



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO  
PORTO**

**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de  
Serviços de Enfermagem**

**AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM  
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:  
OLHARES DOS ENFERMEIROS GESTORES**

**NURSING PRACTICE ENVIRONMENTS IN  
PRIMARY HEALTH CARE: PERSPECTIVES OF  
NURSE MANAGERS**

**DISSERTAÇÃO**

**Paula Cristina da Silva Leite**

**Porto, 2024**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS: OLHARES DOS ENFERMEIROS GESTORES**

Dissertação orientada pela:

Professora Doutora Olga Ribeiro

e coorientada pela

Professora Narcisa Gonçalves

Porto, 2024

## PENSAMENTO

*“A enfermagem é a arte de harmonizar a ciência do conhecimento com a arte do cuidado.”*

Carlos Drummond de Andrade

*“Na enfermagem, encontramos a beleza da entrega, a força da dedicação e a sabedoria do cuidado.”*

Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTO**

À Professora Doutora Olga Ribeiro, pela orientação, rigor, apoio, encorajamento e partilha de experiências que me deu ao longo deste percurso. Sem a sua orientação este desafio não teria sido alcançado.

Ao meu marido, companheiro de vida e de estrada. Obrigada por estares ao meu lado. Vivenciaste todos os momentos de angústia e nunca me deixaste desistir. A tua presença e apoio foram cruciais.

Aos meus queridos filhos, pelo incentivo que me deram e por me ensinarem a não desistir. Desculpem por vos ter privado tantas vezes da minha presença.

Aos enfermeiros participantes do estudo, porque tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos os docentes envolvidos no decurso deste curso, que me ajudaram a crescer como pessoa e como enfermeira. Obrigada pela partilha de conhecimentos e pelo estímulo nos momentos mais difíceis.

A todos os colegas de curso, que comigo partilharam esta aventura, uma palavra de carinho especial. Obrigada pela troca de ideias.

Aos meus colegas de trabalho, que me substituíram tantas vezes e pelo encorajamento constante.

Para finalizar, um agradecimento muito especial à minha família, particularmente aos meus pais, por toda a paciência, compreensão, apoio e carinho demonstrados ao longo desta jornada. Obrigada por me substituírem tantas vezes e tão bem.

A todos e a todas:

Muito Obrigada!

## RESUMO

Nas últimas décadas, as necessidades de cuidados mais complexas, a evolução tecnológica e a preocupação com a garantia da qualidade dos cuidados, têm constituído um enorme desafio para a enfermagem. Existe evidência de que os fatores preditivos comuns ao bem-estar dos enfermeiros, à qualidade e à segurança dos cuidados, se referem às dimensões dos ambientes de prática profissional, reforçando a importância de avaliar e identificar oportunidades de melhoria. Os enfermeiros gestores assumem um papel crucial nos ambientes de prática profissional, devendo a sua ação centrar-se na qualificação e monitorização desses ambientes. É notória a carência de estudos sobre os ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários. Neste contexto, planeou-se uma investigação com o objetivo de analisar, na perspetiva dos enfermeiros gestores, as características dos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, quanti-qualitativo. Participaram 112 enfermeiros gestores dos cuidados de saúde primários de Portugal Continental e Ilhas. A técnica de amostragem foi não probabilística por conveniência. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado, um questionário de autopreenchimento, elaborado no *Google Forms* e enviado *online* por *email*. A colheita de dados foi efetuada de fevereiro a junho de 2024. Com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (versão 27.0), foi realizada estatística descritiva e inferencial. Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise temática de Bardin (2016), alicerçada no referencial teórico de Donabedian. Da aplicação da escala de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem, os resultados demonstram que todas as dimensões foram consideradas favoráveis à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros. A idade do enfermeiro gestor teve um efeito positivo nas componentes Processo e Resultado, assim como na escala global, na medida em que as pontuações são superiores no caso dos enfermeiros com mais idade. A dimensão “políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros”, da componente Estrutura, foi a que apresentou valores mais baixos (média 3,20), emergindo ainda nesta componente a dimensão com maior média a “gestão de pessoas e liderança no serviço” (média 4,20). A componente Resultado apresentou a média mais baixa (3,30), verificando-se fragilidades nas suas dimensões, que carecem de atenção. Da análise das perceções e contributos dos enfermeiros gestores para a criação de ambientes mais positivos emergiram a necessidade de investir na participação dos enfermeiros nas políticas e decisões dos serviços, em garantir o desenvolvimento profissional e promover ambientes seguros e saudáveis, utilizando estratégias de liderança, comunicação assertiva, escuta ativa, valorização e motivação.

**Palavras-chave:** Ambientes de Trabalho; Prática Profissional; Cuidados de Saúde Primários; Gestão de Enfermagem; Qualidade dos Cuidados de Saúde.

## ABSTRACT

In recent decades, the need for more complex care, technological developments, and concerns about guaranteeing the quality of care has posed a huge challenge for nursing. There is evidence that the common predictors of nurses' well-being, quality, and safety of care refer to the dimensions of professional practice environments, reinforcing the importance of evaluating and identifying opportunities for improvement. Nurse managers play a crucial role in professional practice environments, and their actions should be centered on qualifying and monitoring these environments. There is a notable lack of studies on nursing practice environments in primary healthcare. In this context, an investigation was planned to analyze, from the perspective of nurse managers, the characteristics of nursing practice environments in primary healthcare. This is a descriptive, exploratory, quantitative, and qualitative study. A total of 112 nurse managers from primary healthcare centers in mainland Portugal and the islands took part. The sampling technique was non-probabilistic for convenience. The data collection instrument used was a self-completion questionnaire, designed in Google Forms and sent online by email. Data was collected from February to June 2024. Descriptive and inferential statistics were carried out using the Statistical Package for the Social Sciences software (version 27.0). The qualitative data was analysed using Bardin's (2016) thematic analysis, based on Donabedian's theoretical framework. The application of the evaluation scale for nursing, the results show that all dimensions were considered favorable to the quality of care and the well-being of nurses. The nurse manager's age had a positive effect on the Process and Outcome components, as well as on the overall scale, in that the scores are higher in the case of older nurses. Older nurses scored better on this component. The 'institutional policies and involvement of nurses' dimension of the Structure component was the one with the lowest scores (average 3.20), while the dimension with the highest mean was 'management of people and leadership in the service' (average 4.20). The Outcome component had the lowest average (3.30), showing weaknesses in its dimensions that need attention. The analysis of nurse managers' perceptions and contributions to creating more positive environments revealed the need to invest in nurses' participation in service policies and decisions, to guarantee professional development, and to promote safe and healthy environments, using leadership strategies, assertive communication, active listening, appreciation, and motivation.

Keywords: Working Environments; Professional Practice; Primary Health Care; Nursing Management; Quality of Care.

