



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

**O Ambiente da Prática de Enfermagem e o
desempenho das Unidades de Saúde Familiar num
Agrupamento de Centros de Saúde**

Fernanda Maria Nogueira Santos Jorge Ribeiro Carneiro



**Lisboa
2022**



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

**O Ambiente da Prática de Enfermagem e o
desempenho das Unidades de Saúde Familiar num
Agrupamento de Centros de Saúde**

Fernanda Maria Nogueira Santos Jorge Ribeiro Carneiro



Orientador: Professora Doutora Teresa Maria Ferreira dos Santos
Potra



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Ao meu pai...que ainda gosta de mim.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Santos Potra: pela orientação, rigor, apoio e encorajamento que me deu ao longo deste percurso.

Ao meu marido: companheiro de vida e de estrada.

Às minhas queridas filhas: pelo incentivo que me deram com o que sei fazer e por fazerem por mim o que não sei fazer.

À minha mãe: pela sua resiliência.

À Luísa e à Paula: pela amizade, companheirismo e motivação.

Aos Enfermeiros participantes do estudo: porque tornaram possível este trabalho.

A Deus... por tudo.

ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APE	Ambiente da Prática de Enfermagem
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
IDG	Índice de Desempenho Global
IDS	Índice de Desempenho Setorial
IDS_A	Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas ()
IDS_D	Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões
IDS_S	Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PES-NWI	<i>Practice Environment Scale of the Work Nursing Index</i>
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RP	Revisão de puerpério
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Ambientes da prática de enfermagem favoráveis são apontados como preditores de diversos *outcomes* organizacionais positivos e de ganhos em saúde. A contínua análise das práticas de enfermagem permite ao enfermeiro gestor avaliar o desempenho, a satisfação e os cuidados prestados pela sua equipa, ao considerar todos os fatores que influenciam esse exercício, alicerçando as suas decisões numa prática baseada na evidência.

A plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde (BI-CSP-SNS) permite avaliar o desempenho da atividade realizada numa unidade, através dos resultados dos indicadores contratualizados, nomeadamente através do Índice de desempenho global. Esta ferramenta pretende avaliar não só o desempenho, mas também incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa de saúde familiar.

Estudos que relacionem ambientes da prática de enfermagem com os resultados da avaliação de desempenho obtidos pelos indicadores da plataforma BI-CSP são inexistentes. No entanto, é pertinente questionar se tal relação existe.

A presente tese tem como objetivo geral analisar a relação do ambiente da prática de enfermagem no desempenho das Unidades de Saúde Familiar num agrupamento de centros de saúde da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Na realização da presente dissertação, a avaliação do ambiente da prática foi realizada através da escala *Practice environment scale of the work nursing index*, e o desempenho das unidades foi obtido com recurso à Plataforma BI-CSP-SNS. Foram questionados enfermeiros de 18 unidades de saúde familiar do respetivo agrupamento.

Os resultados globais encontrados neste estudo foram de um APE com classificação de Ambiente Misto no ACES, que apresenta um valor de IDG ligeiramente abaixo da média dos valores nacionais, ainda que acima de 50. Foi possível verificar que uma melhor classificação de APE pode não corresponder a um IDG mais elevado. Os resultados finais deste estudo permitem responder à pergunta que lhe deu origem, verificando-se uma não evidente relação entre o APE e o Desempenho avaliado pelo BI-CSP-SNS.

Palavras-chave: Ambiente da prática de enfermagem, desempenho, enfermagem.

ABSTRACT

Favourable nursing practice environments are predictors of diverse positive organizational outcomes and better health. A continuous analysis of nursing practices allows the nurse manager to evaluate the performance, the satisfaction and the health care performed by his team, when considering all the factors that influence the practice, supporting his decisions in a practice based on evidence.

The *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde* (BI-CSP-SNS) platform allows the performance assessment of the activity carried out in a health unit, through the result of the contracted indicators, namely through the *Índice de Desempenho Global* (IDG). This tool aims to evaluate not only the performance, but also encourage the culture of healthcare provision in a familiar health team.

Studies relating nursing practice environments and results from the performance evaluation obtained by the BI-CSP-SNS platform are inexistent, being pertinent to question if such a relation exists.

The present thesis has the main objective of analyse the relationship of nursing practice environment in the performance of familiar healthcare centre units of a Familiar Health Units in a health centre group of the Lisboa e Vale do Tejo region.

In the present dissertation, the nursing practice evaluation was calculated through the Practice environment scale of the work nursing index, and the healthcare units performance obtained through the BI-CSP-SNS platform. From the health centre group, 18 familiar healthcare units were questioned.

Global results found in this study present a mixed nursing practice environment in the health centre group, and a IDG higher than 50 but lower than the national average. It was concluded that a better nursing practice environment may not correspond to a higher IDG. Results demonstrate a non-evident relationship between nursing practice environment and the performance evaluated by the BI-CSP-SNS.

Key words: work environment, practice environment, outcomes, nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Capítulo I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. O Ambiente da Prática de Enfermagem	5
1.1. Ambiente da Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários ..	7
2. Gestão Em Enfermagem	9
2.1. Modelos teóricos de referência.....	12
3. O Desempenho em Cuidados de Saúde Primários.....	15
3.1. BI-CSP	17
Capítulo II. TRABALHO EMPÍRICO	19
1. Metodologia do Estudo	19
1.1. Tipo de Estudo e Objetivos	19
1.2. População Alvo.....	20
1.3. Instrumentos de Colheita de dados:.....	20
1.4. Procedimentos de Colheita e Tratamento de dados	23
1.5. Considerações Éticas	24
2. Apresentação dos resultados.....	26
2.1 Caraterização da amostra.....	26
2.2 Avaliação do APE do ACES.....	30
2.3 Resultados gerais do APE das USFs	36
2.4 IDG das USFs e indicadores em estudo	39
2.5 Relação do APE com o IDG	40
2.6 Análise de sugestões.....	42
3. Discussão dos Resultados	44
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
Anexo 1	1
Anexo 2	2
Anexo 3	6
Anexo 4	7
Anexo 5	8

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema do modelo de Mitchell.....	13
Figura 2: <i>Relação entre modelo conceptual de Dubois e o APE</i>	15

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros por género.	26
Gráfico 2: Distribuição dos enfermeiros por idade.	27
Gráfico 3: Distribuição dos enfermeiros por habilitações literárias.	27
Gráfico 4: Distribuição dos enfermeiros por funções.....	28
Gráfico 5: Distribuição dos enfermeiros por tempo de exercício profissional.	28
Gráfico 6: Gráfico de frequências do tempo de exercício profissional.	29
Gráfico 7: Distribuição dos enfermeiros por tempo de exercício profissional no ACES.	29
Gráfico 8: Gráfico de frequências do tempo de exercício profissional no ACES.....	30
Gráfico 9: Média dos resultados gerais do ACES para cada dimensão do APE.....	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dimensões da escala PES-NWI e respetivas questões.....	21
Tabela 2: Escala de Likert	21
Tabela 3: Classificação do APE. Fonte: Lake & Friese (2006)	22
Tabela 4: Resultados descritivos da Escala de APE	31
Tabela 5: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 1.....	32
Tabela 6: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 2.....	33
Tabela 7: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 3.....	34
Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 4.....	35
Tabela 9: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 5.....	36
Tabela 10: Média dos resultados gerais do APE das USFs e sua Classificação.....	37
Tabela 11: Resultados gerais do APE das USFs.....	39
Tabela 12: IDG e Indicadores BI das USFs	40
Tabela 13: Classificação APE e IDG	41
Tabela 14: Correlação Pearson APE vs IDG e Indicadores BI	42

INTRODUÇÃO

A prática dos cuidados de enfermagem cada vez mais está alicerçada numa dimensão de qualidade, qualidade essa que se atinge ao investir num pensamento de investigação. “Ser saudável não é apenas relevante por si só, também promove bem estar pessoal, social e económico, pessoas saudáveis geram comunidades saudáveis e colaboram para uma sociedade mais produtiva, próspera e ativa, uma prática de atendimento positiva é um forte sinal de prestação de cuidados de qualidade e é básico para os resultados alcançados” (OCDE, 2019, p.43).

Como importante grupo profissional na área da saúde, os enfermeiros têm como objetivo assegurar a excelência de cuidados aos seus utentes razão pela qual é fundamental identificar os fatores que o podem influenciar. Num estudo elaborado por Pedro-Gomez (2011) confirma-se que a introdução de um modelo de trabalho centrado na evidência científica da prática clínica leva a uma melhoria nos resultados em saúde. Neste sentido, os ambientes favoráveis à prática de enfermagem têm sido apontados na literatura como preditores de diversos *outcomes* organizacionais positivos e de ganhos em saúde e, mais concretamente, vários estudos indicam a importância do Ambiente da Prática de Enfermagem (APE). Swiger (2017) refere ser o APE um conjunto de características organizacionais dos locais de trabalho que facilitam ou dificultam a prática profissional de enfermagem. O APE recebe atualmente atenção de muitos investigadores, gestores e decisores políticos pela relevância que assume nos resultados das organizações (Aiken et al., 2008). Para Lucas (2020) melhorar o APE tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, com aumento de resultados para os clientes, para a enfermagem e para os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Assim, a qualidade dos cuidados prestados ao utente está significativamente associada ao ambiente de trabalho da equipa de enfermagem (Wei, 2018), assumindo, assim, esta variável uma crescente complexidade com influência no enfermeiro e no utente. Gea-Caballero (2019) confirma que os ambientes profissionais de enfermagem determinam a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde do utente.

Ao procurar a melhoria da qualidade, a enfermagem alicerça a sua praxis na prática baseada na evidência, neste sentido a importância da gestão de enfermagem é basilar, sendo uma capacidade extremamente necessária e exigida aos enfermeiros para influenciar as suas equipas a prestar cuidados de enfermagem que respondam

às expectativas e necessidades dos utentes (Zangaro, 2019). Também Pedro-Gomez (2011) confirma que uma análise das características organizacionais e individuais relacionadas com o APE levará à identificação de como a prática, o ambiente, os enfermeiros e potenciais barreiras individuais podem dificultar ou facilitar o uso da pesquisa na tomada de decisão do dia a dia e consequentemente a eficácia dos serviços. Já Moreno (2015) refere que são necessárias políticas orientadas para a promoção do APE razão pela qual a sua avaliação pelos enfermeiros é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e do seu desempenho.

A qualidade em saúde é um foco central no sistema de cuidados de saúde, quer a nível internacional (Doran, Mildon, & Clarke, 2011), quer a nível nacional.

A OMS ao alertar para o seguinte enunciado: “A «Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (OMS-Euro, 2012)”, torna assim exequível as diretrizes políticas dadas pela OMS-Euro que aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis. Faz apelo à melhoria contínua da qualidade, como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o Sistema de Saúde. Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente. “A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados” (OMS-Euro, 2012). As questões de qualidade ganharam importância em todos os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) conforme os governos e o público se concentram cada vez mais no que são os resultados de grandes investimentos públicos em saúde (OCDE, 2015). Neste percurso o enfermeiro gestor pode recorrer a ferramentas que o apoiem esta implementação nas suas unidades e nas suas “competências deve incentivar a utilização de tecnologias de informação; promover a integração de sistemas de informação; implementar metodologias de avaliação de

resultados e implementar metodologias de medição de resultados” (Despacho nº 5613/2015, 2015).

Este estudo é realizado em Cuidados de Saúde Primários (CSP), procurando uma visibilidade do desempenho dos cuidados de enfermagem, eventualmente relacionados com o ambiente da prática da enfermagem (APE). Referindo Smith (2018), que a realização de estudos inovadores para melhorar a influência positiva do ambiente de trabalho da enfermagem e os resultados dos utentes não estarão isentos de desafios metodológicos agora e no futuro.

Os CSP são uma abordagem em toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades (OMS, 2020).

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os CSP como o pilar central do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os centros de saúde (CS) constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção de saúde e prevenção da doença. A reforma dos CSP ao organizar em Unidades de Saúde Familiar (USF) as equipas de saúde, pretende aumentar os ganhos em saúde da população. Ainda de referir que em CSP o SNS tem uma ferramenta, de fácil e universal acesso, que permite consultar o desempenho e sistematizar o reporte da atividade realizada, com o suporte da plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde (BI-CSP-SNS) onde se espelha uma monitorização da atividade realizada desses mesmos cuidados de saúde.

Sendo o APE um fator fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados torna-se pertinente investir nesta área de investigação, os estudos realizados são maioritariamente realizados em contexto hospitalar, havendo a nível dos CSP muito menos investigação, o que justifica este estudo.

Considerou-se pertinente e justifica-se assim procurar esta eventual relação entre APE e o Desempenho em CSP.

Surgiu assim a **Pergunta de Investigação:**

Qual a relação do APE no desempenho das USFs num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)?

Com o **Objetivo Geral**:

Analisar a relação do APE e o desempenho das USFs num ACES da ARSLVT.

E os **Objetivos específicos**:

- Avaliar o APE num ACES da ARSLVT;
- Identificar o Índice de Desempenho Global (IDG) das USFs de acordo com o BI-CSP-SNS;
- Identificar o desempenho dos indicadores das USFs de acordo com o BI-CSP-SNS:
 - Proporção idosos ou doença crónica, com vacina gripe;
 - Proporção utentes ≥ 25 anos, com vacina tétano;
 - Proporção jovens 14 anos, com Plano Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou em execução;
 - Proporção de diabetes *mellitus* (DM) com consulta de enfermagem de vigilância no último ano;
 - Proporção de puérperas com ≥ 5 consultas de vigilância de enfermagem de gravidez e revisão de puerpério (RP);
 - Taxa de utilização de consultas de enfermagem - 3 anos;
- Descrever a relação entre o APE e o desempenho das USF de acordo com o BI-CSP-SNS.

Tipo de estudo:

Quantitativo, observacional descritivo e transversal.

Estrutura do Trabalho

O trabalho está estruturado em duas partes. A primeira parte aborda o enquadramento teórico, com os conceitos: APE, gestão em enfermagem, e desempenho em CSP. Estes conceitos foram trabalhados com base na revisão da literatura. Foram usadas as bases de dados B-On, EBSCO e Pub-Med com as palavras-chave: *work environment*, *practice environment*, *outcomes*, *nursing*, e bibliografia sugerida na unidade curricular.

