

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM E DESEMPENHO DAS EQUIPAS: O AMBIENTE DE PRÁTICA COMO MEDIADOR

João Pedro Da Silva Teixeira¹;

¹Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), Santiago do Cacém, Portugal.

Rita Alexandra da Silva Semedo².

²Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), Santiago do Cacém, Portugal.

RESUMO: A pressão sobre os sistemas de saúde, escassez de enfermeiros, exaustão profissional e a exigência de “fazer mais com menos”, recentrou a atenção na relação entre a gestão e o desempenho das equipas de enfermagem. Este capítulo analisa, à luz da literatura, de que forma a liderança em enfermagem influencia o desempenho das equipas, sustentando que essa influência é, em larga medida, indireta e mediada pelo ambiente de prática profissional. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com pesquisa nas bases PubMed, Scopus e Web of Science. A síntese clarifica a distinção entre produtividade e desempenho e organiza-se em torno dos estilos de liderança transformacional, transacional e autêntica, do ambiente de prática como variável mediadora, ancorado nos modelos Magnet e Healthy Work Environment e no empowerment estrutural de Kanter, operacionalizado pela PES-NWI e do desempenho entendido como desfechos sensíveis aos cuidados. Propõe-se um modelo conceptual integrador que posiciona o ambiente de prática como elo entre a liderança e o desempenho. Conclui-se que o ambiente de prática constitui a alavanca de gestão mais acionável para melhorar o desempenho das equipas, com implicações para a prática de liderança e para a investigação futura.

PALAVRAS-CHAVE: Liderança. Enfermagem. Local de Trabalho.

NURSING LEADERSHIP AND TEAM PERFORMANCE: THE PRACTICE ENVIRONMENT AS A MEDIATOR

ABSTRACT: The pressure on health systems, nurse shortages, burnout and the demand to “do more with less”, has renewed attention on the relationship between management and the performance of nursing teams. This chapter examines, in light of the literature, how nursing leadership influences team performance, arguing that this influence is largely indirect and mediated by the professional practice environment. A narrative literature review was conducted, searching the PubMed, Scopus and Web of Science databases. The synthesis clarifies the distinction between productivity and performance and is organized around transformational, transactional and authentic leadership styles, the practice environment as a mediating variable, anchored in the Magnet and Healthy Work Environment models and in Kanter’s structural empowerment, operationalized through the PES-NWI and performance understood as nursing-sensitive outcomes. An integrative conceptual model is proposed,

positioning the practice environment as the link between leadership and performance. It is concluded that the practice environment is the most actionable management lever for improving team performance, with implications for leadership practice and future research.

KEYWORDS: Leadership. Nursing. Workplace.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde europeus enfrentam uma tensão estrutural persistente: escassez de enfermeiros (World Health Organization, 2020), envelhecimento das equipas, exaustão profissional e a exigência política de “fazer mais com menos”. A retenção de profissionais tornou-se um problema central, com custos elevados associados à rotatividade e à perda de conhecimento clínico acumulado. Neste contexto, a relação entre a forma como as equipas de enfermagem são geridas e aquilo que conseguem produzir em segurança, qualidade e resultados, voltou ao centro do debate.

O problema tem, além da dimensão clínica, uma dimensão económica. A rotatividade de enfermeiros acarreta custos diretos de recrutamento e integração e custos indiretos, mais difíceis de contabilizar, de perda de experiência e de sobrecarga das equipas remanescentes. Foi, em parte, o reconhecimento destes custos que motivou, nos Estados Unidos da América, o estudo dos hospitais capazes de atrair e reter enfermeiros mesmo em períodos de carência, a génese do movimento Magnet (McClure; Hinshaw, 2002), e que hoje sustenta o argumento de que a qualidade do ambiente de trabalho não é um luxo organizacional, mas uma condição de sustentabilidade dos serviços.

O pressuposto dominante é simples: uma boa gestão eleva o desempenho da equipa. A literatura, porém, mostra que esta relação é menos direta do que aparenta (Cummings et al., 2010). O desempenho de uma equipa de enfermagem é multideterminado, depende das dotações, da combinação de competências, da gravidade clínica dos doentes, da tecnologia disponível e da organização do trabalho (Aiken et al., 2014), pelo que atribuir as suas variações exclusivamente à liderança constitui uma simplificação.