## **SIGLAS e ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AIQ – Amplitude *interquadris*

APEGEL – Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

ARS – Administração Regional de Saúde

CH – Cuidados Hospitalares

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DP – Desvio Padrão

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE – Ordem dos Enfermeiros

P - Participante

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

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEE-Nursing Practice - *Scale for the Environments Evaluation of Professional Nursing Practice*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

n – Amostra

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO - *World Health Organization*

$\bar{X}$  – Média

% - Percentagem

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1. Cuidados de saúde primários em Portugal</b> .....	<b>19</b>
2.1.1. Enfermagem nos cuidados de saúde primários .....	25
2.1.2. O enfermeiro gestor nos cuidados de saúde primários.....	28
<b>2.2. Ambientes de prática de enfermagem</b> .....	<b>33</b>
2.2.1. Ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários: contributos do referencial de Donabedian .....	36
2.2.2. O papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes de prática de enfermagem positivos nos CSP.....	38
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>42</b>
3.1. Problemática em estudo.....	42
3.2. Questão de investigação .....	44
3.3. Objetivo e finalidade do estudo .....	45
3.4. Tipo de estudo .....	45
3.5. Variáveis em estudo .....	47
3.6. População e amostra .....	52
3.7. Instrumento de colheita de dados .....	53
3.8. Procedimentos de colheita de dados .....	54
3.9. Procedimento de análise de dados.....	55

3.10. Considerações éticas .....	57
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes .....	58
4.2. Caracterização dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP.....	68
4.2.1. Análise descritiva dos itens da componente estrutura dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP .....	68
4.2.2. Análise descritiva dos itens da componente Processo dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP .....	74
4.2.3. Análise descritiva dos itens da componente Resultado dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP .....	77
4.2.4. Análise descritiva da Escala de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem e Subescalas nos CSP.....	79
4.2.5. Consistência interna da <i>SEE-Nursing Practice</i> .....	86
4.2.6. Variáveis sociodemográficas e profissionais e efeitos sobre os ambientes de prática de enfermagem .....	87
4.3. Ambiente profissional mais promotor da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos enfermeiros: percepção dos enfermeiros gestores .....	92
4.4. Contributos do enfermeiro gestor para a promoção de ambientes mais positivos.....	98
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>104</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>114</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>118</b>

**8. ANEXOS..... 126**

Anexo I – Instrumentos de colheita de dados

Anexo II – Aprovação da comissão de ética da ESEP

Anexo III – Informação ao participante

Anexo IV – Consentimento informado

## ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 – Estado civil dos participantes .....	59
Tabela 2 – Grau académico dos participantes .....	60
Tabela 3 – Áreas de mestrado dos participantes .....	60
Tabela 4 – Condição profissional dos participantes em relação à especialização .....	61
Tabela 5 – Áreas de especialidade dos participantes .....	61
Tabela 6 – Contexto de trabalho dos participantes .....	62
Tabela 7 – Região do país em que trabalham os participantes.....	63
Tabela 8 – Condição em que os participantes exercem a profissão na área da gestão .....	63
Tabela 9 – Competências acrescidas dos participantes .....	64
Tabela 10 – Caracterização dos três tempos de exercício na profissão dos participantes.....	67
Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros .....	69
Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: gestão de pessoas e liderança no serviço .....	70
Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço .....	72
Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: ambiente físico e condições para a prática de enfermagem .....	73
Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: práticas autónomas no exercício profissional .....	74

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: práticas colaborativas e continuidade de cuidados.....	75
Tabela 17 – Dimensão numérica e percentual dos itens da dimensão: estratégias para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados .....	77
Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem .....	78
Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros .....	79
Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual das dimensões da subescala Estrutura.....	81
Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual das dimensões da subescala Processo .....	83
Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual das dimensões da subescala Resultado .....	84
Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual da escala global.....	85
Tabela 24 – Caracterização das subescalas e escala .....	85
Tabela 25 – Alfa de <i>Cronbach</i> da <i>SEE-Nursing Practice</i> .....	87
Tabela 26 – Modelo ajustado da subescala Processo .....	90
Tabela 27 – Modelo ajustado da subescala Resultado .....	91
Tabela 28 – Modelo ajustado da Escala .....	92

## ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais .....	47
Quadro 2 – Operacionalização da variável: componente Estrutura dos ambientes de prática de enfermagem .....	48
Quadro 3 – Operacionalização da variável: componente Processo dos ambientes de prática de enfermagem .....	50
Quadro 4 – Operacionalização da variável: componente Resultado dos ambientes de prática de enfermagem .....	51
Quadro 5 – Fatores da componente Estrutura promotores de ambientes mais positivos na perspetiva dos enfermeiros gestores.....	94
Quadro 6 – Fatores da componente Processo promotores de ambientes mais positivos na perspetiva dos enfermeiros gestores.....	96
Quadro 7 – Fatores da componente Resultado promotores de ambientes mais positivos na perspetiva dos enfermeiros gestores.....	98
Quadro 8 – Contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Estrutura.....	99
Quadro 9 – Contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Processo .....	101
Quadro 10 – Contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Resultado .....	102
Quadro 11 – Distribuição dos 10 itens com médias inferiores.....	108
Quadro 12 – Distribuição dos 10 itens com médias superiores.....	110

## **ÍNDICE de GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Representação da idade dos participantes.....	59
Gráfico 2 – Representação do tempo de exercício profissional dos participantes .....	65
Gráfico 3 – Representação do tempo de exercício profissional na atual unidade/serviço dos participantes .....	66
Gráfico 4 – Representação do tempo de exercício profissional na área de gestão dos participantes .....	67

## 1. INTRODUÇÃO

Os ambientes de trabalho na área da saúde têm sofrido mudanças constantes e de crescente complexidade, fruto do avanço da ciência e das tecnologias em saúde, assim como da exigência na procura de cuidados seguros e de qualidade por parte dos cidadãos. Também na enfermagem, os avanços e a evolução da profissão conduziram, inevitavelmente, a novas exigências nos ambientes onde se desenrola a prática profissional.

Neste contexto, os gestores na área da saúde e, em particular, os enfermeiros gestores, assumem um papel crucial nos ambientes onde os enfermeiros exercem a sua prática profissional, devendo a sua ação centrar-se na equipa de enfermagem que lideram, com vista à prestação de cuidados de enfermagem sustentados na melhor evidência científica, nos referenciais da disciplina e em instrumentos reguladores da mesma (Teixeira et al., 2022).

Os enfermeiros gestores assumem ainda, um papel particularmente importante na garantia do funcionamento das instituições, na gestão de pessoas e de recursos materiais, na logística, na gestão de cuidados e na promoção de ambientes de prática seguros e saudáveis (Lima & Santos, 2019).

Em Portugal, ao longo das últimas décadas, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram alvo de diversas reformas estruturais resultantes de alterações nas práticas de gestão, com o objetivo de responder às necessidades da população. Apostou-se na governação clínica com o objetivo de obter uma maior satisfação, através da melhoria da qualidade, participação e responsabilização de todos (Biscaia & Heleno, 2017). A reforma possibilitou a criação de novas unidades de saúde e a reorganização das restantes dimensões dos CSP em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Nas ULS, o enfermeiro gestor dos CSP encontra-se alocado a um concelho ou região e poderá ter por sua responsabilidade todas ou algumas das unidades funcionais, com funções inerentes às suas competências de gestão dessas unidades. A recente organização dos CSP integrados nas ULS potenciou a

regulação do papel de gestão assumido pelos enfermeiros nos antigos centros de saúde da geração anterior. Atualmente, o enfermeiro gestor encontra verdadeiros desafios no desempenho das suas competências e atribuições no que diz respeito à gestão dos cuidados de enfermagem, das equipas e do próprio ambiente.

O exercício de funções de gestão desempenhadas por enfermeiro gestor é determinante para fomentar a qualidade e a segurança do exercício profissional, tornando-se componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (Oliveira, 2022). Na sequência do que se encontra regulamentado e legislado e de acordo com a evidência científica, os enfermeiros gestores têm um papel insubstituível nos ambientes de prática de enfermagem e no empoderamento da sua equipa para a promoção de ambientes mais positivos (Oliveira & Gomes, 2018).

Por motivação pessoal e profissional, decorrente do exercício profissional nos CSP há mais de duas décadas, bem como perante a escassez de estudos centrados nos ambientes de prática nos CSP, no âmbito do mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), fez sentido a realização de um estudo com esta temática.

Neste contexto, na Unidade Curricular “Dissertação” do mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, a temática em estudo incide nos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários em particular na perceção dos enfermeiros gestores e/ou em funções de gestão sobre esses ambientes.