A segunda parte aborda o trabalho empírico, onde se descreve a metodologia utilizada, o instrumento de recolha de dados e a apresentação, análise e discussão de resultados. Finalmente far-se-á uma reflexão crítica dos resultados obtidos.

Capítulo I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No enquadramento teórico serão explorados os conceitos de APE, gestão em enfermagem e modelos teóricos de referência, desempenho em CSP e BI-CSP.

1. O Ambiente da Prática de Enfermagem

Os ambientes favoráveis à prática de enfermagem são fundamentais para obter ganhos em saúde. No entanto, vários são os fatores que influenciam estes ambientes. Gea-Caballero (2019) menciona que o cuidado de enfermagem não ocorre no vazio organizacional, mas é o resultado da interação entre profissionais, utentes, comunidade e serviços de saúde. Um aspeto dessa interação é o ambiente de prática profissional de enfermagem, que o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) definiu como “aqueles ambientes que facilitam a excelência e o trabalho consciente... para garantir a saúde, a segurança e o bem-estar dos utentes, e equipa e promover qualidade de atendimento ao utente e melhorar a motivação, produtividade e resultados.” (CIE, 2007, p.12). O mesmo Conselho denominou como ambientes favoráveis à prática os ambientes promotores da excelência, tornando-se imperativo reconhecer os fatores determinantes que promovem a saúde e bem-estar profissional, a qualidade dos cuidados e o desempenho organizacional.

O APE recebe atenção de muitos investigadores, gestores e decisores políticos pela relevância que assume nos resultados das organizações (Aiken et al., 2008), assumindo assim, uma crescente complexidade com influência no enfermeiro, no cliente e na qualidade dos cuidados. Os ambientes da prática começaram a ser estudados com o objetivo de compreender o seu efeito na enfermagem e, permitindo demonstrar que estes promovem satisfação profissional, níveis de *burnout* mais baixos e menor intenção de mudar de trabalho ou profissão (Aiken et al., 2008), proporcionando assim condições de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem.

Apesar de existirem diferentes definições do conceito de APE, o mais consensual de entre os vários autores é o de Lake (2002) que o definiu como um conjunto de características organizacionais que potenciam ou constroem a prática profissional. A operacionalização do conceito é feita em 5 dimensões, que são descritos do seguinte modo:

- Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital: descreve o papel participativo dos enfermeiros no contexto hospitalar (na governação interna, decisões políticas e comités);
- Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados: enfatiza os fundamentos de enfermagem para altos padrões de cuidados aos utentes;
- Gestão, liderança e suporte aos enfermeiros: foca-se na perceção dos enfermeiros sobre o papel da gestão de enfermagem, bem como pelo apoio aos enfermeiros quando surgem conflitos com os médicos, quando surgem erros, mas também o reconhecimento do trabalho bem desenvolvido;
- Adequação de recursos humanos e materiais: descreve as premissas e a desadequação dos recursos para a prestação de cuidados com qualidade, onde o equilíbrio nos recursos humanos para a prestação de cuidados e os serviços de apoio, têm um aspecto significativo;
- Relação entre médicos e enfermeiros: envolve a existência de relações de trabalho positivas, entre médicos e enfermeiros.

Vários estudos confirmam a importância do APE . Um ambiente de trabalho saudável para enfermeiros é um local de trabalho seguro, fortalecedor e satisfatório (Wei, 2018), também Aiken et al. (2012), caracterizam no ambiente da prática saudável o investimento das organizações na aprendizagem contínua dos enfermeiros. Aiken (2020) refere que evidências empíricas de muitos estudos publicados indicam que melhorias no ambientes de trabalho e formação educacional dos enfermeiros estão relacionados com a qualidade dos cuidados. Lucas & Nunes (2020) confirmam que o ambiente favorável à prática favorece a melhor qualidade de prática de enfermagem e obtêm-se melhores resultados de enfermagem. Coetzee et al. (2013) referem que os fatores estruturais do hospital não têm uma ligação significativa com a satisfação profissional dos enfermeiros e Kim (2020) reforça a importância do papel do APE na redução do *burnout* dos enfermeiros, sendo esta variável associada a menor qualidade de atendimento, pior segurança e saúde do utente e menor satisfação do mesmo. O estudo dos APE começou com o trabalho de McClure et. al (1983) e, desde então, encontram-se associações significativas entre ambientes de prática positivos e resultados específicos como qualidade no atendimento (Copanitsanou, 2017), menores taxas de mortalidade e menos acidentes de trabalho (Aiken, 2014), maior autonomia e desenvolvimento profissional dos

enfermeiros (Kramer, 2008), menores taxas de *turnover* e absentismo (Jones, 2007), maior lealdade à equipa, à organização e maior índice de satisfação (Hickson, 2013), diminuição dos gastos e despesas administrativas (Tai, 2017). Zangaro (2019) confirma, que um ambiente de trabalho positivo e seguro está relacionado a melhores resultados dos utentes, satisfação da equipa e retenção dos profissionais e Smith (2018) menciona que os investigadores são desafiados a considerar como o ambiente de trabalho pode explicar os resultados clínicos em populações pouco estudadas, dada a crescente base de evidências para apoiar a melhoria do ambiente de trabalho da enfermagem para aumentar os *outcomes* dos utentes.

1.1. Ambiente da Prática de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários

São diminutos o conhecimento e a evidência científica sobre o APE no contexto dos CSP (Poghosian, 2014).

Maioritariamente a investigação que envolve o APE é feita em meio hospitalar e poucos são os estudos em CSP, no entanto, Rabie et al (2017) definem os elementos essenciais para um ambiente de prática favorável em CSP em que acresce às dimensões definidas por Lake (2002):

- Envolvimento recíproco da comunidade e
- Coesão do grupo.

É mencionado por Rabie (2017) que o APE positivo em CSP tem a presença de bons líderes que incentivam o trabalho em equipa e a responsabilidade entre funcionários, que promovem a existência de uma cultura participativa de tomada de decisão e maior satisfação na equipa o que é confirmado por Lucas & Nunes (2020) que referem que melhorar o APE tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, com aumento de resultados para os clientes, para a enfermagem e para os CSP. A existência de um APE favorável promove a melhoria dos resultados dos utentes, é um dos fatores essenciais para a promoção da satisfação dos enfermeiros, sendo as particularidades do APE fatores alteráveis, podem ser aperfeiçoadas com iniciativas políticas, assim conhecer os APEs onde são prestados os cuidados, contribui para melhorá-los e, conseqüentemente, promove a qualidade dos cuidados de enfermagem. Existem diferenças entre o APE hospitalar para aquele de contexto de CSP, que segundo Poghosyan (2017) são: o tipo de tomada de decisão, relação interdisciplinar e os processos organizacionais. A análise do APE é elementar para perceber como o podemos melhorar, e assim promover a qualidade dos cuidados

prestados, contribuindo para a melhoria dos contextos das práticas clínicas (Lake, 2007).

2. Gestão Em Enfermagem

O construto de enfermeiro gestor está definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018). No mesmo regulamento, para a OE, as competências do enfermeiro gestor possibilitam o desenvolvimento de competências nos níveis individuais e funcionais, mobilizando enfermeiros para alcançar resultados, estimulando o seu crescimento profissional, otimizando os recursos e atendendo às necessidades e expectativas dos clientes. O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde. Parro-Moreno (2013) refere ser o apoio prestado pelos enfermeiros gestores o fator mais valorizado no APE. Enfermeiros com cargos de responsabilidade de gestão e os que têm maior grau de formação percebem de forma mais favorável o seu APE.

Assim, e como González-Torrente (2012) afirma, a liderança surge como uma competência chave importante na transferência de conhecimento para a prática clínica.

O enfermeiro gestor assume assim um papel preponderante, implementando, supervisionando e monitorizando alterações organizacionais que promovam a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

As competências do Enfermeiro Gestor, definidas no Regulamento n.º 101/2015 (2015), contemplam que este deve:

- a) Garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- b) Garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- c) Gerir serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;
- d) Garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- e) Garantir a prática profissional baseada na evidência.

O enfermeiro gestor deve ter sempre em consideração os focos dos utentes e dos profissionais da sua equipa visíveis nos *outcomes* do enfermeiro (ambientes de trabalho, desgaste, insatisfação, intenção de deixar o emprego nos próximos anos, segurança do utente, qualidade do atendimento) e *outcomes* do utente (satisfação geral com os cuidados de enfermagem, disposição para recomendar hospitais) (Aiken et al., 2012).

A liderança do enfermeiro gestor está significativamente relacionado com a satisfação dos enfermeiros e utentes, sendo dele que partem as decisões relativas à gestão das equipas e implementação de práticas de segurança e qualidade dos cuidados (Brewer & Verran, 2013). Segundo Aiken et al. (2008), a melhoria do ambiente da prática é uma das opções que os enfermeiros gestores dispõem para reter os enfermeiros e melhorar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O principal objetivo de qualquer serviço, organização ou sistema de saúde é maximizar a saúde dos indivíduos e populações que serve (OCDE, 2019).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) demonstra as várias dimensões em que assenta o conceito de qualidade, tais como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua acessibilidade e aceitabilidade e a prestação dos cuidados no momento adequado, assim como na sua eficiência e efetividade e na garantia da sua continuidade.

A OCDE (2015) recomenda que Portugal aprofunde, amplie e padronize os esforços de reforma que já iniciou, na implementação da qualidade do sistema de saúde. Globalmente, no sistema português de cuidados primários em comparação com outros países da OCDE, os resultados são bons e em evolução; a colheita de dados é avançada em comparação com muitos países da OCDE, e o uso de indicadores de qualidade na contratação, a gestão de desempenho e a definição de

incentivos são sofisticadas. Com a criação das USFs, Portugal introduziu um modelo inovador de prestação de cuidados primários, que aumenta a satisfação profissional, dos utentes e o desempenho das equipas.

A gestão de enfermagem é assim essencial para a organização e sustentabilidade dos serviços de saúde, atuando como "determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde" (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

O enfermeiro gestor é, por vezes, designado como um motor de mudança no caminho para a excelência, organizando os recursos existentes e criando um ambiente seguro nos cuidados de enfermagem (McSherry, 2012). Nesta visão há que promover uma gestão de excelência que tenha como referência a melhoria contínua da qualidade e segurança da prestação de cuidados, e em que a liderança surge como uma competência-chave importante na transferência de conhecimento para a prática clínica (González-Torrente, 2012). Também Amaral (2013) refere que os ambientes favoráveis à prática influenciam positivamente os resultados obtidos nos doentes ao nível do estado funcional pelo que os gestores devem ter isto em consideração pois a otimização dos ambientes ajuda a assegurar a qualidade dos cuidados, o que tem repercussões positivas ao nível da efetividade dos cuidados de enfermagem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), no Modelo para Ambientes de Trabalho Saudáveis, recomenda que é através do compromisso e envolvimento da liderança, que se mobiliza e atinge o empenho das partes interessadas para integrar ambientes de trabalho saudáveis em equipa, para atingir os objetivos e valores o que releva a importância do papel dos enfermeiros gestores. Fradique & Mendes (2013), consideram que o processo de liderança está sobretudo direcionado para alcançar os objetivos da organização e que o papel do líder é essencial para um ambiente de confiança, com o propósito de melhorar o desempenho e o envolvimento da equipa.

A participação dos enfermeiros na tomada de decisão das organizações é considerada como uma das variáveis do ambiente da prática saudável (Aiken et al., 2012). O enfermeiro líder deve apoiar a educação, a partilha do conhecimento e a aprendizagem contínua dos enfermeiros da sua equipa, assim como gerir os recursos para o desenvolvimento de competências e criar uma cultura organizacional facilitadora para a aprendizagem (Lunden et al., 2017). Balsanelli (2018) menciona

que o enfermeiro gestor deve ter sempre em consideração os focos dos utentes e dos profissionais da sua equipa visíveis nos *outcomes* do enfermeiro e do utente. Leone (2015), por sua vez, refere como características organizacionais da assistência de enfermagem: ambiente de trabalho, relações enfermeiro-médico, oportunidades de progressão na carreira, perceção de liderança por parte da equipa, participação em assuntos hospitalares, formação de enfermagem para a qualidade da assistência e relação utente-enfermeiro. Outros estudos confirmam como importantes implicações para a prática do Enfermeiro Gestor: obter informações corretas; diminuição dos custos; melhoria da qualidade dos cuidados; segurança do doente e melhores resultados (Soriano & Kim, 2019; Zhu et al., 2019). Wei (2018) acrescenta que ambientes de trabalho saudáveis e liderança de enfermagem são mutuamente interdependentes. A literatura demonstra-se assim que a capacidade de liderança do enfermeiro é fundamental para promover um ambiente de trabalho saudável, mantendo uma força de trabalho de enfermagem estável e promover a qualidade dos cuidados ao utente. Consideram-se, pois, os enfermeiros gestores como líderes nas organizações e comunidades onde trabalham, eles são agentes de mudança, que procuram consistentemente novas maneiras eficazes de praticar e melhorar a prestação de cuidados, moldar as suas organizações, beneficiar o público e influenciar as políticas de saúde.

2.1. Modelos teóricos de referência

O Modelo teórico “*Quality Health Outcomes Model*” é um modelo de resultados em saúde desenvolvido por Mitchell, Ferketich & Jennings (1998), baseado nos trabalhos de Donabedian onde é valorizada a avaliação da qualidade dos cuidados do modelo constituído pela estrutura, processo e resultados (Figura 1).



Figura 1: Esquema do modelo de Mitchell.