Argumenta-se, neste trabalho, que a influência da liderança sobre o desempenho é sobretudo indireta: a liderança atua menos sobre a tarefa individual e mais sobre as condições em que a equipa trabalha, ou seja, sobre o ambiente de prática profissional. Esta distinção não é meramente semântica. Enquadrar o problema em torno do ambiente e do desempenho entendido como qualidade e segurança, desloca o foco de uma lógica de produtividade industrial, débito por turno ou tarefas por hora, para uma lógica de desfechos sensíveis aos cuidados de enfermagem (Donabedian, 1988), mais coerente com a natureza do trabalho clínico.

O presente trabalho revê a literatura sobre estilos de liderança, ambiente de prática e desempenho. Começa por clarificar a passagem do conceito de produtividade para o de desempenho, caracteriza, em seguida, os principais estilos de liderança e o construto de ambiente de prática, examina a evidência que liga ambiente e desfechos, e termina propondo um modelo conceptual que posiciona o ambiente como elo mediador entre a

liderança e os resultados das equipas.

OBJETIVO

Analisar, à luz da literatura, de que forma a liderança em enfermagem influencia o desempenho das equipas, tendo o ambiente de prática profissional como variável mediadora, e propor um modelo conceptual integrador dessa relação. Como objetivos específicos, pretende-se clarificar o conceito de desempenho aplicado à enfermagem, caracterizar os estilos de liderança e o construto de ambiente de prática e sintetizar a evidência que articula estas dimensões.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, natureza básica e objetivos exploratório-descritivos, assente em pesquisa bibliográfica. Este tipo de revisão, embora não substitua o rigor sistemático na agregação quantitativa de evidência, é particularmente adequado à articulação de literatura teórica, empírica e normativa de origens diversas e à construção de quadros conceptuais (Whittemore; Knafl, 2005).

A pesquisa foi conduzida nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science, com acesso através do consórcio b-on, no primeiro trimestre de 2026. Consideraram-se documentos publicados entre 2000 e 2025, redigidos em português, inglês ou espanhol, não obstante a inclusão de obras de referência anteriores, como Kanter (1977) e Bass (1985), pela sua centralidade teórica no tema. Combinaram-se descritores em língua inglesa por operadores booleanos, designadamente leadership, nurse manager, transformational leadership, authentic leadership, practice environment, work environment, Magnet, structural empowerment, nursing-sensitive outcomes e team performance.

Foram incluídos estudos teóricos, empíricos, quantitativos e qualitativos, documentos normativos que abordassem a relação entre a liderança ou a gestão em enfermagem, o ambiente de prática e o desempenho ou os desfechos das equipas, com enfoque no contexto hospitalar de doentes agudos. Excluíram-se os trabalhos sem acesso ao texto integral e os que não se centravam no objeto em análise. A seleção processou-se em três etapas, identificação, triagem de títulos e resumos e leitura integral, privilegiando-se obras de referência, instrumentos validados e revisões sistemáticas.

O material selecionado foi submetido a leitura integral e a análise interpretativa, com categorização temática por comparação constante. Os achados foram organizados em torno de quatro eixos: o conceito de desempenho, a liderança, o ambiente de prática e a sua articulação. Processo a partir do qual se construiu o modelo conceptual integrador apresentado nos resultados. Reconhecem-se as limitações inerentes à seleção não exaustiva de fontes, assumindo-se o propósito de orientar investigações futuras mais do que sintetizar exaustivamente a evidência disponível.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da produtividade ao desempenho: um problema de definição

Qualquer análise da influência da gestão sobre as equipas de enfermagem enfrenta à partida um problema de definição. O termo produtividade, transposto da lógica económica e industrial, designa a relação entre os recursos consumidos e o que se produz, doentes por enfermeiro, tarefas por turno, custo por episódio. Aplicado sem mediação ao cuidado de enfermagem, este conceito arrasta o risco de reduzir o cuidado a mera produção quantitativa, ignorando dimensões que escapam à contabilidade do output.

A enfermagem construiu, ao longo das últimas décadas, um corpo de conhecimento que resiste precisamente a essa redução. Importa, por isso, distinguir a eficiência, enquanto economia de recursos, da efetividade, entendida como a qualidade e a segurança dos resultados clínicos (Donabedian, 1988). É esta segunda dimensão que o conceito de desempenho, na perspetiva aqui adotada, privilegia. O desempenho de uma equipa não se mede apenas pela quantidade de trabalho realizado, mas pela medida em que esse trabalho se traduz em ganhos para o doente e em sustentabilidade para a própria equipa.

