: The mediating role of work environment and burnout. *Journal of Nursing Management*, 27, 52-65. DOI: 10.1111/jonm.12648.
- Leiter, M. P. & Laschinger, H. K. (2006). Relationships of Work and Practice Environment to Professional Burnout: Testing a Causal Model. *Nursing Research*, 55(2), 137-146. DOI: 10.1097/00006199-200603000-00009.

- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, E. H., Sermeus, W., Aiken, L. & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584–1592. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.09.006.
- Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L. & Lesaffre, E. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: A multivariate multilevel probit model. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 281–291. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.001.
- Li, Y. & Jones, C. (2012). A literature review of nursing turnover costs. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 405–418. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x.
- Lin, C., Lu, M. & Huang, H. (2016). The psychometric properties and the development of the indicators of quality nursing work environments in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 24(1), 9–20. DOI: 10.1097/jnr.000000000000106.
- Liou, S. R. & Cheng, C. Y. (2009). Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nursing Research*, 58(3), 218–225. DOI: 10.1097/NNR.0b013e3181a308cd.
- Liu, K., You, L. M., Chen, S. X., Hao, Y. T., Zhu, X. W., Zhang, L. F. & Aiken, L. H. (2012). The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: A nurse questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1476–1485. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x.
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y. & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86(4), 82–89. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005.
- Lorenz, V. R. & Guirardello, E. B. (2014). The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 926–933. DOI: 10.1590/0104-1169.0011.2497.
- Lu, H., Zhao, Y. & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 21–31. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011.
- Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S. & Araújo, B. (2021). Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6422–6433. DOI: 10.3390/ijerph18126422.
- Lucas, P. R. M. B. & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190479. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0479.
- Mainz, H., Baernholdt, M., Ramlau-Hansen, C. H. & Brink, O. (2015). Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *International Nursing Review*, 62(4), 479–488. DOI: 10.1111/inr.12208.

- Margolius, D. & Bodenheimer, T. (2010). Transforming primary care: from past practice to the practice of the future. *Health Affairs*, 29(5), 779–784. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0045.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (2ª Ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª Ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J. & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24–30. DOI: 10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6460.
- Marques-Pinto, A., Jesus, E., Mendes, A. & Fronteira, I. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10(2), 26–37.
- Marques-Pinto, A., Jesus, E. H., Mendes, A. M. O. C., Fronteira, I. & Roberto, M. S. (2018). Nurses' intention to leave the organization: A mediation study of professional burnout and engagement. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, e32. DOI: 10.1017/sjp.2018.30.
- Martínez-Riera, J. R., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., Montejano-Lozoya, R., Doménech-Briz, V., Benavent-Cervera, J. V., Cabellos-García, A. C., Melo, P., Nguyen, T. H. & Gea-Caballero, V. (2020). Qualitative analysis by experts of the essential elements of the nursing practice environments proposed by the TOP10 questionnaire of assessment of environments in primary health care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1–13. DOI: 10.3390/ijerph17207520.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. DOI: 10.1002/wps.20311.
- Mateus, D. & Serra, S. (2017). *Gestão em Saúde: Liderança e Comportamento Organizacional para Enfermeiros Gestores*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-72-7.
- McCane, T. J. & Sambrook, S. (2014). Psychological contracts and commitment amongst nurses and nurse managers: A discourse analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 954-967. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.012.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J. & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 313-322. DOI: 10.1108/09526860410557561.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (3th Ed.). New York, Oxford University Press.

- McGlynn, K., Griffin, M. Q., Donahue, M. & Fitzpatrick, J. J. (2012). Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 260–265. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01351.x.
- McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J., Sloane, D. & Aiken, L. (2011). Nurses' Widespread Job, Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0100.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7–19. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x.
- Middleton, S., Griffiths, R., Fernandez, R. & Smith, B. (2008). Nursing practice environment: How does one Australian hospital compare with magnet hospitals? *International Journal of Nursing Practice*, 14(5), 366–372. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2008.00708.x.
- Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S. & Afaneh, T. (2020). The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace Health & Safety*, 68(8), 384-390. DOI: 10.1177/2165079920901533.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S. & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x.
- Moghaddama, N. M., Jamea, S. Z., Rafieib, S., Saremc, A. A., Ghamchilid, A. & Shafiie, M. (2018). Managerial competencies of head nurses: a model and assessment tool. *British Journal of Nursing*, 27(21), 2-9. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.1.30.
- Mrayyan, M. T. (2019). Nurses' views on hospital organizational characteristics. *Nursing Forum*, 54(4), 650–660. DOI: 10.1111/nuf.12390.
- Munyewende, P. O., Rispel, L. C. & Chirwa, T. (2014). Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Human Resources for Health*, 12(1). DOI: 10.1186/1478-4491-12-27.
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H. & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98. DOI: 10.1111/inr.12342.
- Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O. A., Aunguroch, Y. & Aiken, L. H. (2011) Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (4), 426–433. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x.
- Nascimento, A. & Jesus, É. (2020). Nursing Work Environment and Patient Outcomes

in a Hospital Context. *The Journal of Nursing Administration*, 50(5), 261-266. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000881.

- Nascimento, A., Jesus, É., Almeida, S. P. & Nunes, E. (2020). Validation and Psychometric Assessment of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in the Portuguese Hospital Context. *Journal of Nursing Measurement*, 29(2), 269-282. DOI: 10.1891/JNM-D-19-00077.
- Nasuridin, A. M., Tan, C. L. & Khan, S. N. (2018). The relation between Turnover Intention, High Performance Work Practices (HPWPs), and Organizational Commitment: A Study among Private Hospital Nurses in Malaysia. *Asian Academy of Management Journal*, 23(1), 23-51. DOI: 10.21315/aamj2018.23.1.2.
- Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Graveto, J. M. G. N., Rodrigues, V. J. L. & Marôco, J. P. (2018). Practice environment scale of the nursing work index: Portuguese version and psychometric properties. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 833–841. DOI: 10.1111/jonm.12606.
- Nogueira, L. S., Sousa, R. M. C., Guedes, E. S., Santos, M. A., Turrini, R. N. T. & Cruz, D. A. L. M. (2018). Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 358–365. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0524.
- Nowrouzi-Kia, B. & Fox, M. T. (2020). Factors Associated With Intent to Leave in Registered Nurses Working in Acute Care Hospitals: A Cross-Sectional Study in Ontario, Canada. *Workplace Health & Safety*, 68(3), 121–128. DOI: 10.1177/2165079919884956.
- Nunes, E. M. G. T. & Gaspar, M. F. M. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e55726. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.55726.
- Nurmeksela, A., Mikkonen, S., Kinnunen, J. & Kvist, T. (2021). Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC Health Services Research*, 21, 296 DOI: 10.1186/s12913-021-06288-5.
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G., Shamian, J., Li, X. & Hayes, L. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073-1086. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/ae3016b9-en.
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2020). *Realizing the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/a92adee4-en.
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- OE - Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, I Série (n.º 181 de 16-09-2015), 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- OE - Ordem dos Enfermeiros (2017). *Anuário Estatístico 2017*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf
- Ogata, Y., Nagano, M. & Akanuma, T. (2008). Translating “The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)” in to Japanese. *Journal of School of Nursing*, 30, 19–24. DOI: 10.11463/jja.2.24.
- Ogata, Y., Sasaki, M., Yumoto, Y., Yonekura, Y., Nagano, M. & Kanda, K. (2018). Reliability and validity of the practice environment scale of the nursing work index for Japanese hospital nurses. *Nursing Open*, 5(3), 362–369. DOI: 10.1002/nop2.148.
- Olds, D. M., Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Smith, D. M. & Lake, E. T. (2017). Association of Nurse Work Environment and Safety Climate on Patient Mortality: A Cross-sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 155–161. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.004.
- Park, S. H., Hanchett, M. & Ma, C. (2018). Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730. DOI: 10.1111/jnu.12434.
- Parker, D., Tuckett, A., Eley, R. & Hegney, D. (2010). Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 352–358. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01851.x.
- Parro-Moreno, A., Serrano-Gallardo, P., Ferrer-Arnedo, C., Serrano-Molina, L., De La Puerta-Calatayud, M. L., Barberá-Martín, A., Morales-Asencio, J. M. & De Pedro-Gómez, J. (2013). Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atencion Primaria*, 45(9), 476–485. DOI: 10.1016/j.aprim.2012.12.015.
- Parro-Moreno, A., Serrano-Gallardo, P., Díaz-Holgado, A., Aréjula-Torres, J. L., Abraira, V., Santiago-Pérez, I. M. & Morales-Asencio, J. M. (2015). Impact of primary care nursing workforce characteristics on the control of high-blood pressure: a multilevel analysis. *BMJ Open*, 5, e009126. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009126.
- Patrician, P., Shang, J. & Lake, E. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 99–110. DOI: 10.1002/nur.20370.
- Pearson, A., O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Doucette, E., Tucker, D. Wiechula, R.,

- Long, L., Porritt, K. & Jordan, Z. (2006). Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *International Journal of Evidence Based Health Care*, 4, 337–384. DOI: 10.1111/j.1479-6988.2006.00055.x.
- Pegram, A. M., Grainger, M., Sigsworth, J. & While, A. E. (2014). Strengthening the role of the ward manager: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22, 685-696. DOI: 10/1111/jonm.12047.
- Pentecost, C., Frost, J., Sugg, H. V., Hilli, A., Godwin, V. A. & Richards, D. A. (2019). Patients' and nurses' experience of fundamental nursing care: A systematic review and quality synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–25. DOI: 10.1111/jocn.15082.
- Pérez-Campos, M. A., Sánchez-García, I. & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2014). Knowledge, Attitude and Use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(3), 451–460. DOI: 10.1590/S0120-53072014000300010.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS* (6ª Ed.). Lisboa, Edições Sílabo.
- Pishgooie, A. H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A. & Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, 27, 527-534. DOI: 10.1111/jonm.12707.
- Poghosyan, L., Aiken, L. H. & Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894-902. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004.
- Poghosyan, L., Boyd, D. R. & Clarke, S. P. (2016). Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: A proposed conceptual model. *Nursing Outlook*, 64(2), 146–155. DOI: 10.1016/j.outlook.2015.11.015.
- Poghosyan, L., Liu, J., Shang, J. & D'Aunno, T. (2017). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*, 42(2), 162–171. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000094.
- Poghosyan, L., Shang, J., Liu, J., Poghosyan, H., Liu, N. & Berkowitz, B. (2015). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Management Review*, 40(1), 46–55. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000010.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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. DOI: 10.1097/nna.0b013e3181da40a5.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.
- Pron, A. L. (2013). Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 213–221. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2012.00776.x.
- Rabie, T., Coetzee, S. K. & Klopper, H. C. (2016). The nature of community health care centre practice environments in a province in South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 18(2), 27–41.
- Rabie, T., Klopper, H. C. & Coetzee, S. K. (2017). Creating positive practice environments in a primary health care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4), 1–8. DOI: 10.1111/ijn.12555.
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 184 de 25-09-2019), 128–155. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Regulamento n.º 76/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 21 de 30-01-2018), 3478–3487. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Reid, U. V. & Weller, B. (2010). *Nursing Human Resources Planning and Management Competencies*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses (ICN). https://www.researchgate.net/profile/Una-Reid-2/publication/216055145_Nursing_Human_Resources_Planning_and_Management_Competencies/links/0deec52d05326482e6000000/Nursing-Human-Resources-Planning-and-Management-Competencies.pdf
- Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A. & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2179–2188. DOI: 10.1111/jocn.14150.
- RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario (2013). *Developing and sustaining nursing leadership best practice guideline* (2ª Ed.). Ontario: RNAO. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_Booklet_Web_1.pdf
- Roche, M. A., Duffield, C., Friedman, S., Twigg, D., Dimitrelis, S. & Rowbotham, S. (2016). Changes to nurses' practice environment over time. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 666–675. DOI: 10.1111/jonm.12371.
- Roque, S. M. B. (2016). *Impacte do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24197/1/Tese%20entrega%2028>

- Sanaranayake, D. A., Gellatly, I. & Cummings, G. (2018). A contextual work-life experience model to understand nurse commitment and turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 2053-2063. DOI: 10.1111/jan.13718.
- Sargen, M., Hooker, R. S. & Cooper, R. A. (2011). Gaps in the supply of physicians, advance practice nurses, and physician assistants. *Journal of the American College of Surgeons*, 212(6), 991–999. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2011.03.005.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. C. & Jawad, A. F. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478–85. DOI: 10.1097/00005110-200309000-00008.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G. & Watson, R. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27, 946–954. DOI: 10.1111/jonm.12745.
- Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S. & Hasselhorn, H. M. (2014). The satisfaction with the quality of dementia care and the health, burnout and work ability of nurses: A longitudinal analysis of 50 German nursing homes. *Geriatric Nursing*, 35(1), 42–46. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2013.09.006.
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van Den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P. Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D. & RN4CAST consortium (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10, 6. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6>
- Shacklock, K., Brunetto, Y., Teo, S. & Farr-Wharton, R. (2014). The role of support antecedents in nurses' intentions to quit: the case of Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 811-822. DOI: 10.1111/jan.12239.
- Shaheen, A. M., El-Hneiti, M., Albqoor, M. & Ahmad, M. (2019). Predictors of quality of care provided for older adults. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1747–1755. DOI: 10.1111/jonm.12869.
- Sharif, S. P., Ahadzadeh, A. S. & Nia, H. S. (2018). Mediating role of psychological well-being in the relationship between organizational support and nurses' outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 887–899. DOI: 10.1111/jan.13501.
- Sherman, R. & Pross, E. (2010). Growing Future Nurse Leaders to Build and Sustain Healthy Work Environments at the Unit Level. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1). DOI: 10.3912/OJIN.Vol15No01Man01.
- Shirey, M. R. (2006). Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *American Journal of Critical Care*, 15(3), 256-267. DOI: 10.4037/ajcc2006.15.3.256.
- Shuman, C. J., Ploutz-Snyder, R. J. & Titler, M. G. (2017). Development and Testing

- of the Nurse Manager EBP Competency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 1–16. DOI: 10.1177/0193945917728249.
- Smith, J. G., Morin, K. H., Wallace, L. E. & Lake, E. T. (2017). Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy and Missed Care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), 779–798. DOI: 10.1177/0193945917734159.
- Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T. & Gray, L. (2021). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide*. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication, 19(21), 0076. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-012407.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C. & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saude*, 26(3), 649–659. DOI: 10.5123/S1679-49742017000300022.
- Squires, A., Aiken, L. H., Van Den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., Schoonhoven, L., Stromseng, I., Busse, R., Brzostek, T., Ensio, A., Moreno-Casbas, M., Rafferty, A. M., Schubert, M., Zikos, D. & Matthews, A. (2013). A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 264–273. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.02.015.
- Stalpers, D., De Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J. & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817–835. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005.
- Swiger, P. A., Patrician, P. A., Miltner, R. S., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S. & Loan, L. A. (2017a). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 76–84. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003.
- Swiger, P. A., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S. & Patrician, P. A. (2017b). Adaptation of the Practice Environment Scale for military nurses: a psychometric analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2219–2236. DOI: 10.1111/jan.13276.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A research-based Model of Clinical Judgement in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Titlestad, I., Haugstvedt, A., Igland, J. & Graue, M. (2018). Patient safety culture in nursing homes – a cross-sectional study among nurses and nursing aides caring for residents with diabetes. *BMC Nursing*, 17(1), 1–8. DOI: 10.1186/s12912-018-0305-z.
- Tomaszewska, K., Kłos, A. & Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(8), 1191-1205. Doi: 10.5281/zenodo.1039369.