Partindo da relevância em conhecer a realidade dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, para a realização deste estudo definiu-se como questão de partida: Como caracterizam os enfermeiros gestores os ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários?

O estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP.

Neste seguimento definiu-se como objetivo geral: analisar as características dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, na perspetiva dos enfermeiros

gestores. Os objetivos específicos definidos foram: analisar as características das componentes Estrutura, Processo e Resultado dos ambientes de prática de enfermagem, na perspectiva dos enfermeiros gestores e analisar a percepção dos enfermeiros gestores sobre as estratégias de melhoria dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP.

Para a concretização dos objetivos mencionados, foi realizado um estudo descritivo, exploratório, integrado no paradigma quanti-qualitativo.

Para melhor estruturação dos conteúdos, após a introdução, organizou-se a presente dissertação em quatro capítulos. No primeiro capítulo realizou-se a contextualização teórica em que é abordada a descrição da realidade existente, a caracterização dos CSP e da enfermagem nos CSP, o enfermeiro gestor nos CSP e os ambientes de prática profissional de enfermagem nos CSP.

No segundo capítulo descreve-se o enquadramento metodológico com a identificação da problemática de investigação, a questão de investigação, o objetivo, a finalidade da investigação, o tipo de estudo a ser desenvolvido, a definição da amostra, o procedimento de colheita e análise dos dados, assim como as considerações éticas.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados, nomeadamente, a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo, a caracterização dos ambientes de prática profissional de enfermagem nos CSP e as estratégias percebidas pelos enfermeiros gestores para melhorar esses ambientes.

No quarto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados do estudo, terminando com a conclusão onde são evidenciadas as limitações e dificuldades durante a realização do estudo, assim como apresentadas sugestões para futuras investigações.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pesquisa constitui a base de todo o conhecimento científico, sendo que este só é possível adquirir significado quando é compartilhado (Néné & Sequeira, 2022). Na condução de uma investigação, é essencial realizar uma revisão da literatura para conhecer o estado de arte existente sobre o tema, clarificar e organizar os conceitos, assim como delimitar o estudo.

Neste capítulo, pretende-se explorar os conceitos ligados ao tema em análise, apresentando-se o enquadramento teórico da temática selecionada com o objetivo de deixar clara a relevância do estudo, bem como estimular a continuidade da investigação nesta área, numa perspetiva ainda mais inovadora.

Pela relevância e pertinência do tema para a prática de enfermagem, aprofundou-se a pesquisa através da análise detalhada de alguns artigos selecionados, a partir da pesquisa realizada em base de dados da *EBSCO*, com particular enfoque na *MEDLINE* e na *CINHAL Complete*.

### 2.1. Cuidados de saúde primários em Portugal

Nos últimos anos, os CSP em Portugal têm sido objeto de crescente atenção devido à sua importância inquestionável na promoção da saúde da população e na sustentabilidade do sistema de saúde.

Os CSP desempenham um papel fundamental no sistema de saúde. Estes são o pilar dos cuidados de saúde, uma vez que constituem o primeiro acesso das pessoas aos serviços de saúde, fornecendo cuidados acessíveis e abrangentes à população. Esta tipologia de cuidados assume, por excelência, a promoção da saúde e a prevenção da doença (Decreto-lei n.º 28/2008, 2008).

Os CSP em Portugal são fornecidos principalmente através dos centros de saúde, que são unidades de saúde de proximidade responsáveis por oferecer cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação à comunidade. Estes cuidados são financiados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). O acesso aos

CSP é universal e gratuito para todos os cidadãos portugueses, embora também existam opções de cuidados privados (Borges & Coelho, 2017).

A evolução dos CSP em Portugal nas últimas três décadas passou por diversas fases. Em 1971, foram criados os primeiros centros de saúde, conhecidos como centros de saúde de primeira geração, que se concentravam em atividades de saúde pública, incluindo vacinação, vigilância da saúde da mulher, da gestante e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras. Em 1983, esses centros de saúde foram integrados com os numerosos postos dos antigos serviços Médico-Sociais as chamadas "*caixas de previdência*" (Branco & Ramos, 2001).

Segundo os mesmos autores, essa fusão trouxe maior racionalidade administrativa, mas não melhorou as principais qualidades dos componentes integrados, como a acessibilidade a consultas e visitas domiciliares e a programação de atividades com objetivos de saúde. Em 1999, foi publicada a legislação dos "centros de saúde de terceira geração", surgindo após experiências práticas como os "*projetos Alfa*" e outras iniciativas similares, que se baseavam na filosofia de "*prática de grupo*" e tiveram início no regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral (Branco & Ramos, 2001).

Como foi descrito anteriormente, em Portugal, ao longo das últimas décadas, os CSP foram alvo de diversas reformas estruturais resultantes de alterações nas práticas de gestão, com o objetivo de responder às necessidades da população. Apostou-se na governação clínica com o objetivo de obter uma maior satisfação, através da melhoria da qualidade, participação e responsabilização de todos. Entre todas as reformas, destaca-se a reforma de 2005 que foi fundamental para permitir a quebra com o modelo hierarquizado tradicional de prestação de CSP aliando a tecnologia e o trabalho em articulação. A reforma possibilitou a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e a reorganização das restantes dimensões dos antigos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Segundo Biscaia e Heleno (2017) "*a reorganização dos CSP em 2005 foi uma das reformas mais bem-sucedidas dos serviços públicos*". O programa do XVII

Governo Constitucional destacou a importância dos CSP, aproximando-os mais das pessoas, já que estes são o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde. Para conduzir essa reforma, foi criada a "*Missão para os Cuidados de Saúde Primários*" (MCSP), que implementou inovações organizacionais e de remuneração baseadas em projetos experimentais anteriores (Pisco & Pinto, 2020). Em 2006, a MCSP definiu como principais objetivos melhorar a qualidade dos serviços de saúde, aumentar a acessibilidade e a satisfação tanto para os seus utilizadores como para os profissionais, melhorando as condições de trabalho e recompensando boas práticas de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Esses objetivos basearam-se em dois grandes marcos relevantes ainda nos dias de hoje, tais como: a criação das USF e a reestruturação dos ACES, que substituíram as Sub-Regiões de Saúde. O projeto das USF envolveu a formação de unidades funcionais compostas por equipas multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros e administrativos clínicos. Essas unidades possuem autonomia organizacional, funcional e técnica na prestação de cuidados de saúde individual e familiar, integradas em rede com outras unidades funcionais, organizadas em ACES.

O Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, revogado recentemente pelo Decreto-lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, define ACES como "*institutos públicos de saúde de regime especial integrados na administração indireta do Estado com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agregam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica*" (Decreto-lei n.º 52/2022, 2022, p.19). Os ACES, que estavam, até dezembro de 2023 integrados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) eram compostos por USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e outros serviços necessários, segundo avaliação da ARS. Cada uma das unidades referida era dotada de uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, mas trabalhando sempre em intercooperação com as restantes unidades e com o ACES. As unidades funcionais dos centros de saúde complementam-se entre si,

apresentando-se mais próximas, com maior qualidade nos seus cuidados e mais acessíveis às pessoas.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença com necessidade de acompanhamento multiprofissional mais próximo. Atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Nas USF modelo A e modelo B, bem como nas UCSP as equipas de saúde familiar desempenham um papel central na coordenação do cuidado e no acompanhamento das pessoas e das famílias (Borges & Coelho, 2017).