Esta opção conceptual fundamenta-se na tradição dos desfechos sensíveis aos cuidados de enfermagem e no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (1988), que distingue estrutura, processo e resultado. Este enquadramento é retomado mais à frente, neste momento importa reter que falar de desempenho e não de produtividade, implica olhar para resultados como a segurança, a experiência do doente e a integridade da equipa e não apenas para volumes de atividade.

Esta distinção tem tradução prática na tipologia de indicadores (Oner et al., 2021). Os indicadores de estrutura referem-se aos recursos e à organização (dotações de enfermeiros, skill mix dos enfermeiros, horas de cuidados de enfermagem por doente/dia), os indicadores de processo descrevem efetivamente os cuidados de enfermagem prestados ao doente (vigilância, prevenção, ensino, articulação, ...) e os indicadores de resultado captam o que daí decorre (quedas, úlceras por pressão, infeções associadas aos cuidados de saúde, erros de medicação, falência no resgate, tempo de internamento, ...). A força do conceito de desfecho sensível aos cuidados de enfermagem reside precisamente em ligar estes três níveis, evidenciando que variações na estrutura e no processo se repercutem em resultados mensuráveis. É esta cadeia que permite tratar o ambiente de prática, uma variável de estrutura, como determinante do desempenho.

Estilos de liderança em enfermagem

A liderança em enfermagem tem sido estudada sobretudo a partir modelo de liderança de amplo espectro. A liderança transformacional, conceptualizada por Bass (1985) e desenvolvida por Bass e Avolio (1994), assenta em quatro dimensões, influência idealizada, motivação inspiradora, estímulo intelectual e consideração individualizada, e caracteriza líderes que mobilizam a equipa em torno de uma visão partilhada, elevando a motivação para além do interesse imediato.

A este polo opõem-se a liderança transacional, baseada na recompensa contingente e na gestão por exceção, e o estilo *laissez-faire*, caracterizado pela abstenção e pela ausência de liderança efetiva. Embora a transacional possa assegurar o funcionamento corrente, é a componente transformacional que a literatura associa mais robustamente ao desenvolvimento das equipas e à qualidade dos cuidados (Cummings et al., 2010).

Mais recentemente, acrescentou-se o conceito de liderança autêntica (Avolio; Gardner, 2005), que enfatiza a autoconsciência, a transparência relacional, o processamento equilibrado da informação e uma matriz ética interiorizada. A sua relevância para a enfermagem é direta: figura entre as normas de um ambiente de trabalho saudável e associa-se a maior capacitação e a melhores resultados nas equipas (Wong; Laschinger, 2013).

A evidência associa de forma consistente os estilos relacionais, transformacionais e autênticos a melhores resultados. As revisões de Cummings et al. (2010; 2018) concluem que a liderança centrada nas pessoas e nas relações se associa a melhores desfechos para os profissionais, o ambiente e os doentes, enquanto os estilos focados na tarefa ou dissonantes se associam a maior insatisfação, exaustão e rotatividade. A revisão de Wong, Cummings e Ducharme (2013) documenta, em sentido convergente, relações positivas entre a liderança de enfermagem e os desfechos dos doentes. O ponto central, para o argumento deste trabalho, é que estes efeitos raramente são diretos: a liderança opera criando ou degradando as condições de trabalho da equipa.

A questão que emerge é a do mecanismo: por que via produz a liderança estes efeitos? A literatura tem vindo a consolidar que a liderança atua através de variáveis intermédias, como a confiança, a clareza de papéis, o sentido de pertença e, sobretudo, a capacitação dos profissionais (Laschinger, Finegan, Shamian, 2001; Wong, Laschinger, 2013). Líderes transformacionais e autênticos não melhoram diretamente os resultados clínicos; criam as condições psicológicas e estruturais em que equipas competentes podem exercer plenamente a sua prática (Wong & Laschinger, 2013). É esta passagem do líder às condições de trabalho que conduz ao conceito de ambiente de prática.

O ambiente de prática profissional

O ambiente de prática profissional designa o conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem o exercício da enfermagem (Lake, 2002). Não se trata de um cenário passivo, mas de um sistema de condições, autonomia, recursos, relações, participação, que determina o que uma equipa competente consegue, ou não, concretizar.