- Trybou, J., Malfait, S., Gemmel, P. & Clays, E. (2015). Nursing staff and their team: Impact on intention to leave. *International Nursing Review*, 62(4), 489–496. DOI: 10.1111/inr.12216.
- Twigg, D. & McCullough, K. (2014). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 85–92. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015.
- Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L. & Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and implications. *Critical Care Nurse*, 39(2), 67–84. DOI: 10.4037/CCN2019605.
- Vaismoradi, M., Bondas, T., Salsali, M., Jasper, M. & Turunen, H. (2014). Facilitating safe care: A qualitative study of Iranian nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 106–116. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01439.x.
- Vala, J., Marques-Pinto, A., Moreira, S., Lopes, R. C. & Januário, P. (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas, Relatório Final*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R. & Mondelaers, M. (2013a). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: A multilevel modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 357–365. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.006.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van Heusden, D. & Clarke, S. P. (2013b). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1667–1677. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z. & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: A mixed method study. *BMC Nursing*, 16(1), 1–14. DOI: 10.1186/s12912-016-0200-4.
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., Van Heusden, D., Wouters, K. & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1123–1134. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009.
- Van Dam, K., Meewis, M. & Heijden, B. (2012) Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 31-40. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x.
- Wan, Q., Li, Z., Zhou, W. & Shang, S. (2018). Effects of work environment and job characteristics on the turnover intention of experienced nurses: The mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1332–1341. DOI:

10.1111/jan.13528.

- Wang, Y., Dong, W., Mauk, K., Li, P., Wan, J., Yang, G., Fang, L., Huan, W., Chen, C. & Hao, M. (2015a). Nurses' practice environment and their job satisfaction: A study on nurses caring for older adults in Shanghai. *PLoS One*, 10(9), 1–14. DOI: 10.1371/journal.pone.0138035.
- Wang, S., Liu, Y. & Wang, L. (2015b). Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 78–86. DOI: 10.1111/ijn.12216.
- Warshawsky, N. E. & Sullivan-Havens, D. (2011). Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*, 60, 17-31. DOI: 10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c.
- Warshawsky, N. & Cramer, E. (2019). Describing Nurse Manager Role Preparation and Competency. *The Journal of Nursing Administration*, 49(5), 249–255. DOI: 10.1097/nna.0000000000000746.
- Watkins, S., Corley, D., Cleeter, D., Moe, K. & Brockopp, D. (2014) Implementing a nurse leader fellowship model. *Nursing Management*, 45(7), 53-55. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000451038.15082.b7.
- Weber, E., Ward, J. & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: A toolkit for success. *Nursing Management*, 46(12), 47-50. DOI: 10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G. & Rose, M. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 287-300. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.04.010 2352-0132.
- WHO - World Health Organization (2006). *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Quality, 1–50. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO - World Health Organization (2010). *Healthy workplaces: a model for action*. Geneva, Switzerland. WHO Press, 1-32. https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf
- WHO - World Health Organization (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon"*. *International Classification of Diseases*. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- WHO - World Health Organization (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, Towards eliminating avoidable harm in Health Care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

- WHO, OECD & WB - World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development & The World Bank (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank. 1-99. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wiskow, C., Albrecht, T. & Pietro, C. (2010). *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies Health Systems and Policy Analysis. Copenhagen, Denmark, (15), 1–48. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/124416/e94293.pdf
- WMA - World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Bulletin of the World Health Organization, 79(4), 373. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wong, C. & Laschinger, H. (2015). The influence of frontline manager job strain on burnout, commitment and turnover intention: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1824–1833. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.09.006.
- Xian, M., Zhai, H., Xiong, Y. & Han, Y. (2020). The role of work resources between job demands and burnout in male nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3–4), 535–544. DOI: 10.1111/jocn.15103.
- Yasin, M., Kerr, M. S., Wong, C. A. & Bélanger, C. H. (2020). Factors affecting job satisfaction among acute care nurses working in rural and urban settings. *Journal of Advanced Nursing*, 76, 2359–2368. DOI: 10.1111/jan.14449.
- Yeatts, D. E., Seckin, G., Shen, Y., Thompson, M., Auden, D. & Cready, C. M. (2018). Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3652–3665. DOI: 10.1111/jocn.14267.
- Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and Managing in Nursing (7th Ed.)*. Missouri: Elsevier.
- You, L. M, Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P, Hu, Y., Jiang, X-L., Li, X-H., Li, X-M., Liu, H-P., Shang, S-M., Kutney-Lee, A. & Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–161. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003.
- Yu, M. & Lee, H. (2018). Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. *Japan Journal of Nursing Science*, (15), 351-362. DOI: 10.1111/jjns.12210.
- Yurumezoglu, H. A. & Kocaman, G. (2012). Pilot Study for evidence-based nursing management: Improving the levels of job satisfaction, organizational

- commitment, and intent to leave among nurses in Turkey. *Nursing and Health Sciences*, 14, 221-228. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2012.00682.x.
- Yurumezoglu, H. A., Kocaman, G. & Haydari, S. M. (2018). Predicting nurses'organizational and professional turnover intentions. *Japan Journal of Nursing Science*, 16, 274–285. DOI: 10.1111/jjns.12236.
- Zangaro, G. A. & Jones, K. (2019). Practice environment scale of the nursing work index: a reliability generalization meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 41(11), 1658-1684. DOI: 10.1177/0193945918823779.
- Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M., Lv, A. L., Ma, W. G., Wang, J., Wang, S. H., Wu, X., Zhu, X. W. & Bu, X. Q. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook*, 62(2), 128–137. DOI: 10.1016/j.outlook.2013.10.010.
- Zhu, X., Zheng, J., Liu, K. & You, L. (2019). Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: The mediation effect tested by structural equation modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10). DOI: 0.3390/ijerph16101672.

7. APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de actividades

Cronograma de actividades

Ano	2018	2019				2020				2021				2022	
Trimestre	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1. Entrega do projeto para discussão															
2. Registo definitivo da tese															
3. Revisão da literatura															
4. Obtenção dos dados e análise exploratória dos mesmos															
5. Tratamento e análise dos dados															
6. Redação da tese															
7. Revisão e conclusão da tese															
8. Entrega da tese															
9. Redação de artigo e submeter a publicação															
10. Apresentação/comunicação Congresso Científico															

Apêndice 2 - Produção científica associada: “*Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review*” de Lucas & Nunes (2020).

Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review

Ambiente da prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão scoping

Ambiente de la práctica de enfermería en Atención Primaria a la Salud: revisión de alcance (scoping review)

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas¹

ORCID: 0000-0002-2560-7306

Elisabete Maria Garcia Teles Nunes^{II}

ORCID: 0000-0001-7598-0670

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

^{II}Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal.

How to cite this article:

Lucas PRMB, Nunes EMGT. Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review.

Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190479.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>

Corresponding author:

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

E-mail: prlucas@esel.pt



EDITOR IN CHIEF: Dulce Barbosa
ASSOCIATE EDITOR: Hugo Fernandes

Submission: 11-08-2019 **Approval:** 04-17-2020

ABSTRACT

Objective: To examine the scientific evidence about the nursing practice environment in Primary Health Care. **Methods:** Three-step scoping review. 1) An initial research on CINAHL and MEDLINE. 2) A broader search using the same keywords and search terms in the remaining EBSCOHost platform databases. 3) Search the bibliographical references of the selected articles. The studies selected were from 2007 to 2018. **Results:** 19 articles were included, most reported findings of the nursing practice environment and results for clients, nurses, nurse managers and the efficiency of organizations, in Primary Health Care. **Conclusion:** Improving the environment of nursing practice has consequences on the quality of nursing care, with increased results for clients, nursing and Primary Health Care.

Descriptors: Nursing; Health Services Administration; Work Environment; Primary Health Care; Review.

RESUMO

Objetivo: Examinar a evidência científica acerca do ambiente da prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Revisão *scoping* da literatura, com 3 etapas: 1) uma pesquisa inicial na CINAHL e MEDLINE; 2) uma pesquisa mais ampliada, utilizando as mesmas palavras-chave e termos de pesquisa, nas bases de dados restantes da plataforma EBSCOHost; 3) pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Os estudos selecionados foram do período entre 2007 e 2018. **Resultados:** Foram incluídos 19 artigos; a maioria relatou achados do ambiente da prática de enfermagem e resultados para os clientes, para os enfermeiros, para os enfermeiros gerentes e para a eficiência das organizações, na Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** Melhorar o ambiente da prática de enfermagem tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, com aumento de resultados para os clientes, para a enfermagem e para a Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Enfermagem; Administração de Serviços de Saúde; Ambiente de Trabalho; Atenção Primária à Saúde; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Examinar la evidencia científica acerca del ambiente de la práctica de enfermería en la Atención Primaria a la Salud. **Métodos:** Revisión de alcance (*scoping review*) de la literatura en 3 etapas: 1) Una investigación inicial en la CINAHL y MEDLINE. 2) Una búsqueda más amplia utilizando las mismas palabras clave y términos de búsqueda en las bases de datos restantes de la plataforma EBSCOHost. 3) Buscar las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados. Los estudios seleccionados han sido de 2007 a 2018. **Resultados:** Han sido incluidos 19 artículos, la mayoría relacionó hallazgos del ambiente de la práctica de enfermería y resultados para clientes, enfermeros, gerentes de enfermería y la eficiencia de las organizaciones, en Atención Primaria a la Salud. **Conclusión:** Mejorar el ambiente de la práctica de enfermería tiene consecuencias en la calidad de los cuidados de enfermería, con mayores resultados para los clientes, la enfermería y la Atención Primaria a la Salud.

Descriptor: Enfermería; Administración de los Servicios de Salud; Ambiente Laboral; Atención Primaria a la Salud; Revisión.

INTRODUCTION

Knowledge and scientific evidence about nursing practice environments (NPE) in the context of Primary Health Care (PHC) is scarce⁽¹⁾.

Policy makers, health and professional organizations have proposed to redesign the health system in PHC with the aim of increasing citizens' accessibility, improving customer outcomes and maximizing efficiency⁽¹⁾.

The aging of the population and the chronicity of many diseases cause an increase in demand for both PHC⁽¹⁾ consequently, by nurses⁽²⁾, so that the needs of these customers are attended to.

The International Council of Nurses⁽³⁾ considers that there is a critical shortage of nurses, that motives are complex and varied, being, amongst the main ones, the unfavorable environments, which weaken the performance or contribute to the alienation and absent-mindedness of nurses and, all too often, distance them from work environments specific or profession⁽³⁾. As such, in the last decade, the global shortage of nurses has had the consequence of increasing international academic interest in the NPE⁽⁴⁾.

The practice of nursing care is developed in an environment of increasing complexity and stress for professionals⁽⁵⁾. The stressful nature of nursing can lead to burnout, low productivity, absenteeism⁽⁶⁾ and, in the long run, contributes to the lack of staff^(4,7), further aggravating the problem⁽⁸⁾.

Knowing the environments where the care practices take place, we are contributing to improve them and, consequently, promote the quality of nursing care. The NPE is related to job satisfaction, the quality of nursing care and the safety of the client⁽⁹⁾ and, yet, with the effectiveness of care for clients and the efficiency of organizations. Thus, the study of this theme presents fundamental contributions to the health policies of the health systems of any country.

The study of the NPE is essential to diagnose how we can improve it, how we can promote the quality of care that nurses provide and, therefore, contribute to the improvement of clinical practice contexts⁽¹⁰⁾.

The quality of nursing care is an essential element in the profession and refers, among other points, to the direct relationship between the client and the nurse. It depends on many factors, mainly the NPE⁽⁵⁾.

Lake defines the practice environment as the organizational characteristics of a work context that facilitate or constrain professional nursing practice⁽⁹⁾.

A favorable NPE leads to improved customer results, it is an essential factor for increasing nurses' job satisfaction^(6-7,9), being essential to maintain teams with safe staffing and retain nurses⁽⁸⁾.

On the other hand, poor NPEs, with a lack of management support, weak leadership and poor multidisciplinary relationship are associated with: decreased quality of care⁽¹¹⁾; adverse events on customers⁽¹⁾ such as errors⁽¹¹⁾; increased mortality and complications⁽¹²⁻¹³⁾; readmissions for complications⁽¹⁴⁾; rising health care costs⁽¹⁵⁾; ineffective provision of care, conflicts and stress among health professionals^(5,11); professional dissatisfaction and increased turnover of nurses^(1,16-17).

A safe NPE is characterized by good professional relationships among its members, management that supports nurses in the practice of care and balanced working hours⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. It is also characterized

by a balance between the workload and the skills of nurses, time to respond to client needs, professional autonomy, adequate resources and opportunities for professional advancement⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

The most important characteristics of a NPE in PHC are support and management support; leadership and management; good multidisciplinary relationships between nurses and doctors; and quality of care⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Nurse managers play a key role in creating a favorable NPE⁽⁸⁾, positive⁽¹⁹⁾ and promoting and providing quality care. They can also provide the necessary tools for the professional development of nurses and future managers⁽²¹⁾. Leadership influences NPE⁽²²⁻²³⁾. Without adequate skills and knowledge, it becomes difficult for nursing leaders to maintain a favorable practice environment^(19,24). The nurse manager is an engine of change on the path to excellence, organizing existing resources and creating a safe environment in nursing care⁽²⁵⁾.

The performance of nurses in PHC focuses on the treatment, rehabilitation and health promotion of clients, although these professionals have little time for health promotion and disease prevention in the daily care organization. They have a significant and recognized action in home care⁽⁵⁾.

The characteristics of the NPE are modifiable factors and can be improved with political-administrative initiatives, namely: training of nurse managers; promote continuity of customer care; increase opportunities for nurses' continuing education and expand opportunities for nurses to participate in organizational decisions⁽²⁶⁾.

This way, it is urgent and a duty of nursing research to study the NPE in the context of PHC, especially because published studies on the subject are scarce. There is a need to investigate the NPE at other levels of health system care, in addition to the hospital context⁽²⁵⁾.

Considering that a favorable NPE is essential for the implementation of any health program in PHC and in the follow-up of health policies for that context, promoting the improvement of these environments is essential; it is a public service for citizens, health professionals and organizations.

OBJECTIVE

To examine the scientific evidence about the NPE in PHC.