As USF apresentam, desde a sua constituição e segundo o Decreto-lei n.º 298/2007, um regime jurídico próprio, quanto à sua organização e funcionamento, assim como um regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem (Decreto-lei n.º 298/2007, 2007). Podem organizar-se em três modelos de desenvolvimento A, B e C, com diferentes níveis de autonomia e com correspondentes graus de partilha de risco e de retribuição monetária, conforme Despacho n.º 24101/2007, que se apresenta de seguida:

- O modelo A, em que a USF se encontra numa fase inicial de aperfeiçoamento do trabalho em equipa, com regras e remunerações definidas, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços paga em regime de trabalho extraordinário, bem como a possibilidade de incentivos institucionais a reverter para investir na USF;
- O modelo B, é um modelo organizacional mais exigente, proposto por equipas mais maduras, dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente. Abrange as USF do setor público e têm um regime retributivo especial para os médicos e incentivos financeiros para enfermeiros e administrativos clínicos. Tal como as USF modelo A, contratualizam indicadores relacionados com incentivos institucionais e uma eventual carteira adicional de serviços;

- O modelo C, trata-se de um modelo experimental, previsto nesta reorganização e tem caráter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, abrangendo USF dos setores social, cooperativo e privado (Despacho n.º 24101/2007, 2007; Tavares, 2019).

Neste momento, apenas existem USF modelo A e B.

Por outro lado, continuam a existir UF com o modelo de organização anterior, não em USF, mas em UCSP nos casos em que os profissionais não se encontrem dispostos ou não se possam organizar em USF, funcionando de forma verticalmente hierarquizada e com menos autonomia, semelhante ao modo de trabalho nos CSP antes da reforma de 2005.

A análise de diversos estudos revelou que a criação das USF e dos ACES, como parte da reforma dos CSP em 2005, representou um avanço significativo na melhoria da prestação de cuidados de saúde. As USF, especialmente as USF modelo B, foram capazes de fornecer à população cuidados com maior qualidade, continuidade, acessibilidade e satisfação dos utilizadores e dos profissionais, em comparação com os cuidados oferecidos pelas UCSP (Gonçalves, 2023; Silva & Nunes, 2023).

Apesar dos sucessos do sistema de saúde português, com as várias reformas instituídas, têm-se mantido alguns desafios, como a escassez de recursos, as desigualdades no acesso aos cuidados e a necessidade de fortalecer a atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde (Pisco, 2018). Como oportunidades de melhoria, Pisco (2018) destacou a implementação de modelos de cuidados integrados e centrados na pessoa, o uso de tecnologias de informação e comunicação para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados e o reforço da formação e valorização dos profissionais de saúde.

A contextualização do trabalho nos CSP em Portugal torna-se crucial para entender o ambiente em que os profissionais de saúde operam e os desafios enfrentados no sistema de saúde. Este processo está em constante transformação, sendo exemplo disso, a atual reforma em curso. Após a

publicação do Decreto-lei n.º 102/2023, os CSP passam por uma nova reorganização. Este decreto visa a reestruturação das entidades públicas empresariais integradas no SNS, adotando o modelo de ULS. Isso implicou a extinção das ARS, dos ACES e dos Centros Hospitalares (Decreto-lei n.º 102/2023, 2023).

Contudo, os CSP nas ULS enfrentam desafios semelhantes aos do sistema de saúde português em geral, como a escassez de recursos e a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados. No entanto, também têm sido implementadas várias inovações, como a introdução de novos modelos de prestação de cuidados, o reforço da integração entre os CSP e os cuidados hospitalares (CH) assim como a promoção de iniciativas no âmbito da saúde comunitária com o objetivo de melhorar a saúde da população (Borges et al., 2019). Os CSP estão hoje mais próximos e resolutivos. Todas as mudanças efetuadas nos últimos anos colaboraram indubitavelmente para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, com ganhos significativos, essencialmente ao nível do acesso e da qualidade (Ministério da Saúde, 2018).

Conforme descrito na notícia “*Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*”, disponível na página oficial do Governo, a partir de 1 de janeiro de 2024, o país ficou totalmente coberto por 39 ULS. Isso significou que, dentro de uma mesma entidade, foram integrados os cuidados de saúde prestados tanto pelos centros de saúde quanto pelos hospitais. Cada ULS reúne a organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, facilitando o acesso das pessoas e a sua circulação conforme as necessidades, entre centros de saúde e hospitais. As ULS reforçaram a promoção da saúde e a prevenção da doença (Governo Português, 2023).

Apesar de existir desde 1999 em Portugal 8 ULS em algumas regiões do país, foi em 2024 que se alargou este modelo organizativo dos cuidados de saúde a todo o território continental.

Nas ULS em Portugal, nos CSP é dado ênfase à prestação de cuidados acessíveis e abrangentes à população de uma determinada área geográfica. As ULS são estruturas integradas de saúde que combinam CSP, CH e outros

serviços de saúde numa única entidade. Nos CSP das ULS, os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar, incluindo médicos de família, enfermeiros, técnicos de saúde, entre outros, para fornecer cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação (Gonçalves, 2018).

Uma característica fundamental dos CSP nas ULS é a abordagem centrada na pessoa, que visa proporcionar cuidados personalizados e adaptados às necessidades individuais de cada uma. Isso inclui a promoção da participação ativa das pessoas nas decisões relacionadas com a sua saúde e o estabelecimento de uma relação de confiança com e entre os profissionais de saúde (Cabral et al., 2020).

A reforma organizativa do SNS através do alargamento a todo o território nacional das ULS, integra numa única gestão dos CH, os hospitais, os ACES e a Rede Nacional de Cuidados Continuados de uma determinada área geográfica.

Esta última iniciativa descrita pretende revigorar o SNS, exigindo adaptação, modernização, inovação no setor da saúde e articulação com vista a uma maior eficiência do sistema, exigindo-se que o mesmo seja capaz de assumir a prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo vital e no binómio saúde/doença, facilitando o percurso das pessoas na transição de cuidados (Silva & Nunes, 2023). Nesta perspetiva, a integração dos CSP e CH poderá resultar em processos de integração de cuidados de saúde com vantagens assinaláveis para a população e aumento da satisfação dos profissionais (Governo Português, 2023).

No âmbito desta reestruturação, os enfermeiros dos CSP, pelas suas competências e experiência serão uma mais-valia para assumir o processo de transição e integração de cuidados, bem como na articulação entre instituições.

### **2.1.1. Enfermagem nos cuidados de saúde primários**

Os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde quer no contexto nacional, como internacional. A enfermagem portuguesa fruto da sua

inovação e evolução dos últimos 20 anos é hoje mais do que nunca reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva.

A reforma dos CSP em Portugal, iniciada em 2005, com a estratégia de reconfiguração e reestruturação dos centros de saúde e implementação das USF, considerou o enfermeiro como um elemento central das equipas multiprofissionais (Decreto-lei n.º 298/2007, 2007).

Os enfermeiros nos CSP centram a sua atividade na promoção de estilos de vida saudáveis, dando particular importância à informação em saúde, ao contexto económico e social, ao desenvolvimento de conhecimentos sobre os determinantes da saúde de uma população. Procuram potenciar a saúde da pessoa no seu contexto familiar, sendo dinamizadores da união entre a família, de outros profissionais e dos recursos da comunidade (Mendes et al., 2017).

Os cuidados de enfermagem nos CSP desempenham um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e na prestação de cuidados contínuos e integrados à comunidade (Lapão & Pisco, 2019). Em Portugal, estes cuidados são fornecidos por enfermeiros que atuam nos centros de saúde, em USF, e outras estruturas de saúde comunitária, desenvolvendo diversas funções essenciais e desempenhando um papel vital no sistema de saúde. Face ao exposto, os cuidados de enfermagem nos CSP são de extrema importância para a prestação de cuidados atempados e universais, onde os enfermeiros são, muitas vezes, o primeiro contacto das pessoas com os serviços de saúde (Rabie et al, 2017).