O movimento Magnet, cujas raízes remontam ao estudo dos hospitais que atraíam e retinham enfermeiros mesmo em contextos de escassez (McClure; Hinshaw, 2002), identificou um conjunto de atributos partilhados por essas organizações: autonomia profissional, controlo sobre a prática, boas relações entre enfermeiros e médicos, oportunidades de desenvolvimento e um apoio efetivo da gestão. Estes atributos foram posteriormente

sistematizados como componentes de excelência organizacional e tornaram-se referência internacional para a qualidade do ambiente de enfermagem.

O modelo Healthy Work Environment, proposto pela American Association of Critical-Care Nurses (AACN, 2016), sistematiza seis normas inter-relacionadas: comunicação competente, verdadeira colaboração, tomada de decisão eficaz, dotações adequadas, reconhecimento significativo e liderança autêntica. Note-se que a própria liderança figura como componente do ambiente, o que sublinha a interdependência entre os dois construtos e a dificuldade de os separar em termos estritamente causais.

De forma complementar, a teoria do empowerment estrutural de Kanter (1977) sustenta que o acesso a oportunidades, informação, apoio e recursos no local de trabalho determina o grau de capacitação dos profissionais. Aplicada à enfermagem esta teoria mostrou que ambientes estruturalmente capacitadores se associam a maior satisfação, confiança organizacional e compromisso (Laschinger, Finegan, Shamian, 2001; Laschinger et al., 2004). Manojlovich (2007) acrescenta que o poder, em enfermagem, é menos uma questão de hierarquia do que de acesso efetivo às estruturas que permitem agir, e que cabe à liderança criar e distribuir esse acesso.

A medição do ambiente e a evidência de desfechos

A operacionalização do ambiente de prática tem na Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), desenvolvida por Lake (2002), o seu instrumento de referência. As suas subescalas, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital, fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, capacidade, liderança e apoio do enfermeiro gestor, adequação de dotações e recursos, e relações colegiais entre enfermeiros e médicos, captam dimensões diretamente moldáveis pela gestão. Note-se que uma delas remete explicitamente para a liderança do enfermeiro gestor, indício de que a própria liderança se acha incorporada no instrumento que mede o ambiente, e não fora dele.

A evidência empírica que liga o ambiente aos desfechos é substancial. Os estudos de Aiken et al (2002; 2008) demonstraram que ambientes de prática mais favoráveis se associam a menor mortalidade, menos eventos adversos, menor exaustão e maior satisfação profissional. O estudo europeu RN4CAST reforçou estas conclusões em larga escala, associando melhores rácios de dotação e maior qualificação dos enfermeiros a menor mortalidade hospitalar em nove países (Aiken et al., 2014). Estes resultados situam o ambiente de prática não como variável difusa, mas como determinante mensurável de resultados clínicos.

O mecanismo que liga o ambiente aos resultados passa, em boa parte, pelo estado das equipas. Spence Laschinger e Leiter (2006) mostraram que o efeito do ambiente sobre a segurança dos doentes é mediado pelo grau de exaustão ou de envolvimento das equipas. A investigação sobre burnout (Maslach; Leiter, 2008) confirma que a exaustão emocional e o cinismo não são apenas problemas individuais, mas respostas previsíveis a ambientes

mal concebidos, com repercussões diretas na qualidade do cuidado.

Liderança, ambiente e cultura de segurança

Um domínio em que a articulação entre liderança e ambiente se torna especialmente visível é o da segurança do doente. A notificação de incidentes, a discussão aberta de erros e a aprendizagem com eventos adversos dependem menos da existência de protocolos do que de um clima em que os profissionais se sentem seguros para falar. Esse clima é, simultaneamente, um produto da liderança, pela forma como está reage ao erro, e uma característica do ambiente de prática.

Ambientes punitivos suprimem a notificação e, com ela, a possibilidade de aprender; ambientes assentes numa cultura justa convertem o erro em melhoria (Reason, 2000). Trata-se de mais um exemplo de como a liderança opera moldando o terreno, e não substituindo-se a ele: o gestor não previne diretamente o evento adverso, mas constrói ou inviabiliza as condições em que a equipa o antecipa, comunica e corrige. A segurança emerge, assim, como propriedade do sistema, e não como mérito isolado de indivíduos.