METHODS

This *scoping review* has as *guidelines* the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) for *scoping reviews*⁽²⁷⁾. The objective is to examine the scientific evidence about the NPE in PHC. The guiding question is: "How is the nursing care practice environment characterized in PHC?" According to JBI, the *scoping analysis* aim to provide a map of the scope of available evidence; and allow the identification of issues to help promote health and, in this case, evidence-based nursing care, increasing knowledge, identifying gaps and alerting to the need for further systematic reviews⁽²⁷⁾.

The review question was formulated based on the PCC strategy, in which it was considered: Population (P), nurses; Concept (C), the NPE; Context (C), PHC or community. The types of sources used were quantitative and qualitative studies. Quantitative studies included observational and cross-sectional designs and psychometric validation, while qualitative studies were descriptive, associated with a quantitative design. Systematic literature reviews were meta-syntheses.

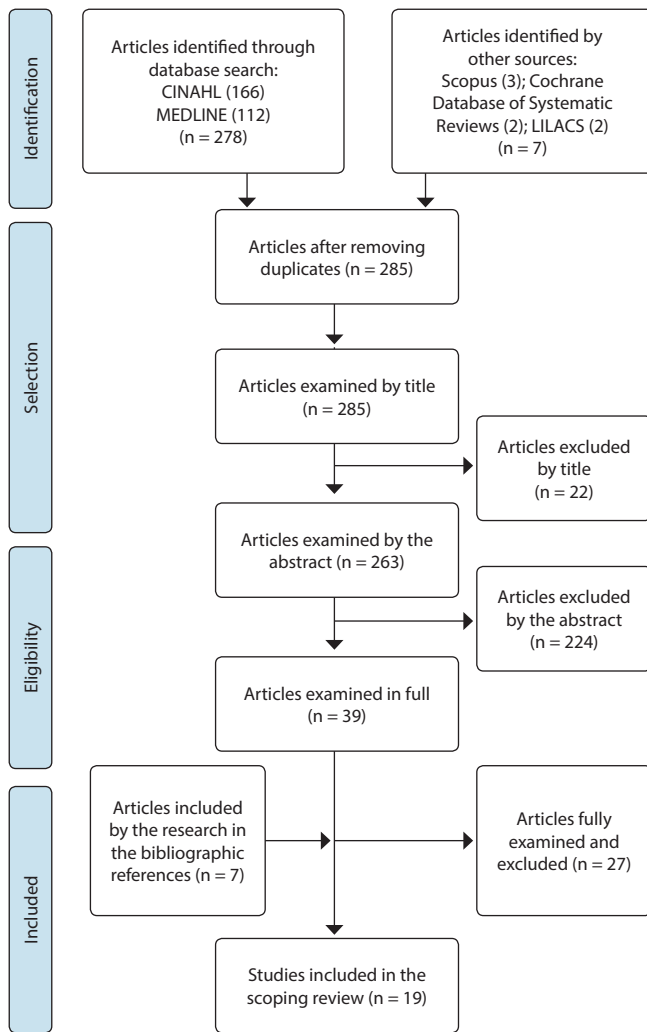


Figure 1 – PRISMA diagram regarding the study selection process

The research strategy aimed to find both published and unpublished studies. Three stages of research were used. The first stage was developed at CINAHL and MEDLINE, with an analysis of the descriptors contained in the titles and abstracts. In the second stage, in a broader search, the same descriptors and search terms were used in the remaining databases of the EBSCOHost platform. In the third stage, new studies were identified by searching the bibliographic references of all included articles. This review was limited to studies published in English, Spanish and Portuguese.

No time limit was defined, since it was intended to cover all the literature that addressed the topic in question⁽²⁷⁾, due to the scarcity of this theme in the context of PHC. Thus, the articles obtained are limited to the period from 2007 to 2018.

The research was carried out in the following sources: CINAHL; MEDLINE; Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews; LILACS; Scientific Electronic Library Online (SciELO); "Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal" (RCAAP - Open Access Scientific Repositories of Portugal).

The descriptors initially used in English were: *Nursing Practice Environment* OR *Work Environment* OR *Nursing Practice* OR *Clinical Care Environment* AND *Primary Health Care* OR *Primary Care Settings* OR

Community Health Nursing OR *Community Health Centers* OR *Primary Health Organization*. Search terms were considered in the summary.

Full articles were considered for studies that contained the inclusion criteria for this review. In cases of doubt in the analysis of the abstracts, with regards to the relevance of studies, the full article was obtained.

The data were extracted from the articles included in the review, using a table for extracting the results, according to the purpose and question of the review and according to the JBI scoping review methodology⁽²⁷⁾. The extraction table was organized by the following data: Author(s), Year of publication, Country; Title; Objectives; Study design; Study population/Sample size/Participants; Context; Relevant concept(s) of the review question/Measurement instrument(s); Main results.

Following the guidelines of Levac et al.⁽²⁸⁾, the data was obtained without disagreement between the reviewers, who did not consider it necessary to contact or ask the primary authors for information/clarification about the data, according to Arksey and O'Malley⁽²⁹⁾.

Figure 1 specifies the results of the analysis steps, following the PRISMA model of *Flow Diagram*⁽³⁰⁾.

RESULTS

After removing duplicate articles⁽³⁰⁾, 285 studies were identified for review selection. A total of 46 articles met the inclusion criteria based on the verification of titles and abstracts. Once the full-text articles were obtained, they were then read and examined, so that 19 met the inclusion criteria, of which 16 exclusively in the context of PHC and 3 in a mixed context (PHC and hospital). In the end, this *scoping* review corresponded to the response of 4,383 nurses from the PHC context.

Europe had the largest number of publications, with 47.4%, and included Spain as the country with the highest number of publications, with 36.8%. America was represented only by the United States, with 15.8% of publications. Africa accounted for 21% of publications (South Africa and Nigeria); Oceania (Australia and New Zealand), 10.5%; and Asia, only one study, from China, corresponding to 5.3%.

The quantitative investigation method was adopted by 78.9% of the studies. Systematic literature reviews and 2 meta-syntheses were found and included in this study, totalling 68 studies.

By analyzing the results of the 19 articles, five thematic categories emerged: NPE assessment and job satisfaction; NPE and the recruitment and retention of nurses; The NPE and the results on the clients; Improvement of the NPE; and the NPE and professional development.

DISCUSSION

The purpose of this *scoping* review is to examine the scientific evidence about NPE in PHC. To answer this question, 17 primary studies were included. Although it was important to include systematic reviews, only two focused on the care context of this review, which are meta-syntheses⁽³¹⁻³²⁾. The study of Poghosyan et al.⁽³¹⁾ proposes a conceptual model to maximize the contributions of PHC nurses and understand how legislation and institutional policies influence, namely, the NPE. The review of Lambrou et al.⁽³²⁾

analyzes the related factors between NPE and job satisfaction in two contexts: PHC and hospital. These literature reviews examined scientific evidence for different purposes, but any mentions about the subject of the present *scoping* review. Thus, we consider the evidence presented in it to be of great worldwide scope.

The NPE should be the primary focus of concern for health systems to prevent crises in two areas: the shortage of nurses and the safety of clients⁽¹⁰⁾. The PES-NWI scale is an instrument that allows researchers to identify the contributions of the NPE to the results of nursing and clients^(9,10) and produce consistent and comparable evidence⁽¹⁰⁾. As demonstrated by Lake⁽¹⁰⁾, PES-NWI allows to expand reflection and knowledge in all conceptual domains⁽¹⁰⁾. This instrument is also valid to measure the fundamental variables of the NPE in PHC and also allows to evaluate, analyze and reorient the practices of nurses in this context of care⁽³³⁾.

The articles selected for this scoping review used the following measurement instruments: Practice Environment Scale-NWI, in 47.7% of the studies; the scale Nursing Work Index-Revised, in 10.5%; the scale Nurse Practitioner Primary Care Organizational Climate Questionnaire, in 10.5%; the scale Nursing Context Index, in 5.3%; the scale Job Satisfaction Questionnaire, in 5.3%; and the scale World Health Professions Alliance Scale, in 5.3%. The Practice Environment Scale-NWI remains the most used NPE measurement tool⁽¹⁰⁾.

The APE is the most influential factor and has the greatest impact on nursing outcomes and on the perceptions of the quality of care and client safety. These issues are particularly important in the context of the global crisis that has affected countries in recent years⁽³²⁾.

There are distinctions between the NPE in the hospital context for that of the PHC context⁽³⁴⁾. Secondly the study of Poghosyan et al.⁽³⁴⁾ is an example of the type of decision making, the relationship between team members and the organizational processes. It is important to reconcile the knowledge of these differences with what those authors⁽³⁴⁾ consider essential in the context of PHC, which is the learning to promote favorable environments on the part of all nurses. It is important that nurses understand the mechanism of action between the NPE and the implications both in the results of organizations and clients, and in the consequences for the professionals themselves.

Nurses occupy a central position in PHC⁽³⁵⁾, and managers can compare the results of NPE assessments between various health organizations to implement distinct improvements⁽⁹⁾.

Assessment of the Nursing Practice Environment and Professional Satisfaction

Job satisfaction is affected by the NPE, more than any other factor^(32,36). The NPE consists of the fundamental organizational factor⁽³⁶⁾, which has a strong impact on the organization's exit intention decisions^(32,34). If nurses have support and management support^(19,36) and greater visibility of their interventions, they are more likely to be more satisfied⁽³⁶⁾. It is through an NPE favorable to the practice in PHC that there is greater professional satisfaction^(34-35,37-40). As for nurse managers, they must have freedom of choice of workplace and must evaluate and manage their workload in order to increase their job satisfaction.⁽⁴¹⁾

Favorable NPE is important for mobilizing necessary resources quickly, for enabling good multidisciplinary relationships and for

promoting the quality of nursing care^(32,38). Nurses consider that there is a good NPE in PHC⁽²⁰⁾.

The Nursing Practice Environment and the recruitment and retention of nurses

The existence of favorable NPEs is a major constraint on the ease of recruitment, of the stability of the teams⁽³⁹⁾ and retention of professionals in PHC, aiming to meet conditions for the quality of care^(19,34-35,37,40,42). One of the biggest challenges for healthcare organizations is to retain good professionals⁽⁴²⁾. Another factor that contributes to their recruitment and retention is the improvement of the organizational culture in PHC⁽⁴²⁾.

The appropriations are also related to the NPE⁽³²⁾. There is an underuse of PHC nurses; if NPEs are improved in this context, professional retention will increase^(31-32,34,40). If the NPEs are not improved, there will continue to be high levels of *turnover*^(31,40).

The Environment of Nursing Practice and the results in clients

Policy makers, health and professional organizations have been proposing to redesign the health system in PHC with the aim of increasing citizens' accessibility, improving results with clients and maximizing efficiency⁽¹⁾.

Studying NPEs in PHC provides evidence on how to increase the quality of nursing care^(19,39-40) and customer safety, how to improve obtaining results^(35,39) and decrease customer complications^(20,31), namely improving disease control and preventing associated risks⁽³⁶⁾.

Improving the Nursing Practice Environment

There is little knowledge and scientific evidence about NPEs in the context of PHC^(1,39), which can affect the expansion of the profession^(1,19,40,41).

NPE is one of the variables with the greatest impact on the quality of care⁽³⁶⁾. If NPEs are not improved, high levels of stress will continue, *burnout* *turnover*^(31,40). *Burnout* is a consequence of unfavorable NPEs⁽³²⁾.

Multidisciplinary relationships are a predictive factor for a good NPE^(36,38). Favorable NPEs have implications for multidisciplinary relationships and the relationship with management/administration to obtain better results^(19,32,40,43). It appears that there are good multidisciplinary relationships, but that relations with the management bodies of PHC organizations must be improved^(1,36).

New strategies are needed to improve the NPE, which will lead to better quality of care provided, such as the allocation of more nursing human resources^(34,39-40,44), resulting in more time for care and more material resources^(38,44).

The nurse managers, as they have an important role in improving the NPEs^(19-20,39,42,44), face challenges such as providing greater support and management support^(19,39,44-45) to their teams, with the development of effective leadership styles^(19,39,43-45). In addition, they must intervene effectively in improving the NPE due to the concern to obtain results with customers^(20,41), improving PHC organizational culture⁽⁴²⁾ as well as the organizational climate^(34,39).

Thus, there is a need for health policies aimed at promoting good NPEs in organizations^(32,36).

The Nursing Practice Environment and professional development

The NPE in PHC is positive, despite the shortage of nurses⁽²⁰⁾. These have little participation in the management processes, which brings difficulties in their professional development⁽²⁰⁾.

A good NPE favors the autonomous component of the profession^(33-34,39,45) and it is the best way to keep qualified, committed and motivated nursing teams⁽¹⁹⁾. It also favors the use of the best available knowledge and evidence-based practice⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

In order to develop better NPEs, PHC organizations must provide conditions for the training of nurses, for the acquisition of knowledge and the development of skills in communication, decision making and multidisciplinary collaboration⁽³⁵⁾. Team cohesion and teamwork is an important factor in the NPE⁽¹⁹⁾, and the culture of in-service training improves the skills of nurses and all health professionals⁽¹⁹⁾.

The promotion of good NPEs must involve not only nurses in practice, but also nurse managers and organizations themselves⁽³⁴⁾ as well as academia and research.

The presence of competent nurse managers in the decision-making bodies of organizations will influence the NPE and contribute to the efficiency of organizations⁽³⁵⁾. The performance of nurse managers is fundamental for the organizational positioning in view of the necessary improvements in the NPE⁽³⁵⁾.

With all these factors of knowledge about the NPE, nurse managers must take ownership of PHC management⁽¹⁹⁾.

Study limitations

Due to the specificity of the NPE theme and the PHC context as well as the respective scarcity of scientific evidence, a limitation of this study was that there were only two articles from the last two years of the research period, which correspond to 10.5% of the included studies. In relation to the last five years of the research period, the studies included were 63% of the total of the 19 included.

Contributions to the field of Nursing

There is a large knowledge gap about NPE in PHC. This literature review intends to contribute to increase this knowledge in the different areas of nurses' performance: in the provision of care, in management, in research, in teaching and in consulting or advisory services.

CONCLUSION

This review provides evidence, which is scarce, about the NPE in the context of PHC and provides a service to nurses, nurse managers, academics, researchers and health policy makers, contributing to the improvement of the quality of nursing care - in particular, in the context of PHC.

The NPE is the most influential factor with the greatest impact on nursing outcomes and on the perceptions of the quality of care and client safety.

The NPE in the context of PHC is distinguished from the hospital context by the type of decision making, the relationship

between team members and the organizational processes. Also, for promoting favorable environments that will contribute to increasing results with clients, nurses and organizations.

Important aspects of the NPE are the multidisciplinary relationship between nurses-doctors and nurses-managers-administrators as well as internal communication in organizations, so they should be promoted.

Poor NPEs hinder both the provision of nursing care and the use of all the skills and knowledge that nurses have and hinder the development and acquisition of new skills quickly. They also give rise to job dissatisfaction, difficulties in recruiting good professionals, *burnout e turnover*, with harmful consequences for organizations.

Nurse managers contribute strongly to favorable NPEs, need management training and develop these skills to support their teams, leading them, increasing their cohesion and promoting teamwork.