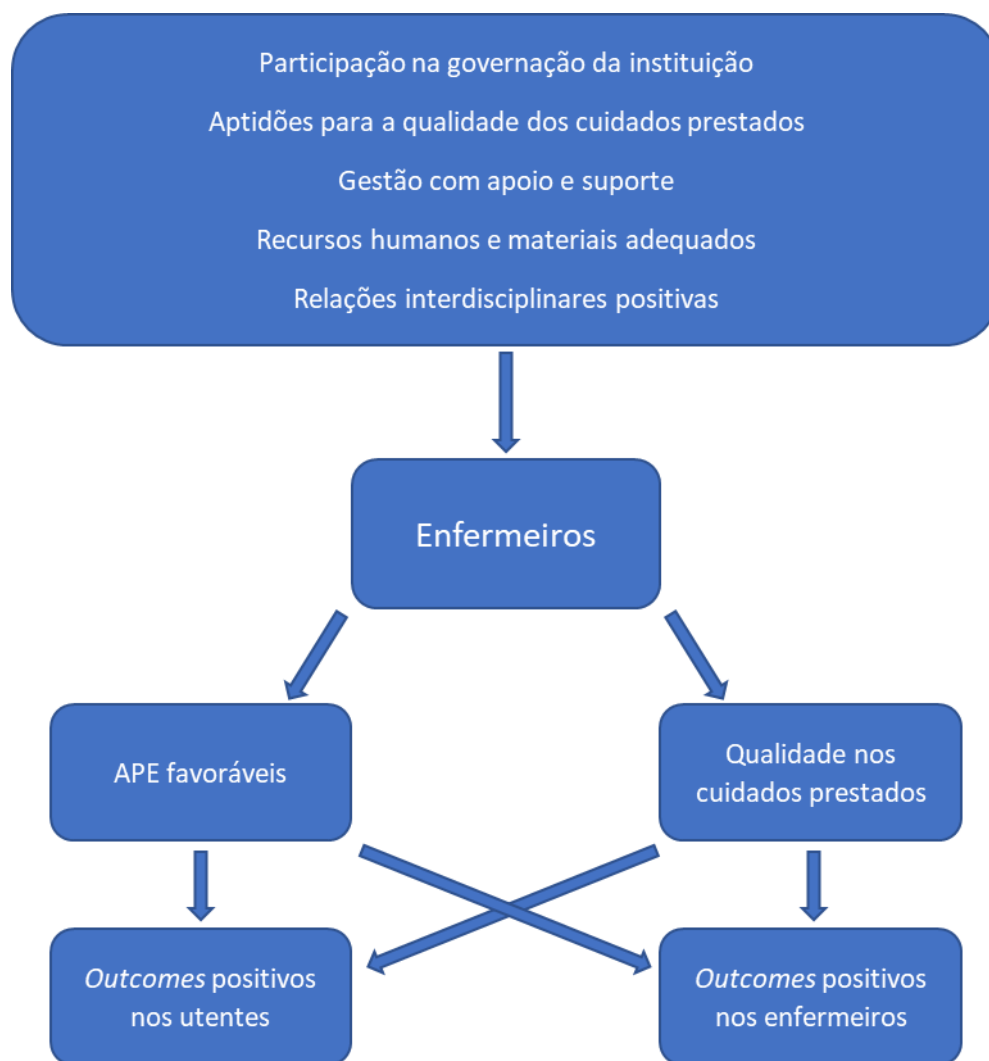
Mitchell (1998), indica que a avaliação da qualidade dos cuidados não é linear. Para os autores, não são só as relações e intervenções com o utente que influenciam diretamente os resultados, mas sim a relação entre estrutura, processo e resultados sendo um processo dinâmico, influenciando-se entre eles. Os efeitos e resultados/*outcomes* que se conseguem também são afectados pelos utentes e pelas suas características, interveniências e por processos estruturais.

As intervenções são todos os processos clínicos e atividades, que afectam o utente. As características dos utentes influenciam o modelo, porque as necessidades e características dos utentes são diferentes. Os *outcomes*, relacionam-se com este processo dinâmico, desde variáveis como a mortalidade e morbilidade, à satisfação dos utentes com os cuidados prestados nos serviços de saúde, e também os gastos da organização. Por sua vez, as características estruturais, referem-se à evolução e articulação deste processo dinâmico, que o atinge de forma otimizadora ou não, assim como direta ou indiretamente; algumas características do sistema dizem respeito a elementos como os rácios, o ambiente da prática, a utilização de sistemas de tecnologia e inovação e a qualificação dos profissionais, entre outros (Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998).

Logo o APE, como componente do modelo, pode intervir nos *outcomes* dos utentes, dos enfermeiros e das organizações.

Já no que diz respeito a modelos de organização dos cuidados de enfermagem Dubois et al. (2013), referem que a adoção destes modelos conceituais são fundamentais como instrumentos da gestão dos serviços de saúde, contribuem para identificar os constituintes de um sistema de prestação de cuidados e definem a sua relação para alcançar os resultados esperados/*outcomes*. Indicam estes autores que, os contextos da prática de enfermagem e o ambiente, necessitam de incluir a sua vivência na prestação de cuidados, valorizando os elementos que procurem as especificidades dos contextos e os cuidados prestados, bem como os processos e os fatores que provocam *outcomes* para os utentes. Dizem também que modelos de organização dos cuidados de enfermagem apontam a sua ação ao pessoal de enfermagem, ao âmbito da prática e ao ambiente de trabalho. Relativamente ao pessoal de enfermagem, é um princípio fundamental da práxis, necessitando ao ser avaliado compreender quais as competências necessárias para ter a resposta esperada. Relativamente ao estudo do âmbito da prática, deve ser um alicerce nos modelos de organização dos cuidados de enfermagem, porque aponta a prática que reconhece os cuidados que se adaptam às necessidades dos utentes e à perceção do que representa relativamente às capacidades e conhecimentos dos enfermeiros na sua prática diária. Igualmente, o ambiente de trabalho é considerado essencial, existindo uma dinâmica em que um influencia o outro. Trabalhar na promoção de ambientes positivos por forma a criar nas organizações modelos de organização dos cuidados de enfermagem eficazes e inovadores é essencial, estes princípios, estão permanentemente relacionados e influenciam-se mutuamente, como apresentado na Figura 2.

Figura 2: *Relação entre modelo conceptual de Dubois e o APE.*



3. O Desempenho em Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são o pilar dos cuidados de saúde, uma vez que constituem o primeiro acesso à prestação de cuidados de saúde dos utentes. Esta tipologia de cuidados assume, por excelência, a promoção da saúde e a prevenção da doença (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

A reforma dos CSP assumiu a contratualização como elemento estruturante e básico, num sistema de reorganização que tinha como pontos-chave: a criação de equipas multiprofissionais funcionalmente autónomas; o desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde; para ativar este objetivo, os antigos centros de saúde foram reestruturados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e foram criadas unidades funcionais: USFs e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

O desempenho através da contratualização de indicadores orienta a prática de enfermagem e acrescenta valor em muitas áreas incluindo a avaliação de desempenho de enfermagem, melhorando a qualidade dos cuidados (Wang et al. 2016), e permite ainda uma maior eficácia da gestão de enfermagem (Westra, et al. 2015). Sendo os indicadores de qualidade considerados instrumentos de gestão que orientam o caminho para a excelência do cuidado (Báo et al., 2019) devem estes ser considerados uma importante ferramenta de gestão.

A integração do Big Data a partir de sistemas de informação entre as organizações de saúde providencia o desenvolvimento de modelos de gestão que podem vir aumentar a confiança nas decisões do enfermeiro gestor melhorando os resultados e segurança para os doentes, assim como o uso eficaz dos recursos disponíveis (Wang, 2018; Soriano et al., 2018; Westra et al., 2015). Atualmente são disponibilizados vários sistemas de informação nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares a nível nacional cujos objetivos finais serão: melhorar a qualidade da prestação; melhorar a gestão de cuidados de saúde; aumentar eficácia e atualizar tecnologicamente as instituições de saúde (Ministério de Saúde, 2018).

O processo de contratualização de cuidados de saúde para o ano de 2021 foi executado num contexto de grande complexidade e incerteza, derivado dos efeitos da situação de Pandemia COVID-19 existente. Efetivamente, para o ano de 2020, e após a publicação dos Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2020, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, a situação de pandemia para a infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Neste contexto cada USF teve a sua contratualização individual em função do seu histórico atingido anteriormente e do que espera alcançar neste ano, tendo em conta as dificuldades referidas pela Pandemia covid-19, surge um padrão nas USFs do ACES, e a nível nacional, de descida do IDG. Justifica-se esta descida generalizada também pelo facto de uma percentagem significativa de enfermeiros, médicos e assistentes técnicos ser requisitada para os Centros de Vacinação Covid e para as Áreas de Atendimento ao Doente Respiratório, reduzindo assim as horas de prestação de cuidados nas USFs.

3.1. BI-CSP

A reforma dos CSP, iniciada em 2005, representa um acontecimento relevante na saúde, da Administração Pública e da sociedade portuguesa. Baseada em princípios como a descentralização, auto-organização, avaliação e responsabilização pelos resultados, tem contribuído significativamente para o aumento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, melhoria da qualidade e desempenho, refletindo - se naturalmente ao nível da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Esta necessidade de investir na rede de CSP pretende reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando na autonomia e na responsabilização das equipas e dos profissionais, na flexibilidade organizativa e de gestão das estruturas de prestação de cuidados, na melhoria contínua da qualidade, na transparência, na prestação de contas e na avaliação do desempenho de todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde primários. As USFs são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde (CS) com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (ACSS, 2020). A contratualização de metas de desempenho com as USF devem, então, procurar garantir o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como premiar o esforço, a maior disponibilidade, a qualidade do atendimento e do desempenho, o compromisso assistencial e a excelência destas unidades (Portaria n.º 212/2017, 2017). O objetivo desta profunda mudança era então, como é hoje, assegurar uma prestação de cuidados de saúde de proximidade, com qualidade, respondendo de forma eficiente e efetiva às necessidades da população.

O Relatório de Primavera 2018 (OPSS, 2018) refere que embora sejam vistos como uma vertente curativa do sistema de saúde, os CSP têm uma dimensão de saúde pública por representarem a porta de acesso ao SNS, pela proximidade e continuidade dos cuidados que proporcionam e por terem também fortes funções de prevenção. Assim, podemos considerar que os CSP são um instrumento essencial de melhoria da saúde da população, e de luta contra as desigualdades em saúde, pela sua abrangência populacional e quase gratuitidade. Um dos aspetos mais marcantes da ação da Coordenação para os CSP têm sido a transparência quanto à informação sobre o desempenho das unidades de CSP, através da Plataforma BI-CSP-SNS e a evolução do processo de contratualização nos CSP.

Também no Relatório de Primavera 2019 é mencionado que em Portugal, a reforma dos CSP, impulsionada em 2006, teve como objetivo principal reforçar os CSP OPSS (2019). Ao melhorar o acesso, aumentar a satisfação dos utentes bem como dos profissionais de saúde, melhorar a qualidade na prestação de cuidados e a continuidade dos cuidados e em última instância melhorar o desempenho e a eficiência do SNS, e obter maiores ganhos de saúde para a população. A reforma dos CSP contou com a criação de um sistema de informação para o reporte da atividade realizada, permitindo assim a monitorização e comparação da atividade realizada das diferentes unidades funcionais. A contratualização e o reporte da atividade realizada por si só através dos indicadores, teve possivelmente um efeito muito importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como no desempenho de todas as unidades funcionais.

A plataforma BI-CSP-SNS, de acesso público, visa constituir-se como modelo de referência e transparência para a gestão do conhecimento e desenvolvimento sustentado da governação clínica e de saúde no âmbito dos CSP, cujas áreas da contratualização são: Desempenho; Serviços; Qualidade organizacional; Formação profissional; Atividade científica.

A contratualização com os cuidados primários é hoje uma cultura implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta plenamente assumida pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de cuidados, e representa um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e das comunidades.

A avaliação é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o Índice de Desempenho Global (IDG) que se pretende alcançar e melhorar continuamente.

O IDG pretende assim avaliar não só o desempenho mas também incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa de saúde familiar (médico de família, enfermeiro de família e assistente técnico), no encaminhamento do cidadão, através dos diferentes níveis de cuidados de saúde, promovendo a efetiva integração e coordenação clínica dos cuidados, assim o desempenho avaliado abrange todo o ciclo de vida do utente, numa base de trabalho de equipa de saúde familiar.

Capítulo II. TRABALHO EMPÍRICO

1. Metodologia do Estudo

Neste capítulo serão descritos os métodos de estudo que darão respostas à pergunta de investigação.

1.1. Tipo de Estudo e Objetivos

Quantitativo, observacional descritivo e transversal.

Tendo em conta a temática em estudo, a pergunta de investigação e os objetivos propostos, a dissertação é do tipo quantitativo, observacional, descritivo e transversal. Justifica-se ser quantitativo uma vez que pretende evidenciar relações entre variáveis, recolhendo dados verificáveis dos participantes e analisando-os com técnicas estatísticas (Grove, Sutherland & Gray, 2017). É observacional, dado o investigador não intervir, mas só descrever os acontecimentos que surgem de forma natural e as relações que se estabelecem com as diferentes variáveis (Almeida, 2017). É ainda descritivo-transversal, porque dá informação da população em estudo, sendo os dados recolhidos num único momento (Almeida, 2017; Grove, Sutherland & Gray, 2017).

Objetivo Geral:

Analisar a relação do APE e o desempenho das Unidades de Saúde Familiar num ACES da ARSLVT.

Objetivos específicos:

- Avaliar o APE num ACES da ARSLVT;
- Identificar o Índice de Desempenho Global (IDG) das USFs de acordo com o BI-CSP-SNS;
- Identificar o desempenho dos indicadores das USFs de acordo com o BI-CSP-SNS:
 - Proporção idosos ou doença crónica, com vacina gripe;
 - Proporção utentes ≥ 25 anos, com vacina tétano;
 - Proporção jovens 14 anos, com Plano Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou em execução;
 - Proporção de diabetes *mellitus* (DM) com consulta de enfermagem de vigilância no último ano;

- Proporção de puérperas com ≥ 5 consultas de vigilância de enfermagem de gravidez e revisão de puerpério (RP);
- Taxa de utilização de consultas de enfermagem - 3 anos;
- Descrever a relação entre o APE e o desempenho das USF de acordo com o BI-CSP-SNS.

1.2. População Alvo

Os participantes são os enfermeiros a exercer funções nas USFs, pois trabalham com o modelo de enfermeiro de família, de um ACES da região de Lisboa.

Os enfermeiros das 18 USFs do ACES contabilizam um total de 144 enfermeiros (anexo 1), o número de enfermeiros por USF que responderam variou entre 5 e 11. Foram consideradas 14 USFs uma vez que 3 não responderam e uma foi constituída há menos de 12 meses não havendo dados no BI-CSP-SNS com histórico suficiente. Foi obtida uma amostra de 66 respostas, (n=66), que corresponde a cerca de 46% da população.

1.3. Instrumentos de Colheita de dados:

Para a realização da presente dissertação foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados:

O primeiro instrumento de colheita de dados corresponde a um questionário que integra a escala *Practice environment scale of the work nursing index* (PES-NWI), versão portuguesa (Amaral, Lake & Ferreira, 2012) (Anexo 2).