Nos CSP os enfermeiros são fundamentais para garantir o acesso equitativo e universal aos cuidados de saúde. Eles atuam como um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde, promovendo um modelo de cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade. A sua abordagem holística, que considera os aspetos físicos, emocionais e sociais da saúde, é essencial para a promoção de um bem-estar abrangente e sustentável.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação, expansão e coordenação dos CSP. A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere, que pela sua

formação e desempenho, os enfermeiros prestam cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação da doença (OE, 2023). São responsáveis por uma ampla gama de atividades, incluindo consultas de enfermagem, gestão de doenças crônicas, cuidados preventivos e educação para a saúde, sendo as consultas de enfermagem fundamentais para monitorizar a saúde das pessoas, realizar avaliações de risco, planejar intervenções e fornecer apoio contínuo às famílias.

Abordam ainda, as necessidades de saúde de maneira holística, considerando os determinantes sociais da saúde e os aspetos físicos, mentais e sociais. Segundo a OE (2023) este enfoque abrangente é essencial para garantir cuidados de saúde completos e eficazes. Estes enfermeiros prestam cuidados desde a infância até à velhice quer em contexto ambulatorio, comunitário ou domiciliário. Trabalham integrados em programas ou projetos no centro de saúde, no domicílio ou em grupos institucionalizados da comunidade de influência da sua área geográfica. Prestam cuidados de forma articulada ou a título individual em grupos multidisciplinares e em algumas circunstâncias grupos setoriais, junto das pessoas, das famílias e de grupos populacionais específicos.

Os centros de saúde são a base dos CSP, onde os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e gestão de condições crônicas. Estes profissionais podem exercer funções em várias UF, destacando-se as USF e as UCC.

Nas USF, modelo inovador introduzido na reforma de 2005, os enfermeiros estão integrados em equipas multidisciplinares autogeridas que incluem médicos, enfermeiros e administrativos. Estas unidades oferecem um ambiente de trabalho colaborativo e flexível, promovendo a continuidade e a personalização dos cuidados.

As UCC são uma extensão importante dos CSP, focadas em cuidados integrados e de proximidade, especialmente para populações vulneráveis. Os enfermeiros nestas unidades trabalham em estreita colaboração com outros profissionais de saúde para oferecer cuidados domiciliários, suporte a cuidadores informais e programas de reabilitação e prevenção, conforme

legislado no Despacho n.º 10143/2009. Este ambiente permite uma abordagem mais holística e centrada na pessoa, abordando não apenas as necessidades clínicas, mas também os determinantes sociais da saúde (Despacho n.º 10143/2009, 2009).

Os cuidados domiciliários são uma componente vital dos CSP, permitindo que os enfermeiros prestem cuidados no ambiente familiar das pessoas. Este contexto é especialmente relevante para idosos, pessoas com mobilidade reduzida ou com doenças crónicas. Os enfermeiros desenvolvem planos de cuidados personalizados e fornecem educação e suporte contínuos às famílias e cuidadores (Coppetti et al., 2018).

Os cuidados de enfermagem nos CSP em Portugal são uma componente essencial para a prestação de serviços de saúde eficazes, acessíveis e contínuos.

A recente reforma do SNS, iniciada com o Decreto-lei n.º 102/2023, reestruturou significativamente a organização dos serviços de saúde. Nessa reestruturação abrangente, alinhada a todo o território nacional, as ULS integram cuidados prestados tanto nos CSP quanto nos hospitais, promovendo uma abordagem que se pretende mais coordenada e eficiente dos recursos humanos, materiais e financeiros. Acredita-se que com esta reforma o papel dos enfermeiros de CSP se expanda e que permita a integração mais eficaz de respostas na saúde com foco na prevenção e na gestão de cuidados de saúde, em particular de cuidados de enfermagem.

### **2.1.2. O enfermeiro gestor nos cuidados de saúde primários**

A gestão em enfermagem desempenha hoje, mais do que nunca, um papel fundamental para atingir metas cruciais como a qualidade, a eficiência e a eficácia, nos cuidados de saúde em Portugal.

A legislação relativa à carreira de enfermagem, vigorando atualmente o Decreto-lei n.º 71/2019, de 27 de maio, veio atualizar o regime legal da carreira especial de enfermagem, reconhecendo a importância da coordenação operacional das

equipas de enfermagem, na vertente da gestão de cuidados e na vertente da gestão das competências dos enfermeiros, aspetos centrais na organização da atividade de enfermagem, fundamentais para o bom funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde (Decreto-lei n.º 71/2019, 2019). O mesmo diploma previu assim nesta sequência a categoria de enfermeiro gestor.

Este define também o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro gestor que para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, integra no conteúdo funcional, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança (Decreto-lei n.º 71/2019).

A regulamentação em enfermagem norteia a prática de cuidados, assegura o cumprimento técnico, ético, legal e reflexivo inerente à profissão, constituindo um contributo essencial para a qualificação da profissão e dos ambientes de prática onde a mesma se desenvolve.

Os gestores em enfermagem podem desenvolver a sua atividade em dois domínios de competências, no domínio da gestão ou no domínio da assessoria e consultadoria, sendo que para cada um deles há uma exigência de competências acrescidas avançadas em gestão para assegurarem os objetivos das organizações onde decorre a sua atividade. Estas competências encontram-se citadas no Regulamento n.º 101/2015 de 10 março, onde se salienta:

- ✓ Gestão dos recursos humanos e materiais da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, grupos e comunidade;
- ✓ Gestão dos recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e a produtividade;
- ✓ Criação de condições para o trabalho cooperativo, de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na

unidade ou serviço, salvaguardando sempre a dignidade e autonomia do exercício profissional;

- ✓ Garantia de uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível;
- ✓ Implementação de processos de melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Promoção de cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde;
- ✓ Avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- ✓ Implementação de auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- ✓ Promoção do desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem;
- ✓ Promoção da formação pré e pós-graduada da enfermagem;
- ✓ Exercício de funções de assessoria técnica (OE, 2015).

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), os enfermeiros gestores são descritos como profissionais com qualificações técnicas e científicas capazes de responder de maneira precisa, eficiente e eficaz aos desafios das organizações e das pessoas, assegurando a qualidade dos cuidados em diversos níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação (APEGEL, 2021). A mesma associação refere que os enfermeiros gestores possuem competências que garantem a segurança nas organizações, incluindo práticas, dotações e conhecimentos que reforçam a segurança dos cuidados. Destaca-se o papel central desses enfermeiros na garantia da efetividade dos cuidados de proximidade, na liderança de projetos e na criação de condições para uma prática adequada.

Segundo o regulamento n.º 76/2018, são competências do enfermeiro gestor garantir a segurança da pessoa, da família e da comunidade de diferentes formas: na prática profissional, ética e legal, assegurando o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal, além de seguir as melhores práticas

profissionais; e na gestão de cuidados e serviços, onde deve antecipar e gerir recursos humanos, além de otimizar e promover o desenvolvimento de competências (OE, 2018).

Os enfermeiros gestores desempenham um papel crucial na garantia da qualidade dos cuidados de saúde oferecidos à população. Este facto não é questionável, exceto para aqueles que desconhecem o sistema ou não priorizam a efetividade na prestação de cuidados de saúde. Esses profissionais são essenciais para assegurar o bom funcionamento das unidades de saúde, incluindo a gestão de recursos humanos, logística, cuidados e condições ambientais necessárias (APEGEL, 2024).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN) 2022, a enfermagem neste século contará com enfermeiros que, tanto a nível internacional como nacional, possuirão conhecimentos, habilidades, estratégias e autoridade para gerir e liderar serviços de enfermagem e saúde. Eles serão agentes de mudança, contribuindo para um futuro mais saudável para toda a população. Em contraste, perante a atuação do Governo Português, está cada vez mais claro o pouco investimento na excelência da enfermagem em Portugal, o que é evidenciado por propostas inadequadas e sem qualificação.