This review showed that the NPE in PHC has the following characteristics: support and management support; nursing leadership; multidisciplinary nurse-physician and nurse-manager-administration relations; results with customers, namely in customer safety; retention of good professionals; and improving the quality of nursing care.

Developing favorable NPEs in the services and in the different PHC units, anywhere in the world, is the best strategy to guarantee the safety of clients and the health of the professionals who care for them. Favorable NPEs are essential to promote excellence in nursing care; they have strong support from nurse managers to their teams; increase job satisfaction, decrease the *burnout* and *turnover*; contribute to improving the effectiveness of organizations. In addition, they guarantee a higher level of health, safety and well-being for professionals, with staffing of nurses suited to the needs of clients and the inherent workload. They promote the retention of good nurses; promote motivation through leadership relationships by their managers and leaders, thereby improving productivity and commitment to the organization. Favorable NPEs are more inclusive, generate innovation and intrapreneurship phenomena in organizations. Also, they promote improved service to citizens, improve the care they provide and increase results with customers. Besides, they affect the behavior, performance and results of organizations, teams, nurses and clients.

PHC human capital must increase in quantity and quality, it is essential to know and understand the NPE and how it can be improved. Evidence shows us that there should be investment in promoting favorable NPEs. Otherwise, PHC loses human capital, without which it cannot carry out its mission.

FUNDING

Universidade Católica Portuguesa.

ACKNOWLEDGMENTS

Nurse Maiko Barboza for linguistic adaptation to Brazilian Portuguese.

REFERENCES

1. Poghosyan L, Shang J, Liu J, Poghosyan H, Liu N, Berkowitz B. Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Manage Rev.* 2014;40(1):46–55. doi: 10.1097/HMR.000000000000010
2. Margolius D, Bodenheimer T. Transforming primary care: from past practice to the practice of the future. *Health Aff.* 2010;29(5):779–84. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0045
3. International Council of Nurses (ICN). Uma força para Mudar Um Recurso Vital para a Saúde. Geneve: International Council of Nurses[Internet]. 2014[cited 2019 Feb 5]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2014_VF_2_proteg.pdf
4. Jesus EH, Roque SMB, Amaral AFS. Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes da prática de enfermagem. *Rev Invest Enferm[Internet].* 2015 [cited 2019 Feb 5];13(2):26–44. Available from: http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE13_s2.pdf
5. Tomaszewska K, Kłos A, Majchrowicz B. Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *J Educ Health Sport.* 2017;7(8):1191–1205. doi: 10.5281/zenodo.1039369
6. Garrett C. The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN J.* 2008;87(6):1191–1204. doi: 10.1016/j.aorn.2008.01.022
7. Leone C, Bruyneel L, Anderson JE, Murrells T, Dussault G, Henriques de Jesus É, et al. Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: a cross-sectional study. *Health Policy.* 2015;119(12):1584–92. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.006.
8. Shirey MR. Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *Am J Crit Care[Internet].* 2006; [cited 2019 Feb 5];15(3):256–67. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/3/256.full.pdf+html>
9. Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Heal.* 2002;25(3):176–88. doi: 10.1002/nur.10032.
10. Lake ET. Measurement and Evidence. *Med Care Res Rev.* 2007;64(2):1045–1225. doi: 10.1177/1077558707299253
11. Erickson JI. Overview and Summary: Promoting Healthy Environments - a Shared Responsibility. *OJIN.* 2010;15(1): 117–20. doi: 10.3912/OJIN.Vol15No01ManOS
12. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344(7851):1–14. doi: 10.1136/bmj.e1717.13
13. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K. Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nurs Res.* 2011;60(1):1–8. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181fff15d
14. Ma C, Shang J, Stone P. "Can nurse work environment influence readmission risk?": a systematic review. *Nurs Res Rev.* 2014;(4):91–101. doi: 10.2147/NRR.S46156
15. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm.* 2011;41(1):41–7. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182002a4c
16. Brazil K, Wakefield DB, Cloutier MM, Tennen H, Hall CB. Organizational culture predicts job satisfaction and perceived clinical effectiveness in pediatric primary care practices. *Health Care Manage Rev.* 2010;35(4):365–71. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181edd957
17. De Milt DG, Fitzpatrick JJ, McNulty SR. Nurse practitioners' job satisfaction and intent to leave current positions, the nursing profession, and the nurse practitioner role as a direct care provider. *J Am Acad Nurse Pract.* 2011;23(1):42–50. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00570.x
18. Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs.* 2017;26(3):172–6. doi: 10.12968/bjon.2017.26.3.172
19. Alves DFS, Guirardello EB. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2):e58817. doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.58817
20. Rabie T, Klopper HC, Coetzee SK. Creating positive practice environments in a primary health care setting. *Int J Nurs Pract.* 2017;23(4):1–8. doi: 10.1111/ijn.12555
21. Gea-Caballero V, Castro-Sánchez E, Juárez-Vela R, Díaz-Herrera MÁ, de Miguel-Montoya I, Martínez-Riera JR. Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. *Enferm Clin.* 2018;28(1):27–35. doi: 10.1016/j.enfcli.2017.07.008
22. Weber E, Ward J, Walsh T. Nurse leader competencies: A toolkit for success. *Nurs Manage.* 2015;46(12):47–50. doi: 10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85
23. Balsanelli AP, Cunha ICKO. The work environment and leadership in nursing: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):934–40. doi: 10.1590/S0080-623420140000500022
24. Watkins BS, Corley D, Cleeter D, Moe K, Brockopp D. Implementing a nurse leader: fellowship model. 2014;(July):53–55. doi: 10.1097/01.NUMA.0000451038.15082.b7
25. McSherry R, Pearce P, Grimwood K, McSherry W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *J Nurs Manag.* 2012;20(1):7–19. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x

26. Flynn L, Liang Y, Dickson GL, Aiken LH. Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(12):2401–6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x
27. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141–6. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050
28. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Science*. 2010;5(69):1–9. doi:10.1186/1748-5908-5-69
29. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616
30. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the Prisma Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151:264-269. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
31. Poghosyan L, Boyd DR, Clarke SP. Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: a proposed conceptual model. *Nurs Outlook*. 2016;64(2):146–55. doi: 10.1016/j.outlook.2015.11.015
32. Lambrou P, Merkouris A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Heal Sci J [Internet]*, 2014[cited 2019 Feb 5];8(3):298–317. Available from: <http://www.hs.j.gr/medicine/nurses-perceptions-of-their-professional-practice-environment-in-relation-to-job-satisfaction-a-review-of-quantitative-studies.php?aid=2666>
33. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Miguélez-Chamorro A. Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *J Adv Nurs*. 2011;68(1):212–21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05730.x
34. Poghosyan L, Liu J, Shang J, D'Annunzio T. Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: implications for primary care workforce capacity. *Health Care Manage Rev*. 2017;42(2):162–71. doi: 10.1097/HMR.0000000000000094
35. Ayamolowo SJ, Irinoye O, Oladoyin MA. Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study. *Int J Caring Sci [Internet]*. 2013 [cited 2019 Feb 5];6(3):531–43. Available from: <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27.%20Ayamolowo%20.pdf>
36. Parro-Moreno A, Serrano-Gallardo P, Díaz-Holgado A, Aréjula-Torres JL, Abaira V, Santiago-Pérez IM, et al. Impact of primary care nursing workforce characteristics on the control of high-blood pressure: a multilevel analysis. *BMJ Open*. 2015;5(12). doi:10.1136/bmjopen-2015-009126
37. Halcomb EJ, Davidson PM, Caldwell B, Salamonsen Y, Rolley JX. Validation of the professional practice environment scale in Australian general practice. *J Nurs Scholarsh. [Internet]*. 2010 [cited 2019 Feb 5];42(2):207–13. Available from: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.2010.01349.x>
38. Wang Y, Dong W, Mauk K, Li P, Wan J, Yang G, et al. Nurses' practice environment and their job satisfaction: A study on nurses caring for older adults in Shanghai. *PLoS One*. 2015;10(9):1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0138035
39. Parro Moreno A, Serrano Gallardo P, Ferrer Arnedo C, Serrano Molina L, De La Puerta Calatayud ML, Barberá Martín A, et al. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten Primaria*. 2013;45(9):476–85. doi: 10.1016/j.aprim.2012.12.015
40. Rabie T, Coetzee SK, Klopper HC. The nature of community health care centre practice environments in a province in South Africa. *Afr J Nurs Midwifery [Internet]*. 2016 [cited 2019 Feb 5]; 18(2):27–41. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/sabinet/ajnm/2016/00000018/00000002/art00003>
41. Munyewende PO, Rispel LC, Chirwa T. Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Hum Resour Health [Internet]*, 2014 [cited 2019 Feb 5];12(1). Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4491-12-27>
42. Hahtela N, Paavilainen E, McCormack B, Helminen M, Slater P, Suominen T. Nurses' perceptions of workplace culture in primary health care in Finland. *Int Nurs Rev*. 2015;62(4):470–8. doi: 10.1111/inr.12207
43. González-Torrente S, Pericas-Beltrán J, Bennasar-Veny M, Adrover-Barceló R, Morales-Asencio JM, De Pedro-Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1). doi:10.1186/1472-6963-12-227
44. Hansen C, Carryer J, Budge C. Public health nurses' views on their position within a changing health system. *Nurs Prax New Zeal [Internet]*. 2007[cited 2019 Feb 5]; 23(2):14–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18293654/>
45. De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Abad AS, Veny MB, Vives GA, Campaner CP. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit*. 2011;25(3):191–7. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.11.007
46. Pérez-Campos MA, Sánchez-García I, Pancorbo-Hidalgo PL. Knowledge, Attitude and use of evidence-based practice among nurses active on the internet. *Invest Educ Enferm [Internet]*. 2014 [cited 2019 Feb 5];32(3):451–60. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n3/v32n3a10.pdf>

Apêndice 3 - Produção científica associada: “RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index”, de Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo (2020).

RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Theme: Evidence-based practice

Contribution to the discipline: This paper presents a shorter version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for Portuguese nurses, with five dimensions, which constitutes a new solution for the Portuguese context. The validated version of the scale for Portuguese nurses can be used in several contexts (hospital centers, primary care); it is an essential tool for supporting decision-making and improving working conditions.

ABSTRACT

Objective: This study aims to validate the Portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) and assess construct validity through exploratory and confirmatory factor analyses. **Materials and Methods:** This cross-sectional study validates the psychometric properties of the PES-NWI in Portugal. Exploratory factorial analysis is used to analyze the psychometric properties of the PES-NWI in a sample of 5,075 Portuguese nurses; the data sample covers all geographic regions in the country. Confirmatory

DOI: 10.5294/aqui.2020.20.3.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Almeida S, Nascimento A, Lucas PB, Jesus E, Araújo B. RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*. 2020;20(3):e2038. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>

- 1 [✉ https://orcid.org/0000-0002-1874-0432](https://orcid.org/0000-0002-1874-0432). Universidade Católica do Porto, Center for Interdisciplinary Health Research (CIIS), Portugal. spalmeida@porto.ucp.pt
- 2 <https://orcid.org/0000-0001-6179-034X>. Universidade Católica do Porto, Center for Interdisciplinary Health Research (CIIS), Portugal. ananascimento@porto.ucp.pt
- 3 <https://orcid.org/0000-0002-2560-7306>. School of Nursing of Lisbon, Nursing Research and Development Unit, Portugal. prlucas@esel.pt
- 4 <https://orcid.org/0000-0002-8407-9240>. Universidade Católica do Porto, Center for Interdisciplinary Health Research (CIIS), Portugal. ejesus@porto.ucp.pt
- 5 <https://orcid.org/0000-0003-0266-2449>. Universidade Católica do Porto, Center for Interdisciplinary Health Research (CIIS), Portugal. baraujo@porto.ucp.pt

Received: 10/01/2020
Sent to peers: 28/02/2020
Approved by peers: 06/03/2020
Approved: 14/07/2020

factor analysis is performed to confirm the model's data adequacy. **Results:** Factorial analysis explained 54.6% of the variance and a five-dimension structure. The five factors identified were Nurse Participation in Hospital Affairs, Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses, Nursing Foundations for Quality of Care, Staffing and Resource Adequacy, and Nurse-Physician Relations. The confirmatory analysis showed that the five-factor model fit well with the data in the Portuguese context. **Conclusion:** In a Portuguese health context, the PES-NWI is a valid scale to access the nursing environment and improve working conditions.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Nursing; PES-NWI; psychometric properties; validation; working environment; surveys; questionnaires.

Estudio RN4CAST en Portugal: validación de la versión portuguesa de la escala del entorno de práctica del índice de trabajo de enfermería

RESUMEN

Objetivo: este estudio tiene como objetivo validar la versión portuguesa de la escala del entorno de práctica del índice de trabajo de enfermería (PES-NWI, por sus siglas en inglés) y evaluar la validez de los constructos mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio. **Materiales y métodos:** el presente estudio transversal valida las propiedades psicométricas de la PES-NWI en Portugal. El análisis factorial exploratorio se utilizó para analizar las propiedades psicométricas de la PES-NWI en una muestra de 5 075 enfermeras portuguesas; la muestra de datos abarcaba todas las regiones geográficas del país. Se realizó un análisis factorial confirmatorio para corroborar la adecuación de los datos del modelo. **Resultados:** un análisis factorial explicó el 54.6% de la varianza y una estructura de cinco dimensiones. Los cinco factores identificados fueron la participación de la enfermera en los asuntos hospitalarios; la capacidad del gerente de enfermería, el liderazgo y el apoyo de las enfermeras; los fundamentos de la enfermería para la calidad de la atención; la adecuación del personal y de los recursos y las relaciones entre la enfermera y el médico. El análisis confirmatorio mostró que el modelo de cinco factores se ajustaba bien a los datos en el contexto portugués. **Conclusión:** en el contexto de salud portugués, la PES-NWI es una escala válida para acceder al entorno de enfermería y mejorar las condiciones de trabajo.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Enfermería; PES-NWI; propiedades psicométricas; validación; ambiente de trabajo; encuestas; cuestionarios.

Estudo RN4Cast em Portugal: validação da versão portuguesa da escala do ambiente de prática do índice de trabalho de enfermagem

RESUMO

Objetivo: o objetivo deste estudo é validar a versão portuguesa da escala do ambiente de prática do índice de trabalho de enfermagem (PES-NWI, por sua sigla em inglês) e avaliar a validade dos constructos mediante análise fatorial exploratória e confirmatória. **Materiais e métodos:** este estudo transversal valida as propriedades psicométricas da PES-NWI em Portugal. A análise fatorial exploratória foi utilizada para analisar as propriedades psicométricas da PES-NWI em uma amostra de 5 075 enfermeiras portuguesas; a amostra de dados abrangia todas as regiões geográficas do país. Foi realizada uma análise fatorial confirmatória para corroborar a adequação dos dados do modelo. **Resultados:** uma análise fatorial explicou 54,6% da variância e uma estrutura de cinco dimensões. Os cinco fatores identificados foram a participação da enfermeira nos assuntos hospitalares; a capacidade do gerente de enfermagem, a liderança e o apoio das enfermeiras; os fundamentos da enfermagem para a qualidade da atenção; a adequação do pessoal e dos recursos e das relações entre a enfermeira e o médico. A análise confirmatória mostrou que o modelo de cinco fatores se ajustava bem aos dados no contexto português. **Conclusões:** no contexto de saúde português, a PES-NWI é uma escala válida para acessar o ambiente de enfermagem e melhorar as condições de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Enfermagem; escala PES-NWI; propriedades psicométricas; validação; ambiente de trabalho; questionários.