A escala PES-NWI (Lake, 2002) é um instrumento que possibilita aos investigadores identificarem as contribuições do APE para os resultados da enfermagem e dos utentes e dar evidência consistente e comparável, como nos mostra Lake (2007). A PES-NWI possibilita aumentar o conhecimento em todos os domínios conceituais do APE. É ainda válida para avaliar as variáveis do APE em CSP e possibilita também avaliar, analisar e reorientar as práticas dos cuidados de enfermagem nesse contexto (Pedro Gomez, 2011).

A versão em português do PES-NWI é uma contribuição substancial para a enfermagem e um instrumento adequado e útil para avaliar ambientes de prática de enfermagem em instituições de saúde. As dimensões da versão portuguesa da escala PES-NWI e respetivas questões estão apresentadas na Tabela 1. As questões estão apresentadas no Anexo 2.

Tabela 1: Dimensões da escala PES-NWI e respetivas questões.

Dimensão	Enunciado	Questões
D1	Participação dos enfermeiros na governação interna da instituição	Q5, Q6, Q11, Q15, Q17, Q21, Q23, Q27, Q28
D2	Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados	Q4, Q14, Q18, Q19, Q22, Q25, Q26, Q29, Q30, Q31
D3	Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros	Q3, Q7, Q10, Q13, Q20
D4	Adequação de recursos humanos e materiais	Q1, Q8, Q9, Q12
D5	Relação entre médicos e enfermeiros	Q2, Q16, Q24

Numa atualização psicométrica da escala em Portugal, Almeida & Lucas (2020) fazem uma abordagem às dimensões da escala, e concluem que no contexto dos cuidados de saúde portugueses a escala PES-NWI é a válida para acessar o APE e melhorar as condições de trabalho.

Lake & Friese (2006) apresentam a classificação do APE utilizando o questionário PES-NWI com a escala de Likert com 4 pontos (ver Tabela 2).

Tabela 2: Escala de Likert

Resultado	Pontos
Discordo totalmente	1
Discordo	2
Concordo	3
Concordo totalmente	4

O tipo de ambiente é obtido através da média dos resultados das perguntas de cada dimensão. Consoante o número de dimensões acima do limiar de 2,5, o ambiente da prática pode ser favorável, misto ou desfavorável, como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Classificação do APE.

Resultados	Tipo de ambiente
0 ou 1 dimensões > 2,5	Ambiente desfavorável
2 ou 3 dimensões > 2,5	Ambiente misto
4 ou 5 dimensões > 2,5	Ambiente favorável

Fonte: Lake & Friese (2006)

O email encaminhado que continha o link de acesso ao questionário, incluía uma parte introdutória ao questionário que fazia referência à autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e do Conselho Clínico do ACES, uma apresentação do estudo e da investigadora. O questionário dividia-se em três partes: parte A: caracterização da população com as dimensões sociodemográficas, profissionais, habilitações literárias, funções e UFs onde exercem funções; parte B: escala PES-NWI com 4 itens da escala tipo Likert, e parte C: sugestões.

O pedido para autorização da escala foi feito ao autor, sendo o mesmo autorizado (Anexo 3).

O segundo instrumento de colheita de dados corresponde à Plataforma BI-CSP-SNS, publicamente disponível na internet, e que fornece os resultados obtidos do IDG e dos indicadores em estudo.

O IDG é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS_A), que é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas (IDS_S), que por sua vez é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões (IDS_D). O resultado de cada IDG, é um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real).

Procurou-se no BI-CSP-SNS, analisar o IDG total por USF e também as variáveis do desempenho com indicadores que estão diretamente ligadas aos cuidados de enfermagem e escolheram-se, à data de abril de 2021, os 6 seguintes indicadores:

- Proporção idosos ou doença crónica, com vacina Gripe (Ind_VG)

Designação: Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses (indicador número 30).

- Proporção utentes ≥ 25 anos, com vacina tétano (Ind_VTd)

Designação: Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada (indicador número 98).

- Proporção jovens 14 anos, com Plano Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou execução (Ind_PNV14)

Designação: Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador (indicador número 95).

- Proporção de DM com consulta de enfermagem de vigilância no último ano (Ind_DM)

Designação: Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano (indicador número 37).

- Proporção de puérperas com 5+cons vigilância de enfermagem de gravidez e RP (Ind_P)

Designação: Proporção de puérperas com 5 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna durante a gravidez e com consulta de revisão de puerpério (indicador número 295).

- Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos (Ind_CE)

Designação: Taxa de utilização global de consultas de enfermagem, presencial ou não presencial, nos últimos 3 anos (indicador número 99).

1.4. Procedimentos de Colheita e Tratamento de dados

Após parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e do Conselho Clínico do ACES participante, foram aplicados os questionários on-line, em link próprio, para o email institucional dos enfermeiros, com informação desse mesmo parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e do Conselho

Clínico do ACES. Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), tendo sido utilizados medidas de estatística descritiva. Foram recolhidos os dados no mês de maio de 2021.

1.5. Considerações Éticas

A conduta ética da pesquisa começa com a identificação do tema do estudo e continua durante todo o desenvolvimento do trabalho.

A enfermagem como profissão está firmemente com base nos princípios éticos de respeito às pessoas, beneficência e justiça. Esses princípios éticos que orientam a prática clínica também devem ser os padrões para a realização de pesquisas em enfermagem (Manton et al., 2014).

Segundo Grove, Sutherland & Gray (2017) os princípios éticos a considerar são:

- O direito à autodeterminação: é baseado no princípio ético do respeito pelas pessoas. Este princípio sustenta que, porque os seres humanos são capazes de tomar suas próprias decisões.
- O direito à privacidade: privacidade é o direito de um indivíduo determinar o tempo, e circunstâncias em que as informações pessoais são partilhadas ou retidas. Esta informação consiste nas atitudes, crenças, comportamentos, opiniões e registos.
- O direito ao anonimato e confidencialidade: com base no direito à privacidade, o sujeito da pesquisa tem o direito de anonimato e o direito de assumir que todos os dados recolhidos serão mantidos confidenciais. Anonimato significa que mesmo o pesquisador não pode vincular a identidade às respostas individuais desse sujeito
- O direito à justiça: onde se garante uma abordagem equitativa e justa aos sujeitos e todos terão a mesma informação e atuações.
- O direito à proteção contra desconforto e dano: onde se garante que o sujeito é preservado de qualquer risco, desconforto ou dano.

Assim sendo o estudo foi iniciado após a autorização do autor da PES-NWI - versão portuguesa, do parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, do Diretor Executivo/Conselho Clínico do ACES, presente no anexo 4 e 5 respectivamente, e da autorização de consentimento informado e garantia de

confidencialidade e anonimato dos sujeitos participantes que foi anexado ao questionário.

2. Apresentação dos resultados

Apresenta-se neste capítulo os resultados obtidos, tendo por base os dados recolhidos pelos instrumentos aplicados.

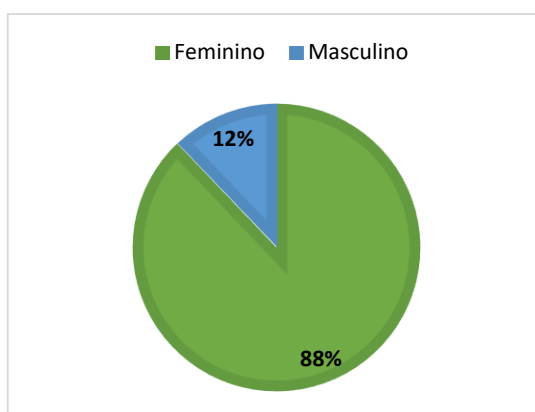
2.1 Caraterização da amostra

O ACES em estudo abrange um total de 18 USFs, apresentando nos seus quadros 144 enfermeiros. O questionário foi apresentado a esta população, obtendo-se 66 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 45,8%. Os questionários estiveram disponíveis para preenchimento online desde o início de maio de 2021 durante 6 semanas. Assim a amostra final do estudo corresponde a cerca de metade da população de enfermeiros das USFs do ACES.

Após a recolha das respostas ao questionário, procedeu-se à organização e análise dos dados recorrendo ao software de cálculo estatístico IBM SPSS *Statistics* 25®.

No que diz respeito à caraterização, a amostra do ACES que participou no estudo apresenta uma maioria de enfermeiros do sexo feminino, cerca de 88 % (n=58), enquanto apenas 12 % são do sexo masculino (n=8), conforme se observa no Gráfico 1. Estes valores são análogos à realidade nacional tendo em conta que, segundo o INE (2020), em 2016, 82,2% dos enfermeiros eram do sexo feminino.

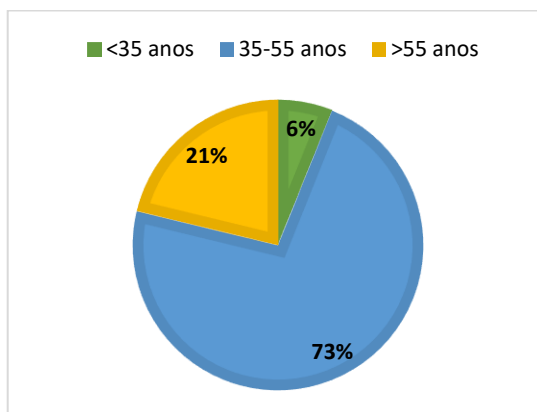
Gráfico 1: Distribuição dos enfermeiros por género.



Relativamente à idade, e conforme se observa no Gráfico 2, dos 66 enfermeiros que participaram no estudo, 6 % têm menos de 35 anos (n=4), 73 % entre 35 e 55 anos (n=48) e 21 % mais de 55 anos (n=14). A amostra apresenta idade média de 46 anos, moda de 37 anos e desvio padrão 8 anos.

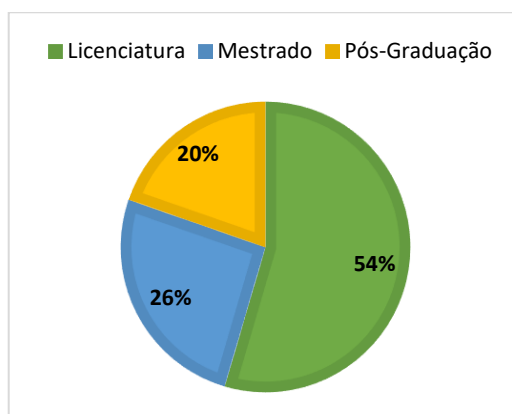
Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020), 71,1 % dos enfermeiros em atividade, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, em 2018, tinham entre 31 e 60 anos, que corresponde a uma média de 45,5 anos, um valor muito próximo da média obtida da amostra estudada.

Gráfico 2: Distribuição dos enfermeiros por Idade.



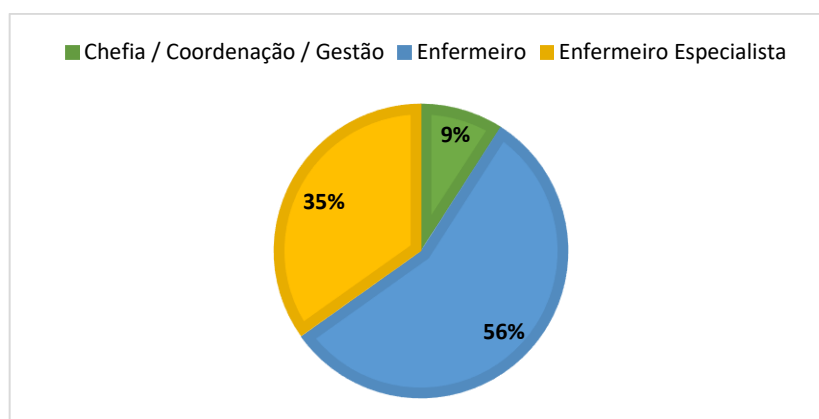
Em relação às habilitações literárias da amostra, e conforme se observa no Gráfico 3, 54 % referem ter licenciatura (n=36), 26 % referem ter mestrado (n=17) e 20 % referem ter pós-graduação (n=13). Dos enfermeiros que participaram no questionário, nenhum tem doutoramento.

Gráfico 3: Distribuição dos enfermeiros por habilitações literárias.



Pela análise do Gráfico 4, referente à distribuição dos enfermeiros por funções, verifica-se que 9 % dos participantes possuem a categoria de enfermeiro gestor ou desempenham funções de chefia / coordenação / gestão (n=6), 35 % exercem funções de enfermeiro especialista (n=23) e os restantes 56 % declaram exercer funções como enfermeiro (n=37).

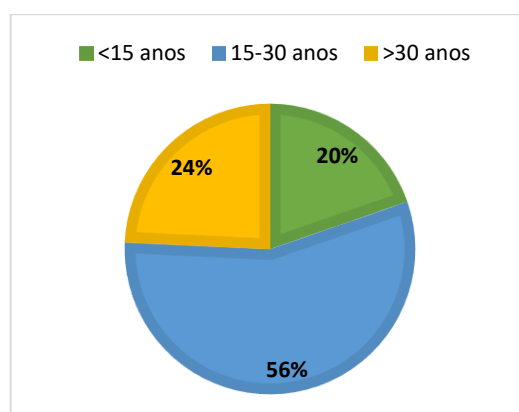
Gráfico 4: Distribuição dos enfermeiros por funções.



Segundo o INE (2020), os dados relativos às funções dos enfermeiros em 2018 eram de 25,3 % a exercer funções enquanto enfermeiros especialistas e 74,7 % enfermeiros de cuidados gerais. Verifica-se assim que as percentagens de enfermeiros e enfermeiros especialistas da amostra estudada são superiores às percentagens apresentadas pelo INE.

Pela distribuição de tempo de exercício profissional, apresentado no Gráfico 5, verifica-se que 20 % exerce funções há menos de 15 anos ($n=13$), 56 % exerce funções há mais de 15 e menos de 30 anos ($n=37$) e 24 % exerce funções há mais de 30 anos ($n=16$). O tempo de exercício profissional da amostra varia entre um mínimo de 4 anos e máximo de 42 anos, com média de 22 anos e desvio padrão de cerca de 8 anos.