O enfermeiro gestor, na sua prática clínica, seja em contexto hospitalar, nos CSP ou nos cuidados continuados e integrados, precisa entender a reforma do sistema de saúde e qual o seu impacto nos cuidados de enfermagem. Ele deve ser observador, pensar estrategicamente para planear adequadamente as respostas solicitadas, promovendo o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo mudanças, e valorizando a produção de cuidados de enfermagem (Freitas, 2018).

Desde o início do SNS, este grupo profissional tem assumido responsabilidades fundamentais na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. São exemplos disso: a nível macro, a alta taxa de cobertura vacinal no nosso país acompanhado da redução da mortalidade infantil; e a nível organizacional, a liderança em projetos de melhoria contínua da qualidade, o papel central nas comissões de controlo de infeção e de saúde ocupacional, a seriedade dos

projetos anuais de formação, e a implementação de processos de avaliação de desempenho e sistemas de informação.

Podemos assim afirmar que a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente ligadas à qualidade da prática dos enfermeiros gestores, sendo que gestores competentes são fundamentais para garantir cuidados de alta qualidade (Oliveira, 2022). Estes, conforme referido anteriormente, assumem um papel particularmente importante, na promoção de cuidados em ambientes saudáveis e seguros, qualquer que seja a unidade ou estabelecimento de prestação de cuidados de saúde (Lima & Santos, 2019; OE, 2015).

Nos CSP, o enfermeiro gestor pode ser responsável por todas ou algumas unidades funcionais. A nova organização dos CSP e o aumento de vagas a concurso para enfermeiros com essa categoria, alterou o papel tradicional dos enfermeiros gestores nos centros de saúde, gerando desafios na execução plena das suas competências e na gestão dos cuidados de enfermagem.

Contudo, o enfermeiro gestor, detém experiência profissional de gestão nos cuidados de saúde primários, com evidências quantificáveis demonstradas no índice de desempenho global das unidades funcionais, quer na gestão de processos assistenciais, organizacionais e de suporte, governação clínica e gestão eficaz de recursos materiais e humanos (Ministério da Saúde, 2024).

Destaca-se ainda o seu papel na melhoria contínua da qualidade e da segurança, competências em áreas diferenciadas e avançadas como supervisão clínica, prevenção e controlo de infeção, articulação e continuidade de cuidados, gestão do risco clínico e não clínico, reprocessamento de dispositivos, em viabilidade tecidular e feridas, entre outras.

A recente reorganização dos cuidados de saúde, através da criação e alargamento a todo o país das ULS, pretendeu essencialmente facilitar o percurso da pessoa no SNS, o aumento da acessibilidade através da articulação mais eficaz entre as instituições. Para tal, presume-se a necessidade de

conjugação de sinergias de todos os grupos profissionais, para o sucesso desta reorganização salientando-se o papel dos enfermeiros gestores dos CSP.

O exercício de funções de gestão desempenhadas por enfermeiros gestores é determinante para fomentar a qualidade e a segurança do exercício profissional dos enfermeiros, tornando-se componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (Silva & Ferreira, 2021). Estes profissionais são um recurso a ter em consideração para a prossecução dos objetivos do SNS e para a obtenção de ganhos efetivos para a população.

## **2.2. Ambientes de prática de enfermagem**

O ambiente de trabalho desempenha um papel importante nos resultados obtidos em relação às pessoas cuidadas, aos profissionais e às organizações.

De acordo com a evidência científica, um ambiente favorável tem impacto significativo nos níveis de qualidade dos serviços, na segurança dos cuidados prestados, no bem-estar das pessoas e dos profissionais, na qualidade e na produtividade (Mabona, 2022).

Vários estudos internacionais abordam as questões relacionadas com os ambientes de prática profissional de enfermagem, assim como quais os efeitos dos mesmos para os profissionais e para as pessoas alvo dos cuidados.

O estudo desenvolvido por Abraham et al. (2021) em ambientes de prática de cuidados primários, procurou avaliar o esgotamento entre os enfermeiros e investigar se o ambiente de prática de enfermagem estava associado a esse esgotamento. O estudo forneceu evidências de que ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários favoráveis têm o potencial de reduzir o esgotamento dos enfermeiros e que existe uma associação direta na qualidade dos cuidados prestados.

Mais recentemente, Alenazy et al. (2023), estudou a relação entre a perceção do ambiente de prática de enfermagem, a satisfação no trabalho e a intenção de abandonar um serviço de terapia intensiva na Arábia Saudita. Concluiu que

manter um ambiente de trabalho saudável e níveis de satisfação no trabalho é fundamental para melhorar, recrutar e manter a equipa de enfermagem.

A nível nacional apenas nas últimas décadas se começou a estudar com maior profundidade o ambiente de prática profissional a nível hospitalar e, menos frequente, ao nível dos CSP (Callado, 2019).

Em 2020 a Organização Mundial de Saúde, no relatório sobre o estado da enfermagem no mundo, alertou para a necessidade de diferentes países proporcionarem um ambiente favorável à prática de enfermagem, por forma a atrair, reter e motivar os enfermeiros, sendo estes descritos como insubstituíveis para a saúde global das populações (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Definido por Lake (2002) como um conjunto de características do contexto do trabalho que facilitam ou dificultam a prática profissional dos enfermeiros, o ambiente de prática trata-se de um conceito abrangente, difícil de medir devido à sua complexidade, com a interferência de fatores determinantes para a qualidade dos cuidados e bem-estar dos profissionais. Neste sentido, torna-se importante a existência de instrumentos capazes de avaliar e monitorizar os ambientes de prática de enfermagem, especialmente adaptados à realidade dos serviços portugueses.

Em 2014 o estudo RN4Cast foi o primeiro, realizado em serviços hospitalares médico-cirúrgicos de adultos do setor público e privado de Portugal Continental e Regiões Autónomas (Jesus et al., 2015). O instrumento de colheita de dados usado no RN4Cast foi aplicado aos enfermeiros que exerciam funções nesses serviços e compreendeu um conjunto de instrumentos, de entre os quais, a escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), traduzida e adaptada para Portugal.

Os estudos foram evoluindo, e as especificidades do exercício profissional de enfermagem em cada país, bem como as condições de trabalho, foram exigindo a utilização de instrumentos mais específicos à realidade vivenciada. Nesse contexto, com base na revisão de literatura, em investigação primária anterior e no referencial de Donabedian, Ribeiro et al. (2021) desenvolveram e validaram

uma escala de avaliação dos ambientes de prática profissional de enfermagem, internacionalmente conhecida como *SEE-Nursing Practice*, constituída por três subescalas: Subescala Estrutura, Subescala Processo e Subescala Resultado. Essa estrutura da escala, além de permitir avaliar na globalidade os ambientes de prática, permite identificar as fragilidades e potencialidades no âmbito das componentes Estrutura, Processo e Resultado.

A componente Estrutura, refere-se aos fatores organizacionais indispensáveis ao desenvolvimento do trabalho dos profissionais e as condições em que os cuidados de enfermagem são prestados; a componente Processo diz respeito aos fatores relacionados com o desempenho das atividades desde a concepção à prestação dos cuidados, tendo por base padrões bem definidos; e, por fim, a componente Resultado que compreende as mudanças desejáveis ou indesejáveis em relação aos cuidados prestados, às pessoas e aos enfermeiros (Ribeiro et al., 2021; Ribeiro et al., 2020a).