Introduction

The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) is an instrument that measures the nursing practice environment and is the most used worldwide. It was developed by Lake (1), who defines the nursing practice environment as “the organizational characteristics of a work setting that facilitate or constrain professional nursing practice” (1).

The PES-NWI has been translated and validated for several contexts worldwide and is applied to identify the organizational characteristics of the environments that are attractive to nurses. It was built through factor analysis of data from Magnet Hospitals (2) and is composed of subscales representing distinct domains of the nursing practice environment: Nurse Participation in Hospital Affairs (NPHA); Nursing Foundations for Quality of Care (NFQC); Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses (NMALSN); Staffing and Resource Adequacy (SRA); and Collegial Nurse-Physician Relations (CNPR) (1, 2).

From the perspective of Lake (1), favorable nursing practice environments are characterized by the adequacy of human and material resources, the active participation of nurses in organizations’ internal governance, the existence of nursing fundamentals for the quality of care, and the good relations among different professional groups, particularly doctors and nurses (3). In light of the scientific evidence in the last decades, such environments have significant impacts on the levels of quality and safety of user care, health workers’ well-being, and the quality, productivity, and effectiveness of health services, organizations, and systems. Thus, developing instruments to determine the quality of indicators that measure those work environments is necessary.

In Portugal, few studies have evaluated the practice environment and its implications. Nursing in the Portuguese context is associated with elevated stress, insufficient staff in the workplace, and poor recognition of professional nurses’ skills and experience (3). Amaral, Ferreira, and Lake (4) translated and validated the Portuguese PES-NWI, which retained the 31 items from the original version. However, the model revealed some limitations concerning its convergent, discriminant, and factorial validity, justifying the need for studies that adapt the PES-NWI to the Portuguese healthcare context. More studies could provide a different factor structure to obtain an adequate PES-NWI model to apply to the Portuguese nursing context. This study aims to validate the

Portuguese version of the PES-NWI in the framework of the RN4CAST Portugal 2018 study and assess construct validity through exploratory and confirmatory factor analyses in a national sample of Portuguese nurses.

Materials and Methods

The study is methodological with a cross-sectional design to evaluate the psychometric properties of the PES-NWI in the Portuguese RN4CAST 2018 survey, which is a replication of the initial protocol.

It involved 5,075 nurses. The data sample covered 48 acute care hospitals (under the same administrative council), including three public-private partnerships and two private hospitals (primary health care centers and hospitals). The hospitals are located across the Portuguese continental territory and its autonomous regions, Madeira and the Azores. The sample was obtained through an online survey that was part of a broader research study (RN4CAST Portugal 2018). The participation of nurses was voluntary and anonymous. Nurses were included in the study regardless of their contractual relationship with the hospital (contractors or in-house staff). Nurses that were not practicing at the time of data collection were not considered. Data collection occurred between November 2017 and May 2018. The data was obtained from an online questionnaire with the following variables: demographic data (gender, age, educational background, marital status), and professional experience data (years of nursing practice experience and workplace).

The PES-NWI developed by Lake (1) was translated into Portuguese by Amaral, Ferreira, and Lake (4). It is composed of five subscales and 31 items that describe characteristics of practice nursing environments (1), which are rated on a Likert scale ranging from 1 (“strongly agree”) to 4 (“strongly disagree”). The original version comprises five domains that characterize practice environments: (a) NPHA, with nine items; (b) NFQC, with ten items; (c) NMALSN, with five items; (d) SRA, with four items; and (e) CNPR, with three items (1).

In the Portuguese version, Amaral, Ferreira, and Lake (4) keep the 31 items but has seven domains as a result of NPHA subdivision into Participation in Hospitals Affairs (PHA) with six items and Opportunities for Professional Development (OPD) with three items; and NFQC into Philosophy of Quality (PQ) with seven

items and Continuity of Care (CC) with three items. The other dimensions of the scale had no changes (4). Lake (1) proposed the use of a mean score (set as 2.5) for each subscale and a composite measure as the average of the five subscale scores for data comparison among studies.

Statistical analyses

Continuous variables were described by mean and standard deviation, while categorical variables by absolute frequency and relative frequency. Statistical Package for the Social Sciences software (IBM® SPSS®, version 22.0) was used for descriptive analyses.

In the first stage, we performed an exploratory factorial analysis (EFA) with Varimax rotation to analyze the psychometric properties of the PES-NWI and identify its dimensions in a Portuguese national sample. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy was 0.909, while Bartlett's test of Sphericity had a p -value < 0.001 , indicating that the data were appropriate for factor analysis. For factor interpretation, items with a factor loading above 0.4 were retained. The Cronbach's alpha was used to test internal consistency, considering values above 0.7 as acceptable.

In the second stage, using a subsample, we performed a confirmatory factorial analysis (CFA) to assess the instrument's structure. We employed the IBM® AMOS software (25.0 version) to assess the model adjustment quality obtained from the EFA. The CFA was performed using the maximum likelihood method, which implies independence of observations, multivariate normality, and nonexistence of outliers. The normal distribution of the variables was analyzed using the skewness (Sk) and kurtosis (Ku) coefficients. Outliers were assessed using the squared Mahalanobis distance (D^2) (5).

The goodness-of-fit index (GFI) was used to assess the global goodness-of-fit of the model. The comparative fit index (CFI), which scored above 0.90, revealed reasonable adjustment, and the root mean square error of approximation ($RMSEA$), with scores between 0.05 and 0.1, was acceptable. The model with the lowest modified expected cross-validation index ($MECVI$) shows proper adjustment; for this purpose, the modification indices predicted by AMOS and theoretical considerations were taken into account (5).

Convergent validity was assessed through the average variance extracted (AVE) with a minimum of 0.5 for each factor. Dis-

criminant validity was considered good if the AVE of each factor was equal to or higher than the square of the correlations among the same factors (5).

Reliability and convergent validity of the adjusted model

Internal consistency was analyzed using Cronbach's alpha (α). Construct validity was calculated using three sub-components. Convergent validity was calculated using the AVE for each factor and considering 0.50 as the minimum value for convergent validity. Discriminant validity was established when the AVE for both factors was equal to or greater than their squared correlation.

Results

Characteristics of hospitals and participants

Five thousand fifty-five nurses who work in mainland Portugal participated in this study. Most participants were female (72.6%), and 21.7% were male (Table 1). The nurses' age varied between 22 and 66 years ($M = 39.0$; $SD = 9.1$); the mean worked as a nurse for 16.1 years. Most professionals (99.3%) had a degree in nursing, and 45.7% were specialists. Most nurses work in a hospital context (72.6%) and primary care (20.9%).

The EFA of the PES-NWI identified five components that explain 54.6% of the total variance. Items 14, 15, 18, and 19 did not respect the factor loading criteria and, for that reason, were excluded. The four excluded items were part of NFQC in the original version (1), and PQ in the Portuguese version (4). The final solution is composed of 27 items and five components (Table 2).

The five components identified are NPHA with 11 items, NMALSN with five items, SRA with four items, NFQC with four items, and NPR with three items. In the internal consistency analysis, the total scale had Cronbach's alpha of 0.912, and, in the subscales, alpha was greater than 0.8, revealing excellent internal consistency.

The CFA was performed on the PES-NWI five-factor structure found in our sample. The PES-NWI items presented good factorial weights (> 0.3). Initially, the AFC model showed poor adjustment of the model ($X^2/df = 8,523$; $CFI = 0.851$; $RMSEA = 0.072$).

Table 1. Descriptive analysis of demographic variables of the study sample

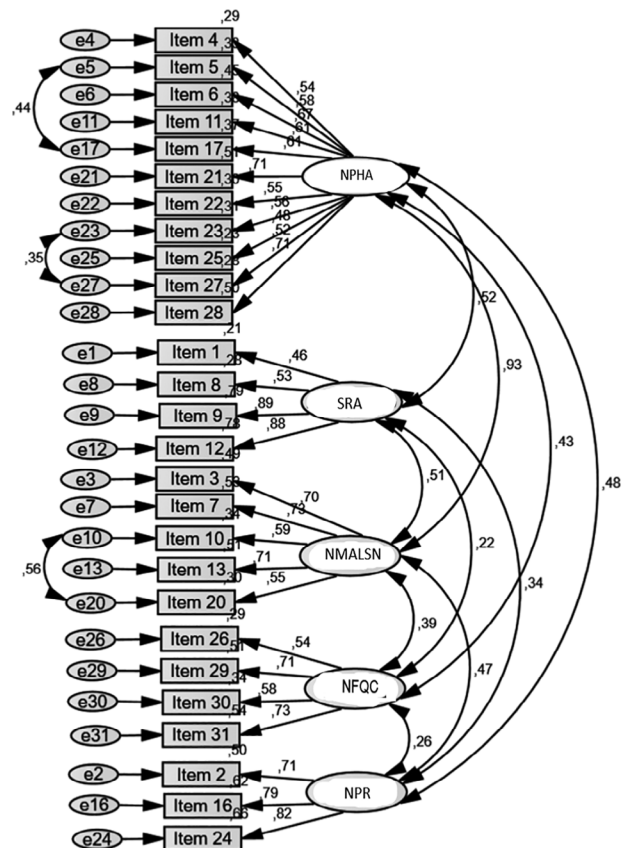
	<i>n</i>	%	Mean	<i>SD</i>
Gender				
Female	3,974	78.3		
Male	1,101	21.7		
Age group				
22–35	2,150	42.4		
36–49	2,188	43.2		
> 50	707	13.9		
Workplace				
Hospital context	3,686	72.6		
Primary care	1,059	20.9		
Integrated continuous care	143	2.8		
Residential structure for the elderly	82	1.6		
Other	105	2.1		
Degree in nursing				
Yes	5,041	99.3		
Specialty in nursing				
Yes	2,318	45.7		
Age (years)			39.0	9.1
Years as a nurse			16.1	9.1

SD: standard deviation

Source: Own elaboration.

Additionally, the Mahalanobis distances indicated the presence of several multivariate outliers. Thus, we decided to remove some multivariate outliers from the model and analyze the modification indices. The PES-NWI model, without the five most severe outliers, also exhibited adjustment quality statistics that classify the model as suffering ($\chi^2/df = 8,552$; $CFI = 0.851$; $RMSEA = 0.072$).

As the changes were not significant, we analyzed the model modification indices. The highest modification indices occurred in the correlations of errors: items 10 and 20, items 5 and 17, and items 23 and 27. The final model showed significantly better goodness-of-fit (Figure 1) with the sample under analysis and lower *MECVI* (1.06 vs. 1.70) than the original model. Adequate internal consistency and reproducibility of the total scale ($\alpha = 0.912$) and subscales (Table 3) were observed. As an indicator of convergent validity, the *AVE* proved to be adequate for the NFQC and NPR factors (> 0.5), close to acceptable for the NMALSN and SRA factors, and low for the remaining factors. The analysis of the model's factorial invariance in both independent subsets (test and validation) showed adequate goodness-of-fit indices in the final factor solution ($\chi^2/df = 2,758.4$; $CFI = 0.91$; $GFI = 0.91$; $RMSEA = 0.056$; $MECVI = 1.15$).

Figure 1. Five-factor model of the Portuguese PES-NWI

Source: Own elaboration.

Table 2. Components of the Portuguese PES-NWI

	NPHA	SRA	NMALS	NFQC	CNPR
4. Active staff development or continuing education programs for nurses	0.562				
5. Career development/clinical ladder opportunity	0.622				
6. Opportunity for staff nurses to participate in policy decisions	0.606				
11. A chief nursing officer who is highly visible and accessible to staff	0.469				
17. Opportunities for advancement	0.614				
21. Management that listens and responds to employee concerns	0.593				
22. An active quality assurance program	0.568				
23. Staff nurses that are involved in the internal governance of the hospital	0.667				
27. Opportunity for staff nurses to serve in hospital and nursing committees	0.612				
28. Nursing managers that consult with staff on daily problems and procedures	0.537				
25. A program with a mentor for newly hired nurses	0.418				
1. Adequate support services to allow spending time with patients		0.555			
8. Enough time and opportunity to discuss patient care problems with other nurses		0.590			
9. Enough registered nurses to provide quality patient care		0.863			
12. Enough staff to get the work done		0.859			
3. A team of supervisors who support nurses			0.511		
7. Mistakes used by supervisors as learning opportunities rather than criticism			0.500		
10. A nurse manager who is a good manager and leader			0.820		
13. Appreciation and recognition for the good accomplishment of a task			0.443		
20. A nurse manager who backs up the nursing staff in decision-making, even in a conflict with a physician			0.792		
26. Nursing care based on a nursing, not a medical model				0.540	
29. Written, current nursing care plans for all patients				0.768	
30. Patient care assignments that foster continuity of care, i.e., the same nurse takes care of the patient from one day to the next				0.646	
31. Use of nursing diagnoses				0.808	
2. Good working relationships between physicians and nurses					0.793
16. Much teamwork between nurses and physicians					0.830
24. Collaboration (joint practice) between nurses and physicians					0.812
Variance (%)	31.1	7.1	6.3	5.6	4.5
Alpha	0.862	0.779	0.816	0.730	0.813

Source: Own elaboration.

Table 3. Construct validity analysis of the PES-NWI

Factors (5)	AVE
Nurse Participation in Hospital Affairs	0.37
Nursing Foundations for the Quality of Care	0.51
Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses	0.46
Staffing and Resource Adequacy	0.41
Collegial Nurse-Physician Relations	0.60

Source: Own elaboration.

Discussion

The purpose of this study was to validate the Portuguese version of the PES-NWI in a national sample of Portuguese nurses, in the context of the RN4CAST Portugal 2018 study. It is the first study in the country to use a sample of Portuguese nurses who work in different health contexts to validate the PES-NWI.

Our results indicated a final 27-item structure and a five dimensions model, resulting in a different solution from that of the previous version validated in the Portuguese context (4). Our final study results for the PES-NWI matched three domains in the original version, SRA, NMALSN, and CNPR. The items excluded in our factorial analysis belong to the NFQC domain in the original version (1) and the PQ subscale in the Portuguese version (4).

In this study, we found a factorial structure with five components, which agrees with the one suggested by the author of the original scale (1). The CFA supported the five-factor model. The results are similar to other international studies (6–10).

The results from the EFA presented a five-dimension solution, which is like the original scale presented by Lake (1), but the items within the factors are different. In previous studies, similar variations in item structure have been observed (6–9). These can be due to differences in culture, health care systems, and management among countries, which may influence nurses' responses.