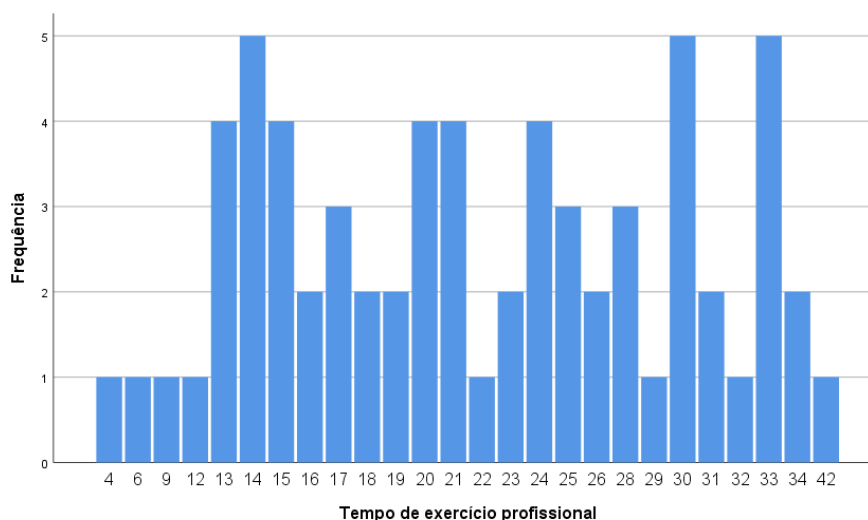
Gráfico 5: Distribuição dos enfermeiros por tempo de exercício profissional.



Para uma melhor perceção do tempo de exercício profissional dos enfermeiros, apresenta-se no Gráfico 6 o gráfico de frequências do tempo de exercício profissional. Verifica-se que dos 16 enfermeiros com tempo de exercício profissional inferior a 15

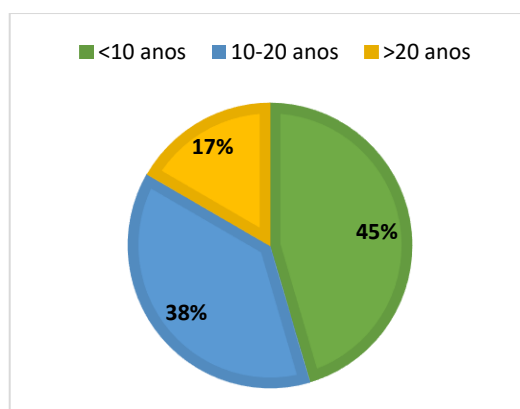
anos apenas 3 apresentam ser enfermeiros há menos de 10 anos e apenas um enfermeiro exerce funções há mais de 35 anos.

Gráfico 6: Gráfico de frequências do tempo de exercício profissional.



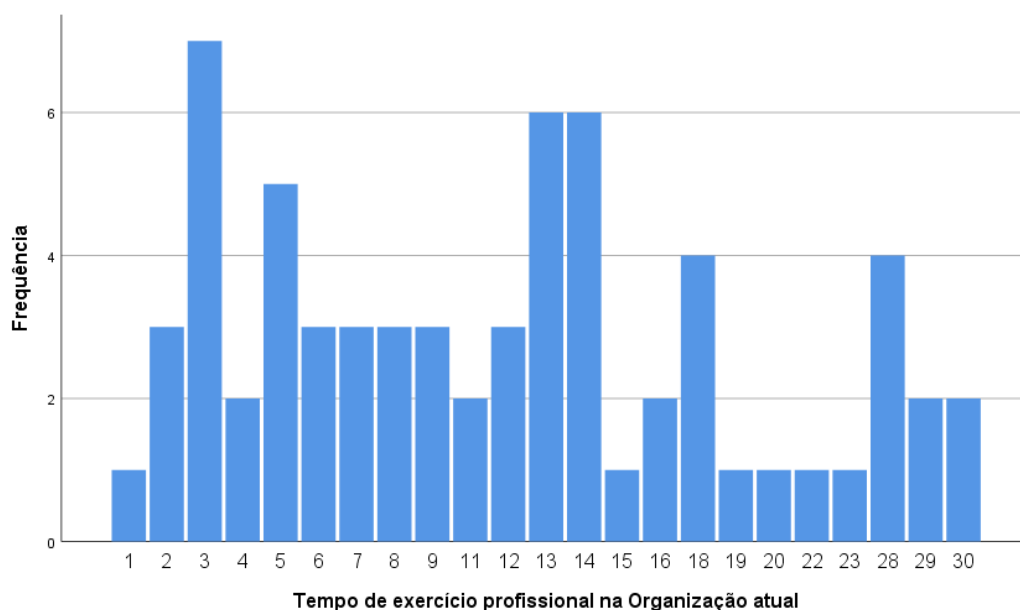
Na análise do tempo de exercício profissional dos enfermeiros no ACES em estudo, consideraram-se três categorias: os que exercem funções há menos de 10 anos, os que exercem funções entre os 10 e os 20 anos e os que exercem funções há mais de 20 anos. Considerando estas categorias identificou-se que 45 % dos enfermeiros exerce funções há menos de 10 anos ($n=30$), 38 % dos enfermeiros exerce funções entre 10 e 20 anos ($n=25$) e 17 % dos enfermeiros exerce funções há mais de 20 anos ($n=11$), como se apresenta no Gráfico 7.

Gráfico 7: Distribuição dos enfermeiros por tempo de exercício profissional no ACES.



Pelo Gráfico 8, que apresenta a distribuição de frequências do tempo de exercício profissional no ACES, verifica-se que esta variável varia entre um mínimo de 1 ano e máximo de 30 anos e apresenta uma média de 12 anos e desvio padrão de 8,2 anos.

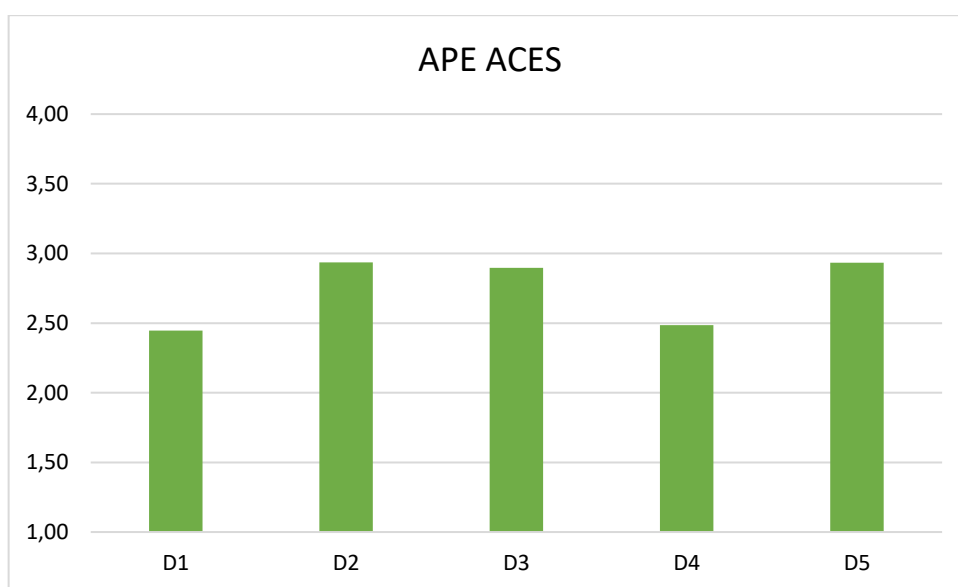
Gráfico 8: Gráfico de frequências do tempo de exercício profissional no ACES.



2.2 Avaliação do APE do ACES

De seguida apresentam-se os resultados obtidos após tratamento dos questionários, resultante da aplicação da escala PES-NWI nas diversas dimensões APE. No gráfico 9 apresenta-se a média dos resultados gerais do ACES para cada dimensão do APE, que variam entre 2,45 para a Dimensão 1, 2,93 para a Dimensão 2, 2,90 para a Dimensão 3, 2,43 para a Dimensão 4 e 2,93 para a Dimensão 5.

Gráfico 9: Média dos resultados gerais do ACES para cada dimensão do APE.



Considerando que das cinco dimensões apresentadas, existem três dimensões acima do limiar 2,5 e duas abaixo do limiar 2,5, conclui-se que o ACES apresenta uma classificação geral de ambiente misto.

Na Tabela 4 mostram-se os resultados descritivos da escala de APE, para cada dimensão.

Tabela 4: Resultados descritivos da Escala de APE

Dimensão APE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
D1	Participação dos enfermeiros na governação interna da instituição	66	2,45	0,59	1,00	3,89
D2	Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados	66	2,93	0,52	1,90	3,80
D3	Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros	66	2,90	0,65	1,40	4,00
D4	Adequação de recursos humanos e materiais	66	2,48	0,62	1,00	3,75
D5	Relação entre médicos e enfermeiros	66	2,93	0,62	1,67	4,00

A dimensão D1 **Participação dos enfermeiros na governação interna da instituição** apresenta resultados globais mais baixos, com uma média de 2,45 (inferior ao limiar 2,5), desvio padrão de 0,59 e valores mínimo e máximo de 1 e de 3,89 respetivamente.

A dimensão D2 **Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados**, apresenta uma média de 2,93 (valor superior ao limiar 2,5), um desvio padrão de 0,52 e valores mínimo e máximo de 1,9 e 3,80 respetivamente. Esta demonstra ser a dimensão com melhores resultados.

A dimensão D3 **Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros** apresenta resultado globais também superior ao limiar 2,5, com uma média de 2,90 e desvio padrão de 0,65. Os valores mínimo e máximo são de 1,40 e 4,00 respetivamente.

Verifica-se que a dimensão D4 **Adequação de recursos humanos e materiais**, apresenta resultados globais baixos, com uma média de 2,48 e desvio padrão de 0,62, e valor mínimo de 1 e valor máximo de 3,75.

Por fim a dimensão D5 **Relação entre médicos e enfermeiros** apresenta resultados globais mais altos, com uma média de 2,93 e desvio padrão de 0,62. Os valores mínimo e máximo são de 1,67 e 4,00, respetivamente.

Para uma análise mais detalhada de cada dimensão, apresentam-se nas tabelas seguintes os resultados descritivos relativos aos itens de cada dimensão. Na Tabela 5 estão apresentados os resultados referentes à Dimensão 1 **Participação dos enfermeiros na governação interna da instituição**.

Tabela 5: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 1.

Questão APE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q5	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional	66	2,11	0,81	1	4
Q6	Existem oportunidades de os enfermeiros participarem nas decisões de política interna	66	2,53	0,83	1	4
Q11	O diretor de enfermagem / Vogal de Enfermagem está presente e é acessível ao pessoal	66	2,79	0,85	1	4
Q15	A direção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar / ACES	66	2,48	0,83	1	4
Q17	São proporcionadas oportunidades de promoção.	66	1,92	0,66	1	4
Q21	A administração / diretor executivo e conselho clínico ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	66	2,44	0,77	1	4
Q23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital / do ACES. (ex: comissões de práticas e de política).	66	2,47	0,83	1	4
Q27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares / do ACES e de enfermagem.	66	2,58	0,88	1	4
Q28	Os supervisores / interlocutores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.	66	2,7	0,89	1	4

Observando os valores, verifica-se que a média variou entre 1,92 para a questão 17 (São proporcionadas oportunidades de promoção) e 2,79 para a questão 11 (O diretor de enfermagem / Vogal de Enfermagem está presente e é acessível ao pessoal). Em todas as questões regista-se um mínimo de 1 e um máximo de 4. A

questão 17 (São proporcionadas oportunidades de promoção) apresenta o menor desvio padrão, valor de 0,66, e a questão 28 o maior desvio padrão com 0,89.

De seguida, na Tabela 6, apresentam-se os resultados referentes à Dimensão 2 **Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados**.

Tabela 6: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 2.

Questão APE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.	66	2,36	0,91	1	4
Q14	A administração / diretor executivo e conselho clínico espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	66	3,36	0,60	2	4
Q18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes / clientes	66	3,00	0,88	1	4
Q19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico	66	3,62	0,60	2	4
Q22	Existe um programa ativo de garantia da qualidade.	66	2,71	0,82	1	4
Q25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados.	66	1,88	0,80	1	4
Q26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	66	3,11	0,77	1	4
Q29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes / clientes	66	2,79	0,92	1	4
Q30	A atribuição dos cuidados aos doentes / clientes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente / cliente de um dia para o outro.	66	3,23	0,82	1	4
Q31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	66	3,29	0,78	1	4

A questão 25 (Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados) apresenta a média mais baixa, com valor 1,88, e a questão 19 (Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico) apresenta a média mais elevada com valor de 3,63.

As questões 14 (A administração / diretor executivo e conselho clínico espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem) e 19 (Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico) apresentam respostas mais consensuais, ambas com desvio padrão de 0,6. A questão 29 (Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes / clientes) apresenta o maior valor de desvio padrão, com um resultado de 0,92.

Verifica-se que todas as questões apresentam um resultado máximo de 4, e para a maioria das questões um resultado mínimo de 2, com a exceção da questão 14 (A administração / diretor executivo e conselho clínico espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem) e questão 19 (Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico), ambas com mínimo de 2.

Os resultados referentes à Dimensão 3 **Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros**, estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 3.

Questão APE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q3	Existe uma equipa de supervisores / interlocutores que apoia os enfermeiros.	66	2,86	0,74	1	4
Q7	Os supervisores / Interlocutores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	66	2,76	0,88	1	4
Q10	Tenho um enfermeiro chefe / interlocutor que é bom gestor e líder.	66	3,17	0,89	1	4
Q13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.	66	2,39	0,80	1	4
Q20	O enfermeiro chefe / interlocutor apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.	66	3,30	0,76	2	4

Os resultados da Dimensão 3, **Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros**, apresentam uma variação na média entre 2,39 para a questão 13 (Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa) e 3,30 para a questão 20 (O enfermeiro chefe / interlocutor apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico). O maior desvio padrão pertence à questão 10 (Tenho um enfermeiro chefe / interlocutor que é bom gestor e líder), com um

resultado de 0,88, e a questão com respostas mais consensuais é a questão 3 (Existe uma equipa de supervisores / interlocutores que apoia os enfermeiros) com o menor desvio padrão de 0,74. Novamente se verifica que para todas as questões houveram respostas com máximo valor de 4, sendo que a questão 20 (O enfermeiro chefe / interlocutor apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico) apresenta como resposta mínima um valor de 2, e para as restantes questões houveram respostas com o menor valor possível de 1.