A *SEE-Nursing Practice*, além de permitir conhecer as fragilidades e potencialidades nos ambientes de prática, constitui uma ferramenta útil e inovadora para a definição de estratégias de melhoria dos ambientes de prática de enfermagem, o que efetivamente constitui um dos objetivos do estudo apresentado nesta dissertação.

Perante a identificação de atributos favoráveis identificados pela aplicação deste instrumento, percebe-se a importância de proporcionar melhores resultados para as pessoas, os profissionais e as instituições.

Em suma, ao falar sobre ambientes de prática de enfermagem é essencial destacar a sua importância, para identificar necessidades concretas, planejar de forma adequada e implementar intervenções baseadas em evidência. Tudo isto contribui para um ambiente de trabalho mais positivo, que beneficia não apenas os enfermeiros, mas também as pessoas receptoras de cuidados e a própria organização (Moreira et al., 2023).

### **2.2.1. Ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários: contributos do referencial de Donabedian**

Na área da enfermagem, as primeiras menções ao estudo do ambiente de trabalho datam da segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale se destacou como pioneira ao reconhecer e vincular a influência do ambiente na saúde e na recuperação das pessoas (Medeiros et al., 2015).

Os ambientes de prática de enfermagem nos CSP em Portugal são diversificados e multifacetados, refletindo a complexidade e a abrangência dos serviços prestados. Estes ambientes incluem centros de saúde, USF, UCC e cuidados domiciliários. Cada um destes contextos possui características e desafios únicos que influenciam a prática de enfermagem.

O referencial de Donabedian continua a ser amplamente utilizado para avaliar e melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 2005). Quando se aborda as três componentes que devem ser tidas em conta na avaliação dos ambientes de prática, contextualizando a realidade dos CSP pode definir-se o seguinte:

1. **Estrutura:** Reporta-se aos recursos físicos, humanos e organizacionais disponíveis nos ambientes de prática profissional nos CSP e que desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade (Starfield, 2008). Isso inclui instalações modernas, equipamentos adequados, pessoal bem treinado e políticas organizacionais eficazes.
2. **Processo:** Diz respeito às atividades e interações que ocorrem durante a prestação de CSP e que são cruciais para garantir uma assistência de qualidade (Starfield, 2008). Isso abrange desde a triagem inicial e o diagnóstico, até o tratamento e o acompanhamento da pessoa, exigindo uma comunicação eficaz entre a mesma e os profissionais de saúde, bem como uma coordenação adequada entre diferentes serviços e especialidades.
3. **Resultado:** Refere-se aos efeitos das intervenções de saúde nas pessoas e na comunidade, ou seja, os indicadores finais da eficácia dessas intervenções nos CSP (Starfield, 2008). Isso inclui não apenas a melhoria da

saúde das populações, mas também a satisfação, a eficiência dos serviços e a prevenção de complicações e doenças.

Tendo por base o referencial de Donabedian na análise dos ambientes de prática profissional nos CSP, os profissionais de saúde podem identificar áreas de melhoria e implementar intervenções para garantir cuidados de alta qualidade (Starfield, 2008). Isso pode incluir a implementação de novas tecnologias, a atualização de políticas e procedimentos, o desenvolvimento de programas de treino para a equipa de saúde e a adoção de práticas baseadas em evidências. Esta abordagem holística visa promover melhores resultados em saúde para as pessoas e comunidades atendidas.

Isso envolve não apenas a presença de recursos físicos e humanos adequados, mas também a implementação de processos eficazes para garantir que as pessoas sejam avaliadas, diagnosticadas e tratadas de maneira oportuna e eficiente.

Além disso, os ambientes de prática profissional nos CSP devem ser capazes de proporcionar uma experiência positiva, incluindo uma comunicação clara e empática por parte dos profissionais de saúde, o respeito à autonomia e às preferências das pessoas, e a coordenação efetiva do cuidado entre diferentes membros da equipa de saúde (OE, 2015).

Contudo, os ambientes de prática de enfermagem nos CSP enfrentam ainda vários desafios, incluindo a necessidade de recursos adequados, formação contínua e apoio organizacional, maior motivação e satisfação profissional. A satisfação profissional dos enfermeiros está frequentemente ligada à qualidade do ambiente de trabalho, ao suporte recebido e às oportunidades de desenvolvimento profissional (Benardino, 2018).

De facto, embora a qualidade dos ambientes de prática seja crucial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, também é fundamental para o bem-estar dos profissionais. A recente reestruturação dos CSP, integrados nas ULS, pretende melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços, oferecendo um ambiente mais integrado e colaborativo para a prática de enfermagem.

### **2.2.2. O papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes de prática de enfermagem positivos nos CSP**

Em qualquer organização, as pessoas são o único recurso vivo e dinâmico. Elas são o núcleo das operações, caracterizadas pela sua diversidade, flexibilidade e capacidade de crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, é crucial ver as pessoas não como um custo, mas como o capital estratégico mais valioso da organização (Chora & Chora, 2023).

Os mesmos atores referem que nos contextos organizacionais cada vez mais complexos, imprevisíveis e repletos de dilemas e desafios, torna-se necessário a presença de novos modelos de liderança, e não só e apenas líderes. Por seu lado, os mesmos necessitam de acompanhar estes desafios e serem envolvidos e comprometidos na sua própria transformação pessoal a fim de dar resposta às mudanças organizacionais.

Este aspeto tem particular relevância nos CSP, em que a reorganização de cuidados em USF, com autonomia organizativa, lançou um aparente vazio nas funções e nas competências do enfermeiro gestor neste modelo de cuidados. Contudo, no último ano, com a abertura de concursos nos CSP para a integração de mais enfermeiros gestores, assistimos a uma mudança de paradigma das organizações integradas em ULS. Acredita-se que o enfermeiro gestor venha a ter um papel revelador e com grande impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem, com significado considerável para a enfermagem e para as organizações de saúde.

Conforme referido em capítulos anteriores, o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor da OE (2015), define o enfermeiro gestor como “*o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem*” (Regulamento n.º 101/2015, p. 5949). Refere ainda que, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados, 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” (Regulamento n.º 101/2015, p. 5949). É ainda reconhecido como “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” (Regulamento n.º 101/2015, p. 5949). Destaca-se ainda, a sua intervenção no estímulo ao trabalho colaborativo entre os membros da equipa multiprofissional, a gestão de riscos, a garantia de prática fundamentada em evidências, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a realização de auditorias.

Na literatura destaca-se também, que os enfermeiros gestores têm impacto no ambiente organizacional através do desenvolvimento de uma liderança efetiva, com um adequado estabelecimento de apoio e suporte profissional. É importante que o enfermeiro gestor conheça os enfermeiros da equipa e essencialmente as perceções dos mesmos sobre as condições de trabalho, os níveis de *stress* a que diariamente estão sujeitos e quais os pontos de melhoria a ter em consideração (Roxo & Gonçalves, 2016).

A liderança eficaz e autêntica tem sido tema de muitos estudos na área da gestão em enfermagem, sendo considerada como condição essencial para o alcance de ambientes de trabalho saudáveis, desenvolvimento da profissão e na definição de políticas que orientem e guiem a mesma, principalmente em tempos desafiantes e de mudança. Neste sentido, alguns estudos apontam para o estilo de liderança transformacional a fim de proporcionar aos enfermeiros ambientes de trabalho com mais acesso a informação, mais oportunidades de aprendizagem e crescimento profissional e essencialmente mais oportunidades de comunicação (Carvalho & Lucas, 2020).