EFA is a technique sensitive to sample size. It is important to note that the present study had a nationwide sample that was larger compared to the original version ($n = 2299$) (1), and more significant than the one used in the Portuguese context ($n = 236$) (4). This difference in sample sizes may contribute to different responses and the exclusion of most items within the NFQC domain.

The CFA model showed that the five-factor model fits well with the study sample in the Portuguese health context. The coefficients of the model's goodness-of-fit indices were satisfactory. Nevertheless, the five-factor model showed good convergence, discriminant validity, and global internal consistency ($\alpha = 0.91$) that was higher than the seven-factor model of Amaral, Ferreira, and Lake (4) ($\alpha = 0.83$). The final model showed excellent reliability and construct validity, which supports the decision to exclude the items that are not essential to the construct being measured. Therefore, this shorter version of the PES-NWI can be used for future studies.

The invariance analysis of the five-factor model confirmed its stability. In our study, the internal consistency observed in the final five-factor model is higher than that obtained by Lake (1) ($\alpha = 0.82$), Amaral, Ferreira, and Lake (4) ($\alpha = 0.89$), and Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, and González-María (8) ($\alpha = 0.90$). The total scale and sub-scales of the five-factor model showed adequate reliability and internal consistency. Our results agree with those of other studies about the psychometric properties of the PES-NWI in different contexts (1, 4, 6, 10–15).

This methodological study has limitations. First, it administered a self-report questionnaire that cannot distinguish the influence of response biases. Second, it employed a non-random sampling technique that cannot distinguish between nurses working in private and public hospitals, which have critical organizational differences that could impact nurses' perceptions of the work environment. This shorter version of the PES-NWI should be used in new studies and different work contexts to evaluate the nursing environment.

Conclusion

For the success of healthcare systems, the nursing work environment is critical; so, its measurement should be a regular practice available for both professionals and citizens to consult. This study contributed to the validation and psychometric property assessment of the Portuguese version of PES-NWI in a large sample at the national level. It also showed the adequate five-factor structure of the PES-NWI. The five-dimension model shows better specificity and stability in the analysis than the original version. Upon confirming this structure was reliable, all the factors showed adequate loading in their component and a semantic relationship among the items. This new model should be used in new studies to evaluate the work environment and improve healthcare conditions.

The validation of the Portuguese version of the PES-NWI in this study is a substantial contribution to the healthcare context; it is an essential tool in supporting decision-making, accessing the nursing environment, and improving working conditions.

Ethics approval and consent to participate: All participants were fully informed about the study, participated volun-

tarily, and had the right to withdraw at any time. Anonymity was maintained in all stages of the study. The Catholic University Committee of Ethics reviewed and approved the study's protocol, which included the above ethical considerations (Process No. 3/2018).

Conflict of interests: None declared.

References

1. Lake ET. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res Nurs Health*. 2002;25(3):176-188. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
2. Lake ET. The nursing practice environment: Measurement and evidence. *Med Care Res Rev*. [Internet]. 2007 [cited 2019 Dec 12];64(2 Suppl). DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
3. Jesus E, Roque, S, Amaral A. Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Rev Investig Enferm*. 2015;13:26-44. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/19776>
4. Amaral A, Ferreira PL, Lake ET. Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *Int J Caring Sci*. 2012;5(3):280-288. Available from: <https://internationaljournalofcaringciences.org/docs/7.%20%20Original%20Paper.pdf>
5. Marôco J. Structural Equation Analysis: Theoretical Foundations, Software & Applications. 2nd ed. Pinheiro P, editor; 2014.
6. Alzate LCC, Bayer GLA, Squires A. Validation of a Spanish Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in the Colombian Context. *Hisp Health Care Int*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 12];12(1):34-42. DOI: <https://doi.org/10.1891/1540-4153.12.1.34>
7. Choi J, Boyle DK. Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: A descriptive study. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(11):1441-1449. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.03.001>
8. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas M, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):274-280. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001>
9. Gasparino RC, Guirardello E. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. *J Nurs Manage*. 2017;25(5):375-383. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12475>
10. Mainz H, Baernholdt M, Ramlau-Hansen CH, Brink O. Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *Int Nurs Rev*. 2015;62(4):479-488. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12208>
11. Neves TMA, Parreira P, Graveto J, Rodrigues V, Marôco J. Practice environment scale of the nursing work index: Portuguese version and psychometric properties. *J Nurs Manage*. 2018;26(7):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12606>
12. Parker D, Tuckett A, Eley R, Hegney D. Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(4):352-358. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01851.x>
13. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*. [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 12];50(2):253-263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>
14. Gabriel AS, Erickson RJ, Moran CM, Diefendorff JM, Bromley GE. A multilevel analysis of the effects of the practice environment scale of the nursing work index on nurse outcomes. *Research in Nursing and Health*. 2013;36(6):567-581. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.21562>
15. Swiger P, Patrician P, Miltner R, Raju D, Sproat S, Loan L. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nurs Stud*. 2017;74:76-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003>

Apêndice 4 - Produção científica associada: “*Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal*”, de Lucas, Jesus, Almeida & Araújo (2021).



Article

Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal

Pedro Lucas ^{1,2,*} , Elvio Jesus ¹, Sofia Almeida ¹ and Beatriz Araújo ¹

¹ Center for Interdisciplinary Research in Health, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Rua de Diogo Botelho, 1327, 4169-005 Porto, Portugal; ejesus@porto.ucp.pt (E.J.); spalmeida@porto.ucp.pt (S.A.); baraujo@porto.ucp.pt (B.A.)

² Nursing Research, Innovation and Development Center of Lisbon, Nursing School of Lisbon, 1600-190 Lisbon, Portugal

* Correspondence: prlucas@esel.pt

Abstract: Studies related to the work environment in primary health care are scarce in the literature. The present study aimed to validate the psychometric properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) in primary health care (PHC) and to evaluate its construct validity through exploratory and confirmatory factor analyses in a sample of Portuguese nurses. A quantitative, cross-sectional, and validation study design was implemented. Methods: The sample consisted of 1059 nurses from the PHC units of all 55 health center groups (HCGs) in mainland Portugal, 15 health centers in the Autonomous Region of Madeira, and 6 health centers in the Autonomous Region of the Azores. The study tested different structural models using exploratory and confirmatory factor analysis techniques. The reliability of the scale was tested by determining Cronbach's alpha coefficient. Results: The internal consistency of the PES-NWI was 0.91. Exploratory and confirmatory factor analyses were performed on the PES-NWI model in PHC with five factors: NPOA, NFQC, NMALSN, SRA, and CNPR. The results show that the scale presents acceptable fit quality indexes in the final factorial solution and adequate convergent validity. Conclusion: The PES-NWI in PHC has an adequate, robust, and reliable five-factor structure. The scale is valid and can be used in clinical practice, nursing management, and PHC research.

Keywords: community health nursing; health facility environment; nursing; primary health care; psychometric properties; quality of care; validation study; work environment



Citation: Lucas, P.; Jesus, E.; Almeida, S.; Araújo, B. Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 6422. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126422>

Academic Editors: Raúl Juárez-Vela and Vicente Gea-Caballero

Received: 26 April 2021

Accepted: 10 June 2021

Published: 14 June 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Knowledge and scientific evidence about nursing practice environments (NPEs) in the context of primary health care (PHC) are scarce [1–4] compared with those in other contexts, such as hospitals. According to Lake [5], NPEs are defined as the organizational characteristics of a work context that facilitate or constrain the professional practice of nurses. NPEs are vital for the success of health systems [6]. They relate to the quality of nursing care, job satisfaction, patient safety, the effectiveness of client care, and the efficiency of organizations [1,5,7,8].

Promoting the quality of care offered by nurses, and thus contributing to the improvement of clinical practice contexts, is a vital factor of NPEs. The quality of nursing care is an essential element in the profession; it refers to, among other aspects, the direct relationship between the client and the nurse. It depends on several factors, particularly the NPEs themselves [1,9]. In primary health care, NPEs are a key factor in ensuring quality nursing care with positive results for clients, teams, and organizations.

A favorable NPE leads to better results for clients, as it is an essential factor to increase nurse satisfaction [5,10], and it is fundamental to ensure that teams have an appropriate

number of nurses and other staff members [1,8]. A favorable NPE is characterized by adequate human resources and materials, active participation of nurses in the governance, quality of care and nursing care, and good relationships among distinct groups of health service practitioners [5,6]. According to the scientific evidence produced in the last few decades, favorable NPEs have a significant impact on the levels of quality and safety of customer care; health professionals' well-being, quality, and productivity; and the effectiveness of health services, organizations, and systems [6].

On the contrary, a poor NPE, with little support from management, weak leadership, and poor multidisciplinary relationships, is associated with a decrease in the quality of nursing care, adverse effects on clients [4] (such as malpractices, increased mortality and complications, readmissions for complications, increased health care costs, and ineffective care), conflicts and stress among health care professionals [9], job dissatisfaction, and increased turnover of nurses [1]. All of these aspects strongly contribute to patient dissatisfaction with the care that they receive.

A safe NPE is characterized by reliable professional relationships among its members, management support for practitioners, and a balanced work schedule [1,11,12]. It is also characterized by an appropriate balance between nurses' workload and skills, adequate time to answer a client's needs, professional autonomy, sufficient resources, and opportunities for professional progression [1,11,12].

Nurse managers perform a vital role in the creation of a favorable and positive NPE [11] and the promotion of quality care [1,7]. They can also provide the necessary tools for nurses' professional development and future managers [13]. Nursing leadership performs a significant role in the quality care provided to the client, which involves four fundamental activities: facilitation of effective continuous communication, strengthening of interprofessional and interprofessional relationships, construction and preservation of teams, and involvement of peers [7]. Leaders influence NPEs [1,14] and the quality of nursing care [7]. Nurses, as leaders, are crucial for improving communication among teams to reach goals and to increase the quality of care, patient safety, and health innovation [7,15].

Without skills and proper knowledge, it becomes difficult for nursing leaders to maintain a favorable practice environment [1,11]. A nurse manager is a driver of change toward excellence by organizing existing resources and creating a safe environment for nursing care [1].

Thus, there is a need to study the NPE at other levels of the health care system, in addition to the hospital context [1], particularly in primary health care, mainly because there are few studies in this context [1].

For NPE evaluation, the measuring instrument most used in scientific research is Lake's [5] PES-NWI [13,16–18]. This scale allows investigators to identify the factors that contribute to the NPE for optimal results for nurses and clients and produces solid and comparable data [5,16]. Its use is recommended by several world organizations associated with quality evaluation, such as the National Quality Forum, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, and the National Database of Nursing Quality Indicators [16,19].

In Portugal, the PES-NWI was translated and validated by Amaral et al. [19] and used in several studies in the hospital context [10,20–23], but no such research has been performed in PHC.

According to a recent scoping review by Lucas and Nunes [1] about the NPE in PHC, the PES-NWI was the most commonly used NPE measuring instrument among the reviewed studies [3,13,24–29]. According to this literature review, the PES-NWI is an internationally validated instrument that measures the fundamental variables of the NPE in PHC and allows for evaluating, analyzing, and redirecting nurses' practices in this context of care [1,25].

Other instruments measure the NPE, but the PES-NWI is the most frequently used because it enables the evaluation of different objectives owing to its diversity of items, its good psychometric properties, and the comparability of results between studies and

countries [5,18,30]. The PES-NWI is one of the most widely used instruments to measure the quality of NPEs [16] and relates aspects of nursing stability to patient safety and the quality of nursing care [10]. This scale evaluates several dimensions of the NPE through nurses' opinions about the conditions in which they work, thereby providing a better understanding of possible challenges for human resource management and health governance [10].

The PES-NWI has been translated, validated, and used in different cultural/language contexts: Portuguese [19], Brazilian Portuguese [31], Spanish [32], French [33], Belgian [34], Danish [35], Polish [36], Icelandic [37], Cypriot [38], Chinese [39], Korean [40], Australian [41], Colombian [42], and Japanese [43]. All of these studies were carried out in hospitals. The only PES-NWI validation study in primary health care that is known is De Pedro-Gómez et al. [25]. Thus, the present study is of great importance, as it is the second PES-NWI study in the world carried out in primary health care.

This study aimed to evaluate the psychometric proprieties of the PES-NWI in PHC through exploratory and confirmatory factor analyses in a sample of Portuguese nurses.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design

A quantitative, cross-sectional, and validation study was designed to evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the PES-NWI [19] in primary health care.

2.2. Method

The initial protocol of the RN4CAST Portugal study was replicated in 2018. The study design was quantitative and cross-sectional and aimed to validate the psychometric properties of the PES-NWI in primary health care in mainland Portugal and in the autonomous regions of Madeira and Azores.

2.2.1. Data Collection and Procedure

Data were obtained online from November 2017 to May 2018. The study was facilitated by a Portuguese university by the coordination team of the RN4CAST study and the Portuguese Nurses Order through their institutional websites. The invitation was e-mailed to nurses affiliated with the Portuguese Nurses Order with a link to complete the instrument developed by the RN4CAST consortium, called the RN4CAST Nurse Survey Instrument. It was composed of sociodemographic variables (age, gender, professional nursing experience, and academic education), the PES-NWI, burnout scales, quality of nursing care, job satisfaction, turnover intention, patient safety, workload, and endowments. This article focuses on the psychometric evaluation of the PES-NWI in primary health care owing to a lack of studies in this context and its international importance.

The PES-NWI comprises 31 items evaluated on a Likert scale with four response options from 1 to 4 (1 = completely disagree; 2 = disagree; 3 = agree; 4 = completely agree). The Portuguese version of the PES-NWI covers the following dimensions: (1) "Nurse Participation in Hospital Affairs" (9 items); (2) "Nursing Foundations for Quality of Care" (10 items); (3) "Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses" (5 items); (4) "Staffing and Resource Adequacy" (4 items); and (5) "Collegial Nurse-Physician Relations" (3 items) [19].

2.2.2. Participants

The inclusion criteria of the study were nurses who work in health centers in Portugal and who agreed to complete the questionnaire.

In this study, 1059 nurses working in primary health care in Portugal answered the questionnaire. These nurses worked in 55 health center groups from the Portuguese mainland, 15 health centers in the Autonomous Region of Madeira, and 6 health centers in the Autonomous Region of the Azores. The respondents in Portugal answered the second edition of the online questionnaire developed by the RN4CAST@pt study in 2018.

2.3. Analysis

A descriptive and comparative analysis of the variables was carried out. The continuous variables were described by the mean and standard deviation, while the categorical variables were described by relative and absolute frequencies.

The exploratory factor analysis (EFA) technique was applied to generate possible factorial structures. The sample matched all items on the scale, so Little's MCAR test was not performed.

To perform the EFA, we extracted the main components using the Varimax rotation method. For the analysis of the adequacy of data for EFA, we used two tests: The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) test, the value of which must be higher than 0.5, and Bartlett's sphericity test. Both indicate the suitability of data for factorial analysis [44]. For the factor analysis, we retained the items with a factor loading above 0.4 [44].

We used the Kaiser criterion to extract the factors using the Varimax rotation technique. The total variance explained by the results was analyzed.