Os resultados referentes à Dimensão 4 **Adequação de recursos humanos e materiais**, estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 4.

Questão APE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes / clientes	66	2,82	0,74	1	4
Q8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados aos doentes / clientes com outros enfermeiros.	66	2,80	0,83	1	4
Q9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes/ clientes.	66	2,14	0,80	1	4
Q12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas	66	2,18	0,76	1	4

As respostas às questões referentes à Dimensão 4, **Adequação de recursos humanos e materiais**, apresentam uma média que varia entre 2,14 para a questão 9 (Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes/ clientes) e 2,82 para a questão 1 (Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes / clientes). O desvio padrão varia entre 0,74 e 0,83 para as questões 1 (Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes / clientes) e 8 (Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados aos doentes / clientes com outros enfermeiros), respetivamente. Em todas as questões regista-se um mínimo de 1 e um máximo de 4.

Por fim, os resultados referentes à Dimensão 5 **Relação entre médicos e enfermeiros**, estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9: Resultados descritivos relativos aos itens da Dimensão 5.

Questão APE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	66	3,00	0,66	2	4
Q16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos	66	2,86	0,78	1	4
Q24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos	66	2,94	0,70	2	4

Como é possível verificar na tabela acima, a média variou entre 2.86 para a questão 16 (Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos) e 2.94 para a questão 24 (Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos). O desvio padrão variou entre 0.66 e 0.78 nas questões 2 (Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho) e 16 (Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos), respetivamente. Para todas as questões regista-se novamente um mínimo de 1 e um máximo de 4.

2.3 Resultados gerais do APE das USFs

Os resultados de APE para cada USF em estudo foram também avaliados, estando os resultados apresentados na Tabela 10.

De uma forma geral, verifica-se que as USFs do ACES em estudo apresentam valores razoáveis na avaliação do APE. As USFs B, D, F e I são as que apresentam médias mais elevadas, com destaque para a USF B que apresenta médias superior a 3 em todas as dimensões. Pela negativa, destaca-se a USF M, que nas 5 dimensões apresenta médias inferiores a 2,5.

Tabela 10: Média dos resultados gerais do APE das USFs e sua Classificação.

		D1	D2	D3	D4	D5	Nº de dimensões > 2,5	Classificação
USF A	Média	2,48	2,77	2,60	2,42	2,67	3	Ambiente Misto
	Desvio Padrão	0,50	0,45	0,87	1,01	0,88		
USF B	Média	3,33	3,70	3,73	3,67	4,00	5	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,11	0,10	0,12	0,14	0,00		
USF C	Média	2,33	2,80	2,51	2,43	2,81	3	Ambiente Misto
	Desvio Padrão	0,40	0,34	0,38	0,51	0,63		
USF D	Média	2,88	2,86	3,33	2,72	3,13	5	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,49	0,59	0,51	0,43	0,25		
USF E	Média	2,33	3,00	2,97	2,29	3,33	3	Ambiente Misto
	Desvio Padrão	0,77	0,55	0,64	0,75	0,30		
USF F	Média	2,72	3,70	2,90	2,63	3,00	5	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,71	0,00	0,42	0,53	0,47		
USF H	Média	1,96	2,68	2,64	2,60	2,80	4	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,27	0,41	0,62	0,52	0,84		
USF I	Média	2,89	3,70	3,50	3,00	3,33	5	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,16	0,00	0,14	0,00	0,00		
USF J	Média	2,56	3,03	3,00	2,50	2,92	4	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,48	0,36	0,78	0,58	0,83		
USF K	Média	2,78	3,36	3,56	2,45	3,27	4	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,67	0,37	0,33	0,11	0,43		
USF L	Média	2,44	2,75	3,10	2,75	2,67	4	Ambiente Favorável
	Desvio Padrão	0,63	0,35	0,42	0,35	0,47		

Tabela 10 (Cont.): Média dos resultados gerais do APE das USFs e sua Classificação.

		D1	D2	D3	D4	D5	Nº de dimensões > 2,5	Classificação
USF M	Média	2,07	2,50	2,13	2,17	2,00	0	Ambiente Desfavorável
	Desvio Padrão	0,06	0,10	0,12	0,29	0,00		
USF N	Média	2,22	2,76	2,64	2,65	2,47	3	Ambiente Misto
	Desvio Padrão	0,21	0,30	0,38	0,38	0,30		
USF O	Média	2,31	2,72	2,97	1,96	2,83	3	Ambiente Misto
	Desvio Padrão	0,68	0,59	0,57	0,40	0,75		

Passando a analisar cada uma das dimensões da escala podemos observar algumas diferenças na avaliação realizada pelos respectivos enfermeiros, nomeadamente:

Na dimensão 1 **Participação dos enfermeiros na governação interna da instituição**, a USF B apresenta o melhor resultado com uma média de 3,33, enquanto a USF H apresenta o pior resultado com uma média de 1,96.

Na dimensão 2 **Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados**, a USF B, a USF F e a USF I apresentam o melhor resultado com uma média de 3,70, enquanto que a USF H apresenta o pior resultado com uma média de 2,50.

Na dimensão 3 **Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros**, a USF B apresenta o melhor resultado com uma média de 3,73, enquanto que a USF M apresenta o pior resultado com uma média de 2,13.

Na dimensão 4 **Adequação de recursos humanos e materiais**, a USF B apresenta o melhor resultado com uma média de 3,67, enquanto que a USF O apresenta o pior resultado com uma média de 1,96.

Na dimensão 5 **Relação entre médicos e enfermeiros**, a USF B apresenta o melhor resultado com uma média de 4,00, enquanto que a USF M apresenta o pior resultado com uma média de 2,47.

Contabilizando o número de dimensões com média superior a 2,5, é possível classificar o APE de cada USF, como apresentado na Tabela 11. Assim, verifica-se que no ACES em estudo, 1 USF apresenta um Ambiente Desfavorável, 5 USFs apresentam Ambiente Misto e as restantes 8 unidades apresentam Ambiente Favorável.

Tabela 11: Resultados gerais do APE das USFs

	Nº USF
Ambiente desfavorável	1
Ambiente misto	5
Ambiente favorável	8

2.4 IDG das USFs e indicadores em estudo

A avaliação do processo de contratualização nos CSP é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o IDG que se pretende alcançar e melhorar continuamente.

O IDG é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Áreas (IDS). É um valor compreendido entre 0 e 100 (escala contínua real).

Os valores de IDG e os indicadores BI relevantes para o presente estudo, de cada unidade estão apresentados na Tabela 12.

Conforme apresentado, verifica-se que globalmente o IDG das USFs do ACES varia entre 41.40 (USF N) e 72.10 (USF D).

Nos indicadores BI analisados, verifica-se que o indicador “Proporção jovens 14 anos, com Plano Nacional de Vacinação (PNV) cumprido ou em execução” (Ind_PNV14) apresenta os valores mais elevados, entre 85.71 e 98.46, seguido do indicador “Proporção utentes >= 25 anos, com vacina tétano” (Ind_VTd), entre 67.81 e 94.12.

Com valores mais baixos estão os indicadores “Proporção de diabetes mellitus (DM) com consulta de enfermagem de vigilância no último ano” (Ind_DM) entre 12.72 e 75.42 e “Proporção de puérperas com ≥ 5 consultas de vigilância de enfermagem de gravidez e revisão de puerpério (RP)” (Ind_P) entre 2.27 e 69.31.

Tabela 12: IDG e Indicadores BI das USFs

USF	IDG	Ind_VG	Ind_VTd	Ind_PNV14	Ind_DM	Ind_P	Ind_CE
USF A	60,90	47,79	89,87	96,09	31,92	61,90	63,30
USF B	57,30	59,22	89,26	98,87	25,99	56,88	69,39
USF C	62,40	58,04	89,11	95,06	62,35	60,41	69,32
USF D	72,10	62,46	94,12	98,46	75,42	69,31	70,52
USF E	57,50	53,15	88,85	92,14	53,81	54,65	63,00
USF F	42,60	47,44	69,33	87,31	12,72	9,41	50,53
USF H	51,70	49,48	67,81	88,54	48,81	29,09	35,83
USF I	45,00	48,96	78,11	91,81	24,70	30,27	55,89
USF J	61,70	43,16	83,19	90,14	20,81	58,20	53,00
USF K	54,30	54,21	73,71	92,36	35,74	38,59	55,16
USF L	55,80	50,04	89,06	97,24	26,66	70,42	55,13
USF M	46,80	46,19	74,18	85,71	26,61	2,27	41,44
USF N	41,40	51,77	78,52	91,76	20,32	15,29	56,17
USF O	47,80	48,62	80,63	96,98	66,73	44,68	50,27

2.5 Relação do APE com o IDG

Indo ao encontro do objetivo de verificar se existe relação entre a avaliação do APE pelos enfermeiros e o IDG, apresentam-se de seguida os resultados das relações do APE e de IDG para cada USF.

Analisando a Tabela 13, é possível verificar que uma melhor classificação de APE pode não corresponder a um IDG mais elevado. Esta situação é verificável quando comparamos os resultados da USF B e da USF C, em que a USF F apresenta um ambiente favorável e um valor de IDG de 45, e a USF C apresenta um ambiente misto, mas melhor IDG com 62,40.

Tabela 13: Classificação APE e IDG

USF	Classificação APE	IDG
USF A	Ambiente Misto	60,90
USF B	Ambiente Favorável	57,30
USF C	Ambiente Misto	62,40
USF D	Ambiente Favorável	72,10
USF E	Ambiente Misto	57,50
USF F	Ambiente Favorável	42,60
USF H	Ambiente Favorável	51,70
USF I	Ambiente Favorável	45,00
USF J	Ambiente Favorável	61,70
USF K	Ambiente Favorável	54,30
USF L	Ambiente Favorável	55,80
USF M	Ambiente Desfavorável	46,80
USF N	Ambiente Misto	41,40
USF O	Ambiente Misto	47,80

Sendo assim, e através de uma primeira análise, infere-se que a classificação de APE e os valores de IDG aparentam não ter relação entre si. Para suportar esta afirmação, procedeu-se a uma análise de correlação de Pearson. O coeficiente de correlação de Pearson mede a intensidade e a direção da associação do tipo linear entre duas variáveis quantitativas, e varia entre -1 e +1. O sinal indica se a relação entre variáveis tem direção positiva ou negativa, enquanto que o valor absoluto da correlação indica a intensidade da associação (Marôco, 2018). Segundo o autor, as correlações podem classificar-se da seguinte forma:

- $\geq 0,75$: correlação muito forte
- 0,50 a 0,75: correlação forte
- 0,25 a 0,50: correlação moderada
- $< 0,25$: correlação fraca

Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14: Correlação Pearson APE vs IDG e Indicadores BI

	IDG	Ind_VG	Ind_VTd	Ind_PNV14	Ind_DM	Ind_P	Ind_CE
APE	0,224	0,344	0,179	0,401	0,06	0,38	0,394
D1	0,295	0,423	0,373	0,476	-0,021	0,353	0,614
D2	-0,084	0,184	0,03	0,129	-0,164	0,037	0,362
D3	0,222	0,36	0,324	0,486	0,198	0,407	0,476
D4	0,025	0,368	0,112	0,267	-0,413	0,103	0,266
D5	0,255	0,502	0,246	0,432	0,04	0,377	0,496

Analisando os resultados obtidos pela correlação de Pearson, verifica-se que não existem valores de correlação muito forte e forte entre o APE e as respectivas dimensões com o IDG e os indicadores BI, com exceção do indicador Ind_CE e a dimensão 1 do APE e do indicador Ind_VG com a dimensão 5 do APE. O IDG apresenta correlação moderada com as dimensões 1 e 5 do APE e correlação fraca com o APE e as restantes dimensões. O APE apresenta correlação moderada com os indicadores Ind_VG, Ind_PNV14, Ind_P e Ind_CE e correlação fraca com os restantes indicadores.

Estes valores de correlação moderados e fracos reforçam a inferência de que não aparenta existir uma correlação entre APE e o IDG. De salientar que estes resultados são obtidos para apenas um ACES, pelo que para validar esta conclusão é necessário proceder a aplicação deste tipo de estudo a outros ACES.

2.6 Análise de sugestões

O olhar e a opinião dos enfermeiros como profissionais de saúde deve ser considerada. Para lhes dar voz, incluído na parte C do questionário foi solicitado que os profissionais apresentassem as suas sugestões. Dada a escassez de sugestões entendeu-se transcrever as mesmas na sua totalidade pelo que as respostas obtidas foram as seguintes:

- *Sugiro que a Direção de enfermagem reúna com os seus enfermeiros, para os escutar, sobre as suas dificuldades no exercício das suas funções.*
- *De referir que as respostas são relativas ao serviço que íntegro e não se referem aos cuidados prestados em tempo de pandemia.*
- *Mais acompanhamento e apoio das equipas de enfermagem, no local, por parte da direção de enfermagem.*
- *Adequada valorização e utilização do conhecimento especializado dos enfermeiros, de modo que possam concretizar em pleno as suas competências e melhor contribuir para os ganhos em saúde e satisfação do utente.*

De salientar que três das sugestões focam a área da gestão da Direção de enfermagem do ACES, mostrando a importância desta área e a necessidade que os enfermeiros sentem de uma liderança com apoio e suporte por parte da sua gestão de topo.

3. Discussão dos Resultados

Da análise e interpretação dos resultados apresentados no capítulo anterior podemos discutir alguns resultados e comparar com a literatura previamente apresentada. Na bibliografia não se encontra evidência que relacione o APE em CSP com o desempenho avaliado pelo BI-CSP-SNS, aspecto inovador que o presente trabalho procurou relacionar.

São também diminutos a evidência científica e o conhecimento sobre os APEs no contexto dos CSP (Poghosyan, 2017, Parro-Moreno, 2013). Sendo o APE uma das variáveis com maior impacto na qualidade dos cuidados, é indispensável e uma obrigação da investigação em enfermagem aprofundar e estudar o APE em CSP, sobretudo porque os estudos publicados sobre o tema são na quase totalidade em meio hospitalar. O APE hospitalar e o APE em contexto de CSP apresentam diferenças significativas que segundo Poghosyan (2017) são: o tipo de tomada de decisão, relação interdisciplinar e os processos organizacionais.