A dimensão coletiva do desempenho

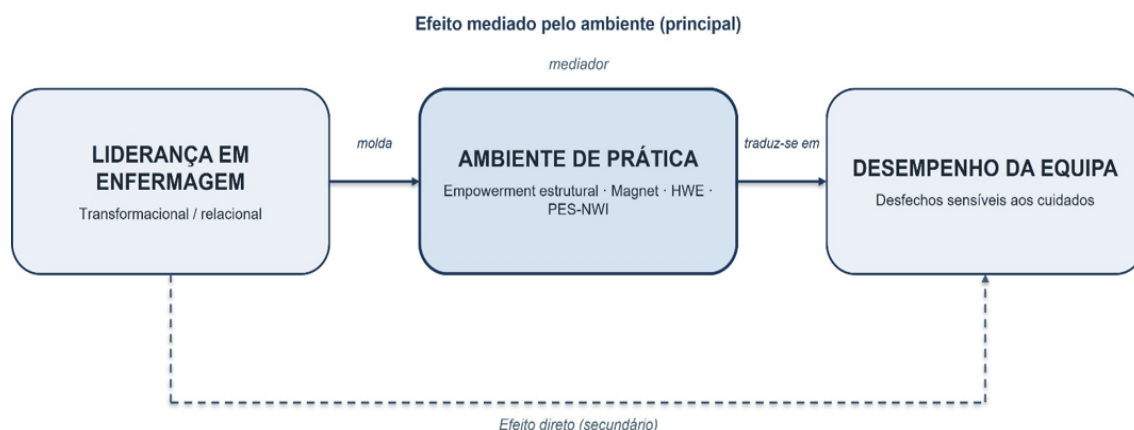
Falar de desempenho de equipas exige, por fim, não confundir o coletivo com a soma dos indivíduos. Uma equipa não é um agregado de bons profissionais, mas um sistema cujo funcionamento depende de objetivos partilhados, papéis claros e interação efetiva. West e Lyubovnikova (2013) alertam para as “ilusões de trabalho em equipa”: grupos que se autodenominam equipas sem reunir as condições que tornam o trabalho coletivo eficaz: fronteiras definidas, interdependência real e reflexão conjunta sobre o desempenho.

Esta perspetiva tem implicações para a gestão. A liderança que se limita a otimizar contributos individuais ignora o nível em que o desempenho clínico efetivamente se produz: a coordenação, a comunicação e a confiança entre os membros da equipa. O ambiente de prática, ao estruturar estas interações, é também o terreno onde a dimensão coletiva do desempenho se constrói ou se dissipa.

Modelo conceptual integrador

A síntese da literatura sugere que a liderança influencia o desempenho das equipas sobretudo de forma indireta, através do ambiente de prática que contribui para moldar (Figura 1). O efeito direto da liderança sobre os resultados existe, mas é, em regra, menor do que o efeito mediado pelo ambiente.

Figura 1: Modelo conceptual da relação entre liderança, ambiente de prática e desempenho.



Fonte: Elaboração própria.

Esta estrutura de mediação encontra suporte empírico direto. Wong e Laschinger (2013) demonstraram que a liderança autêntica se associa ao desempenho e à satisfação dos enfermeiros através do empowerment estrutural, ou seja, o efeito da liderança sobre os resultados passa pela capacitação que o ambiente proporciona. O ambiente não é, assim, um fator secundário, mas a via por onde a liderança se converte em desempenho.

Importa, ainda assim, reconhecer uma nuance teórica. A liderança não é apenas um antecedente do ambiente, mas também um dos seus componentes, surge como norma no modelo da AACN e como subescala na PES-NWI. A relação é em parte constitutiva e não apenas causal, o que recomenda prudência na interpretação de modelos de mediação estritos e abre espaço a leituras em que liderança e ambiente se reforçam reciprocamente ao longo do tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal implicação para a gestão é clara: a margem de intervenção mais efetiva para melhorar o desempenho das equipas não é exigir mais esforço aos profissionais, mas investir nas condições em que trabalham. Tal exige atuar em quatro frentes: o desenvolvimento de liderança transformacional e autêntica nos enfermeiros gestores, o reforço do empowerment estrutural (acesso a informação, recursos e participação nas decisões), a salvaguarda de dotações adequadas e a construção de reconhecimento e de relações colegiais.