We determined the internal consistency and the reliability of the instrument using Cronbach's alpha coefficient (α) and the composite reliability. These values may vary from 0 to 1, with 0.70 being the minimum value for acceptable reliability [44].

To evaluate the quality of the model adjustment obtained through EFA, a confirmatory factor analysis (CFA) was carried out using AMOS software (version 26.0), IBM Company (IBM Corp, Armonk, NY, USA). CFA was performed using the maximum likelihood method, which assumes the independence of observations, multivariate normality, and absence of outliers. The normal distribution of the variables was analyzed by the asymmetry coefficient (Sk) and kurtosis (Ku). Outliers were evaluated using the squared Mahalanobis distance (D^2) [45].

To evaluate the global adequacy of the model in CFA, the following indexes were used: the goodness-of-fit index (GFI) and the comparative fit index (CFI), in which a score higher than 0.90 reveals a good fit [45]; the root mean square error of approximation (RMSEA), with an acceptable score between 0.05 and 0.08; and the standardized root mean square residual (SRMR), with an acceptable score below 0.08 [45]. The model with the lowest (L) expected cross-validation index (L)ECVI represents the best fit. For this purpose, we used the modification indexes provided in AMOS, as well as in theoretical considerations [45]. Mardia's coefficient was not used because this significance test alone is not a practical assessment of normality, especially in a structural equation model [46].

The structural validity of the scale was first tested using the EFA and then using structural equation models. CFA was tested using factorial and convergent validity. Once the multivariate normality was confirmed, we tested the factorial validity with maximum likelihood estimation. The model of the factor proposed is deemed valid when all items show a factorial load higher than 0.4 [44,47,48]. The construct's validity was calculated through convergent validity (using the average variance extracted (AVE) for each factor and considering 0.50 as the minimum value) and the discriminant validity, confirmed by evidence that the AVE for each pair of factors is equal to or greater than the square of the correlation between them.

The statistical software IBM-SPSS Statistics version 26.0 and AMOS (IBM Corp, Armonk, NY, USA) were used to carry out all analyses.

2.4. Ethical Considerations

We collected data from the RN4CAST@pt study concerning primary health care after approval by the Research Ethics Committee of Universidade Católica Portuguesa—Porto (Ethics Clearance number 03/2018 and date of approval 14 May 2018). We assured the nurses who answered the RN4CAST Nurse Survey Instrument of the anonymity and privacy of data.

3. Results

Of a total of 1059 nurses, 85.8% were women. The average age was 43.5 years, with a standard deviation of 7.9 years. Graduates in nursing comprised 98.9% of the sample, and 1.1% had a bachelor's degree. Specialist nurses comprised 54.7% of the sample. The average time working in the profession was 20.5 years, with a standard deviation of 7.8 years (Table 1).

Table 1. Descriptive analysis of the demographic characteristics data.

	N	%	Mean	SD
Gender	-	-	-	-
Female	909	85.8	-	-
Male	150	14.2	-	-
Academic Degree	-	-	-	-
Graduates	1047	98.9	-	-
Bachelor's	12	1.1	-	-
Specialists	-	-	-	-
Specialist nurses	579	54.7	-	-
Age	-	-	43.5	7.9
Years of nursing	-	-	20.5	7.8

3.1. Exploratory Factor Analysis

For exploratory factor analysis, Bartlett's sphericity test was significant ($\chi^2 = 378$; $p < 0.001$), and the KMO index had a value of 0.901. Both are excellent values for the analysis of the main components, according to Almeida [45].

In the EFA, items 13, 14, and 22 did not meet the factor loading criteria of above 0.40, so they were excluded. The PES-NWI EFA in PHC identified five components that explain 53.5% of the total variance. The final solution consists of 28 items in five components: "Nurse Participation in Organization Affairs" (NPOA) with 11 items; "Nursing Foundations for Quality of Care" (NFQC) with six items; "Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses" (NMALSN) with four items; "Staffing and Resource Adequacy" (SRA) with four items; and "Collegial Nurse–Physician Relations" (CNPR) with three items (Table 2). We deemed it necessary to maintain the perspective of Amaral et al. [19] and Lake [5]; thus, we kept the names of the components, only adjusting semantics or meaning in the NPOA dimension.

3.2. Reliability Analysis

The PES-NWI in primary health care showed very good reliability ($\alpha = 0.91$) and a high level of internal scale consistency. The α score oscillated among dimensions ("Nurse Participation in Organization Affairs" with $\alpha = 0.87$; "Nursing Foundations for Quality of Care" with $\alpha = 0.76$; "Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses" with $\alpha = 0.74$; "Staffing and Resource Adequacy" with $\alpha = 0.75$; "Collegial Nurse–Physician Relations" with $\alpha = 0.81$ (Table 2)).

3.3. Confirmatory Factor Analysis

The CFA was carried out on the factorial structure of five PES-NWI factors found in our sample in PHC. Although the PES items showed good factor weights (>0.4), initially, the CFA model showed an inadequate fit ($\chi^2 / df = 2067.4$; CFI = 0.845; GFI = 0.871; RMSEA = 0.069; MECVI = 2.08).

In addition, the Mahalanobis distances indicated the presence of several multivariate outliers, some of which were removed from the model, and the modification indexes were analyzed.

Table 2. The Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) components in primary health care.

ITEMS	COMPONENTS				
	Nurse Participation in Organization Affairs	Nursing Foundations for Quality of Care	Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	Staffing and Resource Adequacy	Collegial Nurse–Physician Relations
Item 4	0.51	-	-	-	-
Item 5	0.67	-	-	-	-
Item 6	0.67	-	-	-	-
Item 7	0.57	-	-	-	-
Item 11	0.44	-	-	-	-
Item 15	0.53	-	-	-	-
Item 17	0.67	-	-	-	-
Item 21	0.58	-	-	-	-
Item 23	0.64	-	-	-	-
Item 27	0.59	-	-	-	-
Item 28	0.52	-	-	-	-
Item 18	-	0.45	-	-	-
Item 19	-	0.52	-	-	-
Item 26	-	0.59	-	-	-
Item 29	-	0.69	-	-	-
Item 30	-	0.67	-	-	-
Item 31	-	0.76	-	-	-
Item 3	-	-	0.53	-	-
Item 10	-	-	0.83	-	-
Item 20	-	-	0.79	-	-
Item 25	-	-	0.41	-	-
Item 1	-	-	-	0.49	-
Item 8	-	-	-	0.59	-
Item 9	-	-	-	0.87	-
Item 12	-	-	-	0.87	-
Item 2	-	-	-	-	0.80
Item 16	-	-	-	-	0.81
Item 24	-	-	-	-	0.76
Explained Variance	28.9	6.7	8	5.2	4.7
Cronbach's alpha	0.87	0.76	0.74	0.75	0.81

As the changes were not significant, this study analyzed the model modification indexes, with the largest occurring between the correlations of errors between items 17 and 5 and between items 27 and 23. When items belonging to the same factor present related errors, it is common to add this trajectory to the model, justifying it from the theoretical point of view by the similarity of formulation or content of the items.

From the review, the model (Figure 1) showed a quality of fit with better indexes for the PHC sample and a lower MECVI (1.85 versus 2.08) than the initial model.

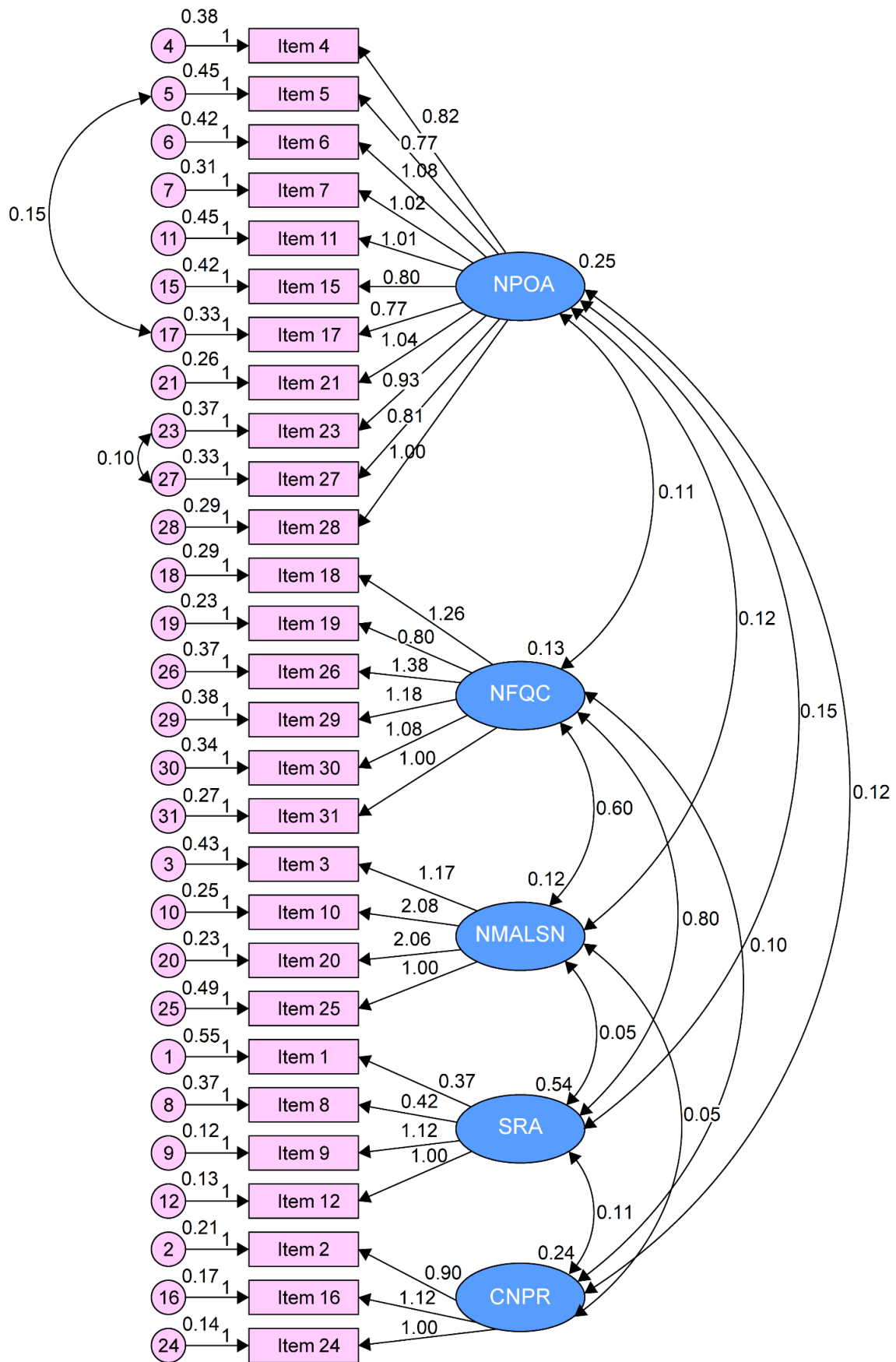


Figure 1. Five-factor model of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) in primary health care in Portugal.

The construct reliability revealed an adequate internal consistency of the scale with a high level of internal consistency and good reproducibility of the full scale ($\alpha = 0.91$) and subscales (Table 3). Considering $VEM \geq 0.50$ [45,49] as an indicator of convergent validity, the scale proved to be adequate in all of its factors: “Nurse Participation in Organization Affairs”; “Nursing Foundations for Quality of Care”; “Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses”; “Staffing and Resource Adequacy”; and “Collegial Nurse–Physician Relations”.

Table 3. Analysis of the construct validity of the PES-NWI in primary health care. AVE, average variance extracted.

Components	Alpha	AVE
1. Nurse Participation in Organization Affairs	0.87	0.88
2. Nursing Foundations for Quality of Care	0.76	1.28
3. Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	0.74	2.75
4. Staffing and Resource Adequacy	0.75	0.59
5. Collegial Nurse–Physician Relations	0.81	1.02

The analysis of the factorial invariance of the model in both independent subgroups (test and validation) showed adequate indexes of quality of fit in the final factorial solution ($\chi^2/df = 1821.4$; CFI = 0.867; GFI = 0.885; RMSEA = 0.064 (90% CI = 0.059–0.065, $p = 0.003$); SRMR = 0.058; MECVI = 1.85).

4. Discussion

This study aimed to examine the psychometric properties of the PES-NWI in primary health care in Portugal. This is the first validation study of the PES-NWI in primary health care in this country and the second internationally. These two reasons support the importance and relevance of this study at the national and international levels.

This study used data from RN4CAST@pt 2018 related to PHC in Portugal and is the first study with a large sample of nurses originating from all HCGs and health centers from the autonomous regions of Madeira and the Azores.

The results provide empirical evidence indicating the adequate psychometric performance of the PES-NWI in PHC in Portugal. The model, which has five components, is conceptually consistent with that suggested by the author of the original scale [5], based on exploratory and confirmatory analyses. However, the items of each component differ when compared with studies from other countries, which can be explained by differences in culture, health system models, organizational models, or nursing profession, which may influence nurses’ answers.

Studies in PHC have shown similarities in the composition of components, such as in the works of De Pedro-Gómez et al. [25,50], Gea-Caballero et al. [13], Parro-Moreno et al. [3,26], and Rabie et al. [28].

The final results of this study on the PES-NWI in PHC correspond exactly to two dimensions of Lake’s original version [5] and the Portuguese version of Amaral et al. [19]: “Staffing and Resource Adequacy” and “Collegial Nurse–Physician Relations”.

The items excluded (13, 14, and 22) by the factor analysis belong to the dimensions “Nursing Foundations for Quality of Care” and “Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses” in Lake’s original version [5] and in the Portuguese version of Amaral et al. [19]. Thus, this study used a slightly shorter version of the PES-NWI that Lake proposed [16].

The CFA showed that the five-factor model is the most stable and well represents this study’s large sample of data in PHC in Portugal, as it is similar to the one presented by Lake, the author of the original scale [5].

All coefficients were significant. The coefficients of the model fit indexes were satisfactory and supported the five-factor factorial structure for PHC.

In addition, analysis of the five-factor model's invariance confirmed its stability. The high value of internal consistency observed in the five-factor model of our study ($\alpha = 0.91$) is greater than the original values obtained by Lake [5] ($\alpha = 0.82$) and by Amaral et al. [19] ($\alpha = 0.89$) and equal to that found by De Pedro-Gómez et al. [25] ($\alpha = 0.91$).

Furthermore, there is evidence of acceptable reliability and validity with adequate internal consistency in the full scale and subscales of the model. The results agree with other studies on the psychometric properties of the PES-NWI, but in different organizational contexts in health [5,18,19,21,31,32,35,36,39–42,50–55].

Limitations

This study was carried out based on the current organizational context of PHC in the country resulting from the 2005 reformation, in which health centers merged into significant organizational structures. Therefore, studies should be performed in each HCG and compared with our results to evaluate the NPE in each PHC organization.