A taxa de resposta obtida no presente trabalho foi de 45,8%. Este resultado é superior ao estudo de Gonzalez-Torrente (2012), que contabilizou 40% de respostas obtidas, e inferior ao estudo de Gea-Caballero (2019) com 80,29% de respostas obtidas e ao estudo de Rabie (2017) com 100% de respostas obtidas, todos estes trabalhos realizados em CSP. A baixa taxa de resposta por parte dos enfermeiros do ACES em estudo pode ser compreendida pelo fato de o estudo se ter realizado em contexto de pandemia, em que todos os profissionais envolvidos estavam com sobrecarga horária e com frequência alocados a atividades de Vacinação Covid e atendimento aos utentes com suspeita ou diagnóstico de doença Covid.

Análise do APE do ACES

A dimensão D1 **Participação dos enfermeiros na governação interna da instituição** apresenta resultados de 2,45, resultado inferior a 2,5. Este resultado está coincidente com os estudos de Gonzalez-Torrente (2012) e Rabie (2017), que também referem a baixa participação dos enfermeiros nos processos de gestão. Apenas o estudo de Gea-Caballero (2019) apresenta resultados ligeiramente superiores, nomeadamente um valor de 2,51.

O descontentamento de alguns profissionais com as decisões políticas e organizacionais tomadas em contexto pandémico poderão justificar ainda mais estes valores pouco favoráveis, por outro lado outras estratégias poderão ser implementadas para promover a participação dos enfermeiros na governação interna da instituição uma vez que não envolverão custos financeiros suplementares.

A dimensão D2 **Fundamentos/Aptidões de enfermagem para a qualidade dos cuidados** apresenta resultados de 2,93, tendo o estudo de Gea-Caballero (2019) resultados semelhantes, com um valor de 2,90. A formação e a cultura de formação em serviço são referidas por Alves (2016) como uma ferramenta importante para melhorar as competências dos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Os resultados favoráveis desta dimensão poder-se-ão justificar com o alto nível de formação dos enfermeiros, com a metodologia de trabalho favorecedora da autonomia do enfermeiro, com possibilidade de registos eletrónicos e com a procura de melhoria dos padrões da qualidade uma vez que várias USFs são do modelo B e várias estão acreditadas ou em processo de acreditação.

A dimensão D3 **Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros** apresenta resultados globais de 2,90, mais uma vez indo ao encontro dos resultados do estudo de Gea-Caballero (2019) com resultado de 2,92.

A dimensão D4 **Adequação de recursos humanos e materiais**, apresenta resultados inferiores a 2,5, verificando-se um valor de 2,48. Este resultado também vai ao encontro dos estudos de Gea-Caballero (2019) e Rabie (2017) que referem escassez de recursos humanos a nível da enfermagem. Estes resultados pouco favoráveis poderão estar relacionados com a situação de crise na saúde devido à pandemia, e a alocação de grande número de enfermeiros em resposta à doença covid.

Por último, a dimensão D5 **Relação entre médicos e enfermeiros** apresenta resultados de 2,93. Mais uma vez se salienta a concordância com os resultados dos estudos de Gea-Caballero (2019), Poghosyan (2014) e Parro-Moreno (2013) que apresentam boas relações multidisciplinares entre enfermeiros e médicos.

Estes resultados favoráveis podem-se justificar com o fato de se trabalhar com o método de enfermeiro e médico de família em que uma boa comunicação favorece o utente e o enfoque nos objetivos. Sugere-se um investimento e participação das

USFs modelo A a candidatarem-se a modelo B de forma a darem visibilidade ao seu trabalho de forma mais amadurecida e consistente, que além de ter resultados favoráveis e incentivos financeiros promove a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao utente.

Os resultados globais de APE no ACES resultam numa classificação de Ambiente Misto, semelhante ao resultado de Gea-Caballero (2019), mas inferior ao resultado obtido por Rabie (2017) que foi bom/favorável.

Análise de IDG

Globalmente o IDG das USFs do ACES em estudo varia entre 41,4 e 72,1. Na contratualização considera-se que USFs com valores abaixo de 50 terão a necessidade de apoio do ACES para melhorar o contexto de boas práticas assistenciais e de gestão, estando nesta condição 5 USFs em estudo (Tabela 12). O ACES onde foi realizado o estudo tem uma média IDG de 52.2. e a nível nacional os 55 ACES têm uma média de 59.90. O valor IDG da média das USFs é de 56.10.

Poder-se-á considerar também a influência dos fatores regionais, em que se observam valores mais altos de IDG no norte do país, tendo o centro e sul valores sobreponíveis ou inferiores. Existe um processo de investimento na contratualização mais acentuado e precoce no norte do país, tendo aumentado para o sul do país os resultados IDG ao longo dos últimos anos.

Isto também mostra a importância da divulgação de forma livre e acessível a todos os cidadãos e profissionais da plataforma BI-CSP, sendo a comparabilidade um importante fator de benchmarking e, conseqüentemente, de melhoria dos resultados.

Relação do APE com o IDG

Neste trabalho foi encontrado um APE Misto no ACES em estudo, que apresenta um valor de IDG ligeiramente abaixo da média dos valores nacionais, ainda que acima de 50.

Consoante mostrado nos resultados anteriores, verificam-se valores inconsistentes nos resultados das correlações realizadas o que leva a sugerir uma não evidente relação entre o APE e o Desempenho avaliado pelo BI-CSP-SNS. Poder-

se-á justificar por um valor baixo da amostra, quer pela percentagem de respostas, quer pela dimensão do ACES. Propõe-se um trabalho mais abrangente e alargado já que “estudar em CSP os APEs viabiliza obter evidência que possibilita aumentar a qualidade dos cuidados e melhorar os resultados obtidos” (Lucas, 2020, p.4). O investigador atrás citado também refere que “os decisores políticos têm vindo a redesenhar o sistema de saúde com o objetivo final de melhorar a acessibilidade, os resultados esperados com os utentes e a eficiência” (p. 4).

Não se encontrou na literatura evidência que relacione o APE em CSP com o Desempenho avaliado pelo BI-CSP-SNS. No entanto, a OMS (2006) recomenda a existência de indicadores de enfermagem/ clínica; resultados de cuidados (*outcomes*) e contratualização de objetivos. Assim este é um aspeto inovador que se procurou estudar, uma vez que será uma ferramenta a desenvolver para alcançar a melhoria da qualidade nos cuidados. Como refere a OCDE (2019, p. 42) “uma experiência de atendimento positiva é um forte sinal de prestação de cuidados de qualidade e é fundamental para os resultados alcançados, especialmente para aqueles que gerem situações crónicas... Uma boa experiência de assistência em saúde contribui para melhores resultados e também é um fim em si mesma.”

CONCLUSÃO

O tema estudado é de extrema importância pois aborda a pertinência dos cuidados de saúde primários essenciais para proteger e promover a saúde de todas as pessoas e na necessidade de inspirar novas gerações de líderes que implementem cuidados de saúde centrados nas pessoas.

Sendo o APE essencial para a melhoria dos cuidados de enfermagem, é fundamental encontrar meios de o promover sendo a sua avaliação uma estratégia essencial para o enfermeiro gestor. A visibilidade e mensurabilidade dos cuidados de saúde em enfermagem podem ser analisados e avaliados também com recursos a ferramentas disponíveis nas plataformas on-line sendo a plataforma BI-CSP-SNS o instrumento usado neste trabalho.

Considera-se que os objetivos deste trabalho foram atingidos. Os resultados globais encontrados neste estudo foram de um APE com classificação de Ambiente Misto no ACES em estudo, que apresenta um valor de IDG ligeiramente abaixo da média dos valores nacionais, ainda que acima de 50. É possível verificar que uma melhor classificação de APE pode não corresponder a um IDG mais elevado. Como mostrado nos resultados, verifica-se uma não evidente relação entre o APE e o Desempenho avaliado pelo BI-CSP-SNS. Poder-se-á justificar este resultado quer por um valor baixo da amostra, quer pela percentagem de respostas, quer pela dimensão do ACES, o que nos sugere dar continuidade ao estudo do APE em CSP.

No que diz respeito às limitações do estudo pensa-se que a principal dificuldade foi o contexto de pandemia e toda a sobrecarga de trabalho vivida por todos os intervenientes pela alocação de grande número de enfermeiros aos Centros de Vacinação Covid e aos Centros de Atendimento ao utente Covid.

Considera-se assim que o estudo do APE em CSP seja aprofundado em período posterior à pandemia, seja alargado a mais ACES e sejam utilizados outros indicadores que avaliem os resultados dos cuidados de saúde e em particular do desempenho dos enfermeiros.

Esta dissertação, contribuiu e é relevante para o contexto da gestão em enfermagem, trazendo contributos, para investigações futuras, para a visibilidade da enfermagem como para a melhoria da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2020). Portal da Administração Central do Sistema de Saúde. Modelos organizacionais das USF. Acedido em: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAdede/CSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>

ACSS, Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020 / 2021

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. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 223–229.
<https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M. ... 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 (Clinical research ed.)*, 344, e1717.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* (London, England), 383(9931), 1824–1830.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (2020) Nurses matter: more evidence. *BMJ quality & safety*, 29(1), 1–3. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009732>

Almeida, S. (2017) Estatística Aplicada à Investigação em Ciências da Saúde. Loures: Lusodidacta.

Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P.B., Jesus, E., Araújo, B. (2020) RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*. 20(3):e2038.
<https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>

Amaral, A.; Ferreira, P.; 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), 280-288.

Amaral, A., & Ferreira, P. (2013) Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem, *Revista Investigação Em Enfermagem*, Novembro 2013, 66-74

Balsanelli, A. P.; David, D. R.; & Ferrari, T. G. (2018). Nursing leadership and its relationship with the hospital work environment. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 187-193. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800027>

Báo, A.C.P., Amestoy, S.C., Moura, G.M.S.S., & Trindade LL. (2019) Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Revista Brasileira Enfermagem*. 72(2), 360-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>

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. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000053>

Brewer, B. B., & Verran, J. A. (2013). Measuring nursing unit environments with four composite measure. *Nursing economics*, 31(5), 241–249.

CIE (2007). Ambientes Favoráveis à Prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 92-95040-80-5

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(2), 162–173.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002>

Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 26(3), 172–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>

Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Acedido em:
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série (N.º38, 22 de fevereiro de 2008), 1182 - 1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Despacho nº 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série (N.º28, 10 de fevereiro de 2015), 3882-(2) – 3882-(10). Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Despacho nº 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*, 2.^a série (N.º102, 27 de maio de 2015), 13550 – 13553. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/a/67318639>

Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Nursing leadership*, 24(2), 38–57.
<https://doi.org/10.12927/cjnl.2011.22464>

Dubois, C. A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., & Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(2), 110–117.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt019>

Fradique, M. J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(10), 45-53.

Freitas, P., & Escoval, A. (2010) A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n. 9, p. 129-139, 2010.

Fennimore, L., & Wolf, G. (2011). Nurse manager leadership development: leveraging the evidence and system-level support. *The Journal of nursing administration*, 41(5), 204–210. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182171aff>

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

» <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.07.0>

Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., 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. <https://doi.org/10.7717/peerj.7369>

González-Torrente, S., Pericas-Beltrán, J., Bennasar-Veny M., Adrover-Barceló, R., Morales-Asencio, J. M., Pedro-Gómez, 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* 12:227 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/227>

Grove, S.; Sutherland, S. & Gray, J. (2017) *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 8th Ed. Missouri: Elsevier.

Hickson, J. (2013) New nurses' perceptions of hostility and job satisfaction. *Journal Nursing Administration*, 43(5), 293–301. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31828eebc9>

Instituto Nacional de Estatística (2020) *Estatísticas da Saúde 2018*. Lisboa: INE

Instituto Nacional de Estatística (2018) *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa: INE

Jones, C., & Gates, M. (2007) The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 12(3), Manuscript 4. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man04>

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6): 58–71.

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(1), 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.06.018>

Lake E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176–188.
<https://doi.org/10.1002/nur.10032>

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Henriques de Jesus, É., Sermeus, W., Aiken, L., & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(12), 1584–1592.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.006>

Lucas, P., & Nunes, E. (2020). Ambiente da prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão scoping. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190479. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>

Lunden, A., Teräs, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of nursing management*, 25(6), 407–420. <https://doi.org/10.1111/jonm.12478>

Manton, A., Wolf, L., Baker, K., Carman, M., Clark, P., Henderson, D., & Zavotsky, K.E. (2014) Ethical considerations in human subjects research. *Journal of Emergency Nursing*. 40(1), 92–94. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.11.001>

Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 7ª Edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber

Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. *Image--the journal of nursing scholarship*, 30(1), 43–46. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>

Ministério da Saúde (2018). Governação Clínica e De Saúde Nos Cuidados De Saúde Primários

McClure, M., M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (1983). Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. Task force on nursing practice in hospitals. American Academy of Nursing. Maryland: American Nurses Association. (G-160):i-xiv, 1–135

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.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x>

Neves, T., Parreira, P., Graveto, J., Rodrigues, V., & Marôco Domingos, J. P. (2018). Practice environment scale of the nursing work index: Portuguese version and psychometric properties. *Journal of nursing management*, 26(7), 833–841.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12606>

Nunes, E. & Gaspar, M. (2014). Modelo de Comportamento Organizacional de Meyer e Allen: Estudo com os Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 18(1), 14-26.

OCDE (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris,
<https://doi.org/10.1787/9789264225985-en>

OCDE (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OE (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros

OMS. (2006). Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization. Acedido em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>

OMS (2010). Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília. Acedido em: https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf

OMS (2020). Cuidados de Saúde Primários. 2 de Fevereiro 2020. Acedido em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

OPSS (2018). Relatório de Primavera 2018: Meio Caminho Andado. Acedido em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>

OPSS (2019). Relatório de Primavera 2019: Saúde, um Direito Humano. Acedido em: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>

Parro-Moreno, A., Serrano-Gallardo, P., Díaz-Holgado, A., et al. (2015) Impact of primary care nursing workforce characteristics on the control of high-blood pressure: a multilevel analysis. *BMJ Open* 5:e009126.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009126>

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., Pedro-Gómez, J. (2013) Influence of socio-demographic, labour and professional factors on nursing perception concerning practice environment in Primary Health Care. *Atención Primaria* 45(9), 476-485
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.015>

Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Abad, A. S., Bennasar-Veny, M., Artigues-Vives, G., Perelló-Campaner, C. (2011). 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.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.11.007>

Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Bennasar-Veny M., Artigues-Vives, G., Perello-Campaner, C., Gómez-Picard, P. (2012). Determining factors in evidence-based clinical practice among hospital and primary care nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*. 68(2), 452–459.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05733.x>

Plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde. Acedido em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Portaria n.º 212/2017 (2017). Critérios e as condições para a atribuição de incentivos institucionais às unidades de saúde familiar (USF) modelos A e B e às unidades de cuidados saúde personalizados (UCSP) e de incentivos financeiros aos profissionais que integram as USF modelo B. *Diário da República*, 1.ª série (N.º138, 19 de julho de 2017), 3840 - 3847.