Estas orientações traduzem-se em medidas concretas: programas estruturados de desenvolvimento de liderança, mecanismos formais de participação dos enfermeiros nas decisões clínicas e organizativas, monitorização sistemática de indicadores sensíveis aos cuidados como instrumento de gestão e não apenas de auditoria, e integração da avaliação do ambiente de prática (por exemplo, pela PES-NWI) nos sistemas de informação. Assim, a gestão do ambiente deixa de ser uma intenção difusa para se tornar objeto de medição e melhoria contínua.

No contexto português, esta abordagem é particularmente pertinente. Os resultados

sensíveis aos cuidados de enfermagem encontram referencial nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001), e o debate sobre dotações seguras concretiza a dimensão do ambiente que a evidência internacional mais associa aos desfechos. Transpor os modelos Magnet e Healthy Work Environment para a realidade nacional exige, porém, cautela: são quadros desenvolvidos sobretudo no contexto norte-americano, cuja transferibilidade carece de validação prévia.

Estas conclusões exigem prudência: a evidência é sobretudo correlacional e transversal, limitando inferências causais. A sobreposição entre liderança e ambiente complica a delimitação de efeitos mediadores, e a heterogeneidade na definição de desempenho dificulta a comparação entre estudos.

Como desenvolvimento futuro, recomenda-se uma revisão integrativa segundo a metodologia de Whittemore e Knafl (2005), capaz de sistematizar a cadeia liderança–ambiente–desempenho em contexto hospitalar de doentes agudos, e estudos longitudinais e de intervenção que testem a direção e a magnitude destes efeitos. O ambiente de prática emerge, em definitivo, como a instância em que a liderança se realiza enquanto desempenho — o ponto em que a intenção de gestão se mede pelos seus efeitos sobre o cuidado.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L. H. et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. **JAMA**, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002.
- AIKEN, L. H. et al. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. **The Journal of Nursing Administration**, v. 38, n. 5, p. 223-229, 2008.
- AIKEN, L. H. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**, v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, 2014.
- AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL-CARE NURSES. **AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence**. 2. ed. Aliso Viejo: AACN, 2016.
- AVOLIO, B. J.; GARDNER, W. L. Authentic leadership development: getting to the root of positive forms of leadership. **The Leadership Quarterly**, v. 16, n. 3, p. 315-338, 2005.
- BASS, B. M. **Leadership and performance beyond expectations**. New York: Free Press, 1985.
- BASS, B. M.; AVOLIO, B. J. (Ed.). **Improving organizational effectiveness through transformational leadership**. Thousand Oaks: Sage, 1994.
- CUMMINGS, G. G. et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 3, p. 363-385, 2010.
- CUMMINGS, G. G. et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review update. **International Journal of Nursing Studies**, v. 85, p. 19-60, 2018.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

KANTER, R. M. **Men and women of the corporation**. New York: Basic Books, 1977.

LAKE, E. T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. **Research in Nursing & Health**, v. 25, n. 3, p. 176-188, 2002.

LASCHINGER, H. K. S.; FINEGAN, J.; SHAMIAN, J. The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. **Health Care Management Review**, v. 26, n. 3, p. 7-23, 2001.

LASCHINGER, H. K. S. et al. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. **Journal of Organizational Behavior**, v. 25, n. 4, p. 527-545, 2004.

MANOJLOVICH, M. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 12, n. 1, 2007.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Early predictors of job burnout and engagement. **Journal of Applied Psychology**, v. 93, n. 3, p. 498-512, 2008.

McCLURE, M. L.; HINSHAW, A. S. (Ed.). **Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses**. Washington: American Nurses Association, 2002.

ONER, B. *et al.* Nursing-sensitive indicators for nursing care: a systematic review (1997-2017). **Nursing Open**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 1005-1022, 2021.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

SPENCE LASCHINGER, H. K.; LEITER, M. P. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. **The Journal of Nursing Administration**, v. 36, n. 5, p. 259-267, 2006.

WEST, M. A.; LYUBOVNIKOVA, J. Illusions of team working in health care. **Journal of Health Organization and Management**, v. 27, n. 1, p. 134-142, 2013.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WONG, C. A.; CUMMINGS, G. G.; DUCHARME, L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. **Journal of Nursing Management**, v. 21, n. 5, p. 709-724, 2013.

WONG, C. A.; LASCHINGER, H. K. S. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 4, p. 947-959, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Geneva: WHO, 2020.