The relationship and the impact between the NPE and the quality of care, patient safety care, workload and endowments, job satisfaction and intention to leave, and emotional exhaustion were not studied. Therefore, further studies must be performed in these areas. One important topic of future study is communication and information technologies in the PES-NWI.

5. Conclusions

This study, which was carried out with a large sample of Portuguese nurses from PHC within the scope of the RN4CAST@pt 2018 study, provided psychometric evidence and revealed an adequate five-factor structure of the PES-NWI. The evidence supports the reliability and validity of the structure and agrees with the structure suggested by the author of the original scale. All factors showed appropriate factor loadings and had a semantic relationship.

This study shows that, in the Portuguese nursing context of PHC, the PES-NWI is a relevant instrument that can support decision-making by nurse managers, can characterize the NPE, and can improve work conditions in PHC organizations. The PES-NWI in PHC enables the classification of environments as favorable or unfavorable to patients' safety and health and to the quality of the nursing care provided. The results showed that the scale is valid and can be used in clinical practice, nursing management, and PHC investigations. This study also demonstrated the international relevance of the use of the PES-NWI in PHC, as only a single study is available at present.

This study offers valuable contributions to the strategic planning and health policies in PHC contexts.

Author Contributions: Conceptualization, P.L., E.J., S.A. and B.A.; methodology, P.L., E.J., S.A. and B.A.; software, P.L., E.J., S.A. and B.A.; validation, E.J., S.A. and B.A.; formal analysis, P.L., E.J., S.A. and B.A.; investigation, P.L., E.J., S.A. and B.A.; resources, P.L., E.J., S.A. and B.A.; data curation, P.L., E.J., S.A. and B.A.; writing—original draft preparation, P.L., E.J., S.A. and B.A.; writing—review and editing, P.L., E.J., S.A. and B.A.; visualization, P.L., E.J., S.A. and B.A.; supervision, E.J., S.A. and B.A.; project administration, E.J., S.A. and B.A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: The authors thank the Portuguese Foundation for Science and Technology (FCT/MCTES) for the financial support of the Center for Interdisciplinary Research in Health (UIDB/04279/2020) of Universidade Católica Portuguesa.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Research Ethics Committee of Universidade Católica Portuguesa—Porto (Ethics Clearance number 03/2018 and date of approval 14 May 2018).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Restrictions apply to the availability of these data. Data was obtained from third party and are available with the permission of third party.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

- Lucas, P.R.M.B.; Nunes, E.M.G.T. Nursing practice environment in Primary Health Care: A scoping review. *Rev. Bras. Enferm.* **2020**, *73*, e20190479. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- McSherry, R.; Pearce, P.; Grimwood, K.; McSherry, W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *J. Nurs. Manag.* **2012**, *20*, 7–19. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Parro-Moreno, A.; Serrano-Gallardo, P.; Ferrer-Arnedo, C.; Serrano-Molina, L.; Puerta-Calatayud, M.L.; Barberá-Martín, A.; De Pedro-Gómez, J. Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Aten. Primaria* **2013**, *45*, 476–485. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Poghosyan, L.; Shang, J.; Liu, J.; Poghosyan, H.; Liu, N.; Berkowitz, B. Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Manag. Rev.* **2015**, *40*, 46–55. [[CrossRef](#)]
- Lake, E.T. Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Res. Nurs. Health* **2002**, *25*, 176–188. [[CrossRef](#)]
- Almeida, S.; Nascimento, A.; Lucas, P.B.; Jesus, E.; Araújo, B. RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan* **2020**, *20*, 1–10. [[CrossRef](#)]
- Carvalho, M.C.; Lucas, P. The effectiveness of the clinical nurse leader practice—Systematic review. *Millenium* **2020**, *2*, 57–64. [[CrossRef](#)]
- De Sul, S.I.R.; Lucas, P.R.M.B. Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nurs. Open.* **2020**, *7*, 1475–1481. [[CrossRef](#)]
- Tomaszewska, K.; Kłos, A.; Majchrowicz, B. Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *J. Educ. Health Sport* **2017**, *7*, 1191–1205.
- Leone, C.; Bruyneel, L.; Anderson, J.E.; Murrells, T.; Dussault, G.; Jesus, E.H.; Rafferty, A.M. Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Polic.* **2015**, *119*, 1584–1592. [[CrossRef](#)]
- Alves, D.F.S.; Guirardello, E.B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado pediátrico. *Rev. Gaúcha Enferm.* **2016**, *37*, 1–7. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Copanitsanou, P.; Fotos, N.; Brokalaki, H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br. J. Nurs.* **2017**, *26*, 172–176. [[CrossRef](#)]
- Gea-Caballero, V.; Castro-Sánchez, E.; Juárez-Vela, R.; Díaz-Herrera, M.Á.; Miguel-Montoya, I.; Martínez-Riera, J.R. Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. *Enferm. Clin.* **2018**, *28*, 27–35. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Weber, E.; Ward, J.; Walsh, T. Nurse leader competencies: A toolkit for success. *Nurs. Manag.* **2015**, *46*, 47–50. [[CrossRef](#)]
- Nunes, E.; Gaspar, M. A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm.* **2016**, *37*. [[CrossRef](#)]
- Lake, E.T. Measurement and Evidence. *Med. Care Res. Rev.* **2007**, *64*, 104S–122S. [[CrossRef](#)]
- Neves, T.M.A.; Parreira, P.M.S.D.; Graveto, J.M.G.N.; Rodrigues, V.J.L.; Marôco, J.P. Practice environment scale of the nursing work index: Portuguese version and psychometric properties. *J. Nurs. Manag.* **2018**, 1–9. [[CrossRef](#)]
- Swiger, P.A.; Raju, D.; Breckenridge-Sproat, S.; Patrician, P.A. Adaptation of the Practice Environment Scale for military nurses: A psychometric analysis. *J. Adv. Nurs.* **2017**, *73*, 2219–2236. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Amaral, A.F.S.; Ferreira, P.L.; Lake, E. Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *Int. J. Caring Sci.* **2012**, *5*, 280–288.
- Amaral, A.F.S.; Ferreira, P. Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Rev. Investig. Enferm.* **2013**, *5*, 66–74.
- Ferreira, M.R.S.C.F.; Amendoeira, J. Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the Portuguese reality. *Rev. Esc Enferm. USP* **2014**, *48*, 690–697. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Jesus, E.H.; Roque, S.M.B.; Amaral, A.F.S. Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes da prática de enfermagem. *Rev. Investig. Enferm.* **2015**, *13*, 26–44.
- Pinto, A.; Jesus, E.; Mendes, A.; Fronteira, I. Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Rev. Investig. Enferm.* **2015**, *10*, 26–37.
- De Pedro-Gómez, J.; Morales-Asencio, J.M.; Sesé-Abad, S.; Bennasar-Veny, M.; Artigues-Vives, G.; Campaner, C.P. Entorno de práctica de los profesionales de enfermería y competencia para la incorporación de la evidencia a las decisiones: Situación en las Islas Baleares. *Gac Sanit* **2011**, *25*, 191–197. [[CrossRef](#)]
- De Pedro-Gómez, J.; Morales-Asencio, J.M.; Sesé-Abad, A.; Bennasar-Veny, M.; Pericas-Beltran, J.; Miguélez-Chamorro, A. Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *J. Adv. Nurs.* **2011**, *68*, 212–221. [[CrossRef](#)]
- Parro-Moreno, A.; Serrano-Gallardo, P.; Díaz-Holgado, A.; Aréjula-Torres, J.L.; Abaira, V.; Santiago-Pérez, I.M.; Morales-Asencio, J.M. Impact of primary care nursing workforce characteristics on the control of high-blood pressure: A multilevel analysis. *BMJ Open* **2015**, *5*, e009126. [[CrossRef](#)]

27. Pérez-Campos, M.A.; Sánchez-García, I.; Pancorbo-Hidalgo, P.L. Knowledge, Attitude and Use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet. *Investig. Educ. Enferm.* **2014**, *32*, 451–460. [[CrossRef](#)]
28. Rabie, T.; Coetzee, S.K.; Klopper, H.C. The nature of community health care centre practice environments in a province in South Africa. *Afr. J. Nurs. Midwifery* **2016**, *18*, 27–41. [[CrossRef](#)]
29. Wang, Y.; Dong, W.; Mauk, K.; Li, P.; Wan, J.; Yang, G.; Hao, M. Nurses' practice environment and their job satisfaction: A study on nurses caring for older adults in Shanghai. *PLoS ONE* **2015**, *10*, e0138035. [[CrossRef](#)]
30. Warshawsky, N.E.; Havens, D.S. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs. Res.* **2011**, *60*, 17–31. [[CrossRef](#)]
31. Gasparino, R.C.; Guirardello, E.B. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. *J. Nurs. Manag.* **2017**, *25*, 375–383. [[CrossRef](#)]
32. Fuentelsaz-Gallego, C.; Moreno-Casbas, M.T.; González-Maria, E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int. J. Nurs. Stud.* **2013**, *50*, 274–280. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. McCusker, J.; Dendukuri, N.; Cardinal, L.; Laplante, J.; Bambonye, L. Nursing work environment and quality of care: Differences between units at the same hospital. *Int. J. Health Care Qual.* **2004**, *17*, 313–322. [[CrossRef](#)]
34. Bruyneel, L.; Li, B.; Squires, A.; Spotbeen, S.; Meuleman, B.; Lesaffre, E.; Sermeus, W. Bayesian Multilevel MIMIC Modeling for Studying Measurement Invariance in Cross-group Comparisons. *Med. Care* **2017**, *55*(4), e25–e35. [[CrossRef](#)]
35. Mainz, H.; Baernholdt, M.; Ramlau-Hansen, C.H.; Brink, O. Comparison of nurse practice environments in Denmark and the USA. *Int. Nurs. Rev.* **2015**, *62*, 479–488. [[CrossRef](#)]
36. Brzyski, P.; Kózka, M.; Squires, A.; Brzostek, T. How factor analysis results may change due to country context. *J. Nurs. Scholarsh* **2016**, *48*, 598–607. [[CrossRef](#)]
37. Gunnarsdottir, S.; Clarke, S.P.; Rafferty, A.M.; Nutbeam, D. Front-line management, staffing and nursedoctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int. J. Nurs. Stud.* **2009**, *46*, 920–927. [[CrossRef](#)]
38. Efstathiou, G.; Andreou, C.; Tsangari, H.; Dimitriadou, M.; Papastavrou, E. Adaptation and validation of the Cyprus version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A methodological study. *BMC Res. Notes* **2018**, *11*, 791–797. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
39. Chiang, H.Y.; Lin, S.Y. Psychometric testing of the Chinese version of nursing practice environment scale. *J. Clin. Nurs.* **2009**, *18*, 919–929. [[CrossRef](#)]
40. Cho, E.; Choi, M.; Kim, E.Y.; Yoo, I.Y.; Lee, N.J. Construct validity and reliability of the Korean version of the practice environment scale of nursing work index for Korean nurses. *J. Korean Acad. Nurs. Adm.* **2011**, *41*, 325–332. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
41. Parker, D.; Tuckett, A.; Eley, R.; Hegney, D. Construct validity and reliability of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index for Queensland nurses. *Int. J. Nurs. Pract.* **2010**, *16*, 352–358. [[CrossRef](#)]
42. Alzate, L.C.; Bayer, G.L.; Squires, A. Validation of a Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in the Colombian context. *Hispanic Health Care Int.* **2014**, *12*, 34–42. [[CrossRef](#)]
43. Ogata, Y.; Nagano, M.; Akanuma, T. Translating “The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)” in to Japanese. *J. Sch. Nurs.* **2008**, *30*, 19–24. [[CrossRef](#)]
44. Almeida, S. Análise em Componentes Principais. In *Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde—Um Guia Com o SPSS*; Lusodidacta: Loures, Portugal, 2017; pp. 141–153.
45. Marôco, J. Análise Fatorial. In *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações*, 2nd ed.; ReportNumber: Pêro Pinheiro, Portugal, 2014; pp. 179–243.
46. Stevens, J.P. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, 5th ed.; Routledge Academic: Mahwah, NJ, USA, 2009.
47. Alavi, M.; Visentin, D.C.; Thapa, D.K.; Hunt, G.E.; Watson, R.; Cleary, M. Exploratory factor analysis and principal component analysis in clinical studies: Which one should you use? *J. Adv. Nurs.* **2020**, *76*, 1886–1889. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Cutillo, L. Parametric and multivariate methods. In *Encyclopedia of Bioinformatics and Computational Biology*; Ranganathan, M., Gribskov, K., Nakai, S.C., Eds.; Elsevier: Cambridge, UK, 2019; pp. 738–746.
49. Hair, J.F.; Black, W.C.; Babin, B.J.; Anderson, R.E. *Multivariate Data Analysis*, 8th ed.; Cengage Learning EMEA: Hampshire, UK, 2019.
50. De Pedro-Gómez, J.; Morales-Asencio, J.M.; Sesé-Abad, S.; Bennasar-Veny, M.; Artigues-Vives, G.; Pericàs-Beltrán, J. Validación y adaptación al español de la escala del entorno de práctica enfermera del Nursing Work Index. *Metas Enferm.* **2009**, *12*, 65–73.
51. Anzai, E.; Douglas, C.; Bonner, A. Nursing practice environment, quality of care and morale of hospital nurses in Japan. *Nurs. Health Sci.* **2014**, *16*, 171–178. [[CrossRef](#)]
52. Liou, S.R.; Cheng, C.Y. Using the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index on Asian nurses. *Nurs. Res.* **2009**, *58*, 218–225. [[CrossRef](#)]
53. Middleton, S.; Griffiths, R.; Fernandez, R.; Smith, B. Nursing practice environment: How does one Australian hospital compare with magnet hospitals? *Int. J. Nurs. Pract.* **2008**, *14*, 366–372. [[CrossRef](#)]
54. Ogata, Y.; Sasaki, M.; Yumoto, Y.; Yonekura, Y.; Nagano, M.; Kanda, K. Reliability and validity of the practice environment scale of the nursing work index for Japanese hospital nurses. *Nurs. Open* **2018**, *5*, 362–369. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
55. Patrician, P.; Shang, J.; Lake, E. Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Res. Nurs. Health* **2010**, *33*, 99–110. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Apêndice 5 – Apresentação do tema “Avaliação psicométrica da Escala do Ambiente de Prática de Enfermagem (PES-NWI) nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, a convite do “I Global International Conference on Health – Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa”, no dia 6 de Agosto de 2021, em Brasília.

Certificamos que

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

Ministrou a Palestra intitulada: “**Avaliação psicométrica da Escala do Ambiente de Prática de Enfermagem (PES-NWI) nos cuidados de saúde primários em Portugal**”, no dia 06 de agosto de 2021, às 10h, no **I Global International Conference on Health: Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa – 1 ano de Global Academic Nursing Journal**, realizado on-line pela Global Academic Support, através do Global Academic Nursing Journal, nos dias 06 e 07 de agosto de 2021, das 09h às 22h (horário de Brasília) – totalizando 26 horas de duração.

Rio de Janeiro, Brasil, 13 de outubro de 2021.