Programa do XVII Governo Constitucional. Saúde: Um Bem para as Pessoas. Acedido em: http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/11451699-E35E-4CD0-B6E8-F0E89B8F72EF/93/PROGRAMA_GOVERNO_SAUDE.pdf

Rabie, T., Kloppe, H. C., & Coetzee, S. K. (2017). Creating positive practice environments in a primary health care setting. *International journal of nursing practice*, 23(4), e12555. <https://doi.org/10.1111/ijn.12555>

Read, E. A., & Laschinger, H. K. (2015). The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice. *Journal of advanced nursing*, 71(7), 1611–1623. <https://doi.org/10.1111/jan.12625>

Regulamento n.º 101/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 48, 10 de Março de 2015), 5948 - 5952. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/a/66699732>

Regulamento n.º 76/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 21, 30 de Janeiro de 2018), 3478 – 3487. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/a/114591764>

Sermeus, W.; Aiken, L.H.; Van den Heede, K. et al. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>

Smith, J. G. (2018). The nurse work environment: Current and future challenges. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(1), e12126. <https://doi.org/10.1111/jabr.12126>

Soriano, R., Siegel, E. O., Kim, T. Y., & Catz, S. (2019). Nurse Managers' Experiences With Electronic Health Records in Quality Monitoring. *Nursing administration quarterly*, 43(3), 222–229. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000352>

Tai, T. W., & Bame, S. I. (2017). Organizational and Community Factors Associated With Magnet Status of U.S. Hospitals. *Journal of healthcare management*

/ *American College of Healthcare Executives*, 62(1), 62–76.

<https://doi.org/10.1097/00115514-201701000-00011>

Wang, Y., Kung, L., & Byrd, T. A. (2018). Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. *Technological Forecasting and Social Change*, 126, 3–13.

<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2015.12.019>

Wei, H.; Sewell, K. A.; Woody, G.; & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287-300.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>

Westra, B. L., Clancy, T. R., Sensmeier, J., Warren, J. J., Weaver, C., & Delaney, C. W. (2015). Nursing Knowledge: Big Data Science-Implications for Nurse Leaders. *Nursing administration quarterly*, 39(4), 304–310.

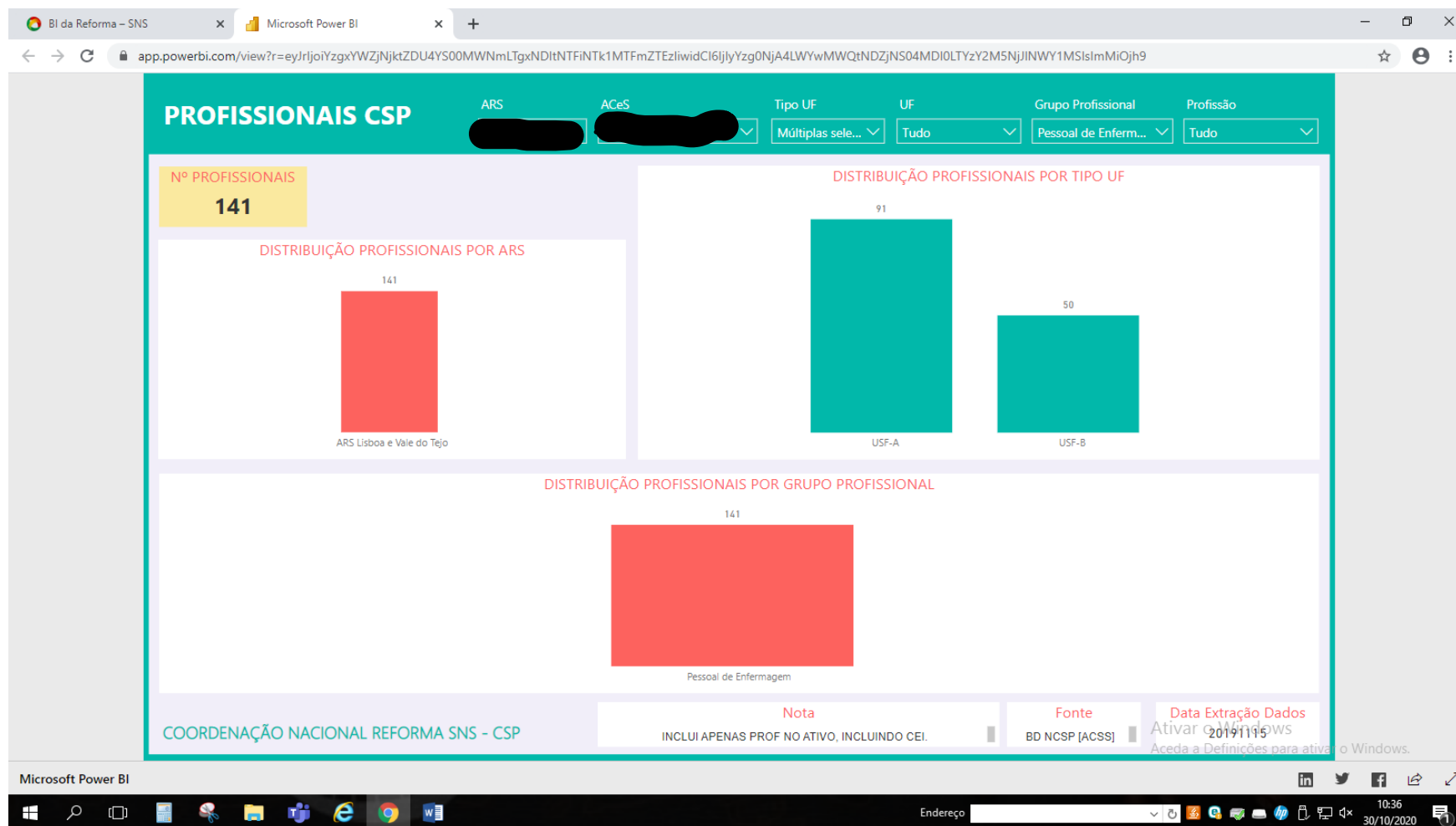
<https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000130>

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of nursing management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>

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. <https://doi.org/10.1177/0193945918823779>

Zhu, R., Han, S., Su, Y., Zhang, C., Yu, Q., & Duan, Z. (2019). The application of big data and the development of nursing science: A discussion paper. *International journal of nursing sciences*, 6(2), 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.001>

Anexo 1



Anexo 2

Aos Enfermeiros

Pretendemos estudar o Ambiente da Prática de Enfermagem e a sua relação com o desempenho (BI-CSP-SNS) das Unidades de Saúde Familiares. Este trabalho académico tem a orientação do Senhora Professora Doutora Teresa Santos Potra da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Um Ambiente da Prática de Enfermagem, é definido como as características do contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem.

Existe evidência convincente de que um APE adequado é um bom previsor de cuidados de enfermagem de qualidade, levando-nos a trabalhar esta temática.

Solicitamos que responda a todos os itens com (X) nas escalas tipo Likert de cinco pontos que está colocada lateralmente.

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

Na parte A do questionário pretendemos fazer a caracterização sociodemográfica.

Na parte B pretendemos identificar as variáveis do ambiente da prática de enfermagem mais valorizados pelos Enfermeiros onde trabalham. Relaciona-se com o tema em estudo.

Na parte C sugestões.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade neste estudo. Estou disponível para responder a questões.

Disponibilizo o meu contacto: _____ ou 93 _____

Atenciosamente

Lisboa, _____ de 2020

_____, enfermeira

QUESTIONÁRIO

ESCALA DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM (PES-NWI) – VERSÃO PORTUGUESA

Parte A - Caracterização da População

1. Dimensão Sociodemográfica

1.1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

1.2. Idade: ____ anos

2. Dimensão Profissional

2.1. Tempo de exercício profissional: ____ anos

2.2. Tempo de exercício profissional nesta Organização: ____ anos

3. Habilitações Literárias:

Bacharelato ☐; Licenciatura ☐; Pós-graduação ☐; Mestrado ☐; Doutoramento ☐

4. Funções:

Enfermeiro ☐

Enfermeiro especialista ☐

Especialista em: _____

Chefia/ Coordenação/ Gestão ☐

5. Unidade Funcional onde exerce Funções:

Unidade Saúde Familiar _____

Parte B - Escala do Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem

Considerando a sua opinião acerca da existência, no seu local de trabalho, das características organizacionais abaixo apresentadas, assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

Discordo totalmente 1
Discordo 2
Concordo 3
Concordo Totalmente 4

1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes / clientes	1	2	3	4
2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3	Existe uma equipa de supervisores / interlocutores que apoia os enfermeiros.	1	2	3	4
4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.	1	2	3	4
5	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.	1	2	3	4
6	Existem oportunidades dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	1	2	3	4
7	Os supervisores / Interlocutores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	1	2	3	4
8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados aos doentes / clientes com outros enfermeiros.	1	2	3	4
9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes/ clientes.	1	2	3	4
10	Tenho um enfermeiro chefe / interlocutor que é bom gestor e líder.	1	2	3	4
11	O diretor de enfermagem / Vogal de Enfermagem está presente e é acessível ao pessoal	1	2	3	4
12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas	1	2	3	4
13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.	1	2	3	4
14	A administração / diretor executivo e conselho clínico espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	1	2	3	4
15	A direção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar / ACES	1	2	3	4
16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.	1	2	3	4
17	São proporcionadas oportunidades de promoção.	1	2	3	4
18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes / clientes	1	2	3	4

19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.	1	2	3	4
20	O enfermeiro chefe / interlocutor apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.	1	2	3	4
21	A administração / diretor executivo e conselho clínico ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	1	2	3	4
22	Existe um programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4
23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital / do ACES. (ex: comissões de práticas e de política).	1	2	3	4
24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	1	2	3	4
25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados.	1	2	3	4
26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	1	2	3	4
27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares / do ACES e de enfermagem.	1	2	3	4
28	Os supervisores / interlocutores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.	1	2	3	4
29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes / clientes	1	2	3	4
30	A atribuição dos cuidados aos doentes / clientes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente / cliente de um dia para o outro.	1	2	3	4
31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	1	2	3	4

Parte C- Sugestões

Quer apresentar alguma sugestão?

Muito obrigada pela sua participação!

Anexo 3

20/09/2020

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio - RE: Serviço de mensagens do Website ESEnC - PES-NWI



FERNANDA MARIA NOGUEIRA SANTOS CARNEIRO [REDACTED]

RE: Serviço de mensagens do Website ESEnC - PES-NWI

1 mensagem

Amaral [REDACTED]

Para [REDACTED]

3 de setembro de 2020 às 14:34

Exma Sra Enfermeira Fernanda Carneiro

Serve o presente para autorizar a utilização da versão portuguesa da PES-NWI (pt), solicito apenas que o artigo da tradução seja referenciado.

Bem trabalho

António Fernando Salgueiro Amaral

De: [REDACTED]

Enviada: quinta-feira, 3 de setembro de 2020 14:21

Para: [REDACTED]

Assunto: Serviço de mensagens do Website ESEnC - PES-NWI

Serviço de mensagens do Website ESEnC

Mensagem enviada por Fernanda Carneiro [REDACTED]

Mensagem:

Caro Professor António Amaral
Fernanda Carneiro, enfermeira a exercer funções no [REDACTED] aluna do 11º Mestrado de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar autorização para aplicação do PES-NWI (Practice environment scale of the work nursing index, versão portuguesa). Para a realização da dissertação "Ambiente da Prática de Enfermagem e o impacto no desempenho das Unidades de Saúde Familiar num ACES da ARSLVT", orientada pela Professora Doutora Teresa Santos Potra, que tem como objetivo analisar a influência do Ambiente de Prática de Enfermagem no desempenho das Unidades de Saúde Familiar num ACES da ARSLVT a realizar no [REDACTED]
Ao dispor para qualquer esclarecimento
Fernanda Carneiro

Anexo 4

 REPÚBLICA PORTUGUESA saúde	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
--	---	---

Exma. Senhora
Dr.ª Fernanda Carneiro
fernanda.carneiro@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		2809/CES/2021	

Assunto: O Ambiente da Prática de Enfermagem e o desempenho das Unidades de Saúde Familiar num Agrupamento de Centros de Saúde.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 09.04.2021, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
João PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-37, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 880 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo 5

30/01/22, 20:24

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio - FW: Solicitação de Declaração para a Comissão de Ética para a Saúde



FERNANDA MARIA NOGUEIRA SANTOS CARNEIRO <fernandacarneiro@campus.esel.pt>

FW: Solicitação de Declaração para a Comissão de Ética para a Saúde

Fernanda Maria Nogueira Santos Jorge Ribeiro Carneiro | USF Tejo

17 de novembro de 2020 às

<fernanda.cameiro@arslvt.min-saude.pt>

14:40

Para: "fernandacarneiro@campus.esel.pt" <fernandacarneiro@campus.esel.pt>

De: Antonio João Alexandre | ACES Loures Odivelas - Diretor Executivo <antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt>

Enviado: 12 de novembro de 2020 14:53

Para: Fernanda Maria Nogueira Santos Jorge Ribeiro Carneiro | USF Tejo <fernanda.cameiro@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Avelina Maria Bettencourt Moniz | USF Tejo <avelina.moniz@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: RE: Solicitação de Declaração para a Comissão de Ética para a Saúde

Boa tarde,

Concordo e autorizado..

Devem, paralelamente, ser igualmente asseguradas as atividades assistenciais.

Coloco em CC A Sr.ª Enf. Vogal do CCS.

Melhores cumprimentos,

António João Alexandre

Diretor Executivo

ACES Loures Odivelas

Morada: Rua Manuel de Arriaga n.º 5 - Urbanização Terraços da Ponte

2685-160 Sacavém

Telefone: +351219492400

Email: antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt

www.arslvt.min-saude.pt