Na verdade, a capacidade para comunicar de forma aberta e honesta, característica deste estilo atual de liderança, permite ao enfermeiro gestor dar resposta às necessidades da equipa, promovendo, por um lado, a autonomia da mesma e, por outro, a tomada de decisão dos enfermeiros em situações problemáticas.

Neste enquadramento, outro aspeto a ter em conta é o estabelecimento de relação de confiança entre o gestor e os enfermeiros da equipa a fim de melhorar o trabalho em equipa, que na perspetiva de Anunciada & Lucas (2021) é vital na promoção de ambientes de trabalho saudáveis.

Além da comunicação eficaz e do trabalho em equipa, torna-se importante que o enfermeiro gestor reconheça e valorize o trabalho dos enfermeiros (Donley, 2021). Encorajar, reconhecer, apoiar e motivar é muito exigente, mas os efeitos positivos nos ambientes de prática de enfermagem são inquestionáveis.

Ainda neste contexto, é essencial que os enfermeiros gestores criem estruturas e definam estratégias para que os enfermeiros possam aplicar na prática as suas competências, o que irá certamente culminar em melhores resultados. Devem também fazer esforços para que na instituição esteja bem definido e clarificado o papel dos enfermeiros e que fomentem a relação com este grupo profissional, através de mecanismos eficazes de comunicação e transmissão de informação (Callado, 2019).

Devem ainda fazer por integrar estes profissionais nas comissões e departamentos existentes como forma de os envolver na tomada de decisão, criar estruturas que promovam o suporte da enfermagem, estimulando a aplicação do seu conhecimento e das suas competências.

Por outro lado, os enfermeiros gestores devem reforçar a importância da existência de um ambiente de prática favorável nos CSP, a fim de potenciar e promover a contratação e retenção dos profissionais para esta modalidade de cuidados (Callado, 2019).

Ainda que todas estas estratégias e fatores sejam elementos fulcrais e capazes de serem trabalhados e aplicados pelos enfermeiros gestores a promoção de ambientes de prática de enfermagem positivos requer uma abordagem centrada em várias dimensões contempladas na escala de avaliação dos ambientes de prática profissional de enfermagem (Ribeiro et al., 2021), cuja versão curta foi validada em 2024 (Ribeiro et al., 2024).

Conhecer a realidade do ambiente de prática de enfermagem nos CSP é necessário e imprescindível, para que o gestor possa otimizar as suas competências, por forma a anular os fatores que possam contribuir negativamente para o desempenho da equipa (Callado, 2019). A escala torna-se uma ferramenta facilitadora de monitorização contínua a ser utilizada pelos enfermeiros gestores nos seus contextos de prática, em especial nos CSP, carentes de estudos nesta área.

O diagnóstico situacional, por parte dos profissionais e por parte do enfermeiro gestor, é essencial na implementação de medidas e ações de melhoria nos ambientes, com vista a torná-los mais positivos para as pessoas, os profissionais e as instituições (Ribeiro et al., 2023). Nesta perspetiva, quando falamos de gestão em enfermagem, a monitorização dos ambientes de prática surge como uma oportunidade única para melhorar a qualidade dos cuidados e o bem-estar dos profissionais.

Conforme regulado e descrito, o exercício de funções de gestão por enfermeiros nos CSP é determinante para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados, assim como para a promoção de ambientes de prática de enfermagem mais saudáveis. Segundo a APEGEL, a excelência e segurança dos cuidados oferecidos às pessoas estão intrinsecamente ligadas à competência dos enfermeiros na gestão (APEGEL, 2015).

Embora nem sempre seja possível intervir e melhorar muitos dos aspetos e condicionantes menos favoráveis dos ambientes de prática de enfermagem, como são exemplo a melhoria na remuneração e o maior reconhecimento da carreira, o enfermeiro gestor pode e deve fazer a diferença no apoio da equipa, na motivação da mesma, contribuindo para o bem-estar dos enfermeiros e maior compromisso destes com a profissão (Ribeiro et al., 2023). Este assume ainda um papel de destaque na articulação entre os profissionais, entre os vários elementos da equipa e em especial entre as diferentes unidades de saúde e instituições de prestação de cuidados.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

A investigação em enfermagem é indispensável para gerar novos conhecimentos, avaliar a prática e criar evidência que sirva de base teórica para o ensino, a prática, a investigação e a gestão em enfermagem (Néné & Sequeira, 2022).

Neste capítulo serão descritas as opções metodológicas realizadas no estudo, com vista a responder de forma válida à questão de partida. Compreende um conjunto de procedimentos sistematizados, rigorosos de produção de conhecimento novo, com a função de predizer, descrever e explicar o mesmo (Fortin, 2009; Freixo, 2018).

Conforme mencionado por Oliveira (2018), o investigador determina os métodos que serão utilizados para obter as respostas às perguntas de investigação formuladas, define a população-alvo e a amostra, seleciona o instrumento mais adequado para a recolha de dados, os procedimentos de análise dos dados assim como as considerações éticas.

#### **3.1. Problemática em estudo**

Um problema de investigação é uma situação que requer uma solução, melhoria ou modificação (Freixo, 2018). Dessa forma, a investigação científica é desenvolvida com o objetivo de obter uma resposta imparcial, rigorosa e fidedigna para uma determinada problemática.

A escolha do tema para o desenvolvimento do presente estudo partiu do interesse pessoal em conhecer mais sobre a realidade e as características dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, nomeadamente, qual a perceção dos enfermeiros gestores ou em funções de gestão, sobre esses ambientes.

Em Portugal existem ainda lacunas na investigação no âmbito dos CSP e em especial nos ambientes de prática profissional, tornando-se necessário o desenvolvimento de estudos de forma a identificar e colmatar necessidades emergentes bem como potenciar a melhoria dos aspetos positivos já existentes.

Os CSP nas últimas décadas sofreram várias reformas estruturais e têm sido objeto de análise e supervisão por parte de algumas entidades auditoras e reguladoras ao longo dos anos. O bom funcionamento deste nível de cuidados tem impacto na acessibilidade das pessoas e na eficiência e eficácia do sistema de saúde global.

Por outro lado, os ambientes de prática profissional na saúde, fruto da evolução tecnológica e da reestruturação dos cuidados, bem como da exigência e complexidade das pessoas levaram a novas exigências.

A existência de ambientes de prática profissional favorável é determinante não só para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, mas também para o bem-estar dos profissionais. Os ambientes de prática de enfermagem favoráveis são apontados como preditores de inúmeros fatores organizacionais positivos e de ganhos em saúde.

Em linha com o referencial teórico de Avedis Donabedian (2005), a avaliação dos ambientes de prática profissional possui componentes centrais para a garantia da qualidade de cuidados de enfermagem, sendo eles, Estrutura, Processo e Resultado.

A Estrutura torna-se mais favorável à qualidade dos cuidados quando promove a gestão de pessoas, a liderança e as condições adequadas ao funcionamento do serviço. No mesmo sentido, quando envolve os enfermeiros na definição das políticas, na estratégia e no funcionamento da instituição e quando esta possui uma política institucional para qualificação dos profissionais e dos cuidados (Ribeiro et al., 2021).

O Processo sofre influências do trabalho colaborativo e em equipa, e está diretamente dependente de estratégias para garantia da qualidade dos cuidados, do planeamento e avaliação das práticas dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2021).

Por fim, os Resultados são positivamente favorecidos pela avaliação sistemática, pelo uso de indicadores sensíveis de enfermagem, e pelo acompanhamento regular do desempenho e supervisão dos membros da equipa de enfermagem no ambiente de prática (Ribeiro et al., 2021).

No seguimento do referido, a utilização da escala de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem, versão curta, ao avaliar todas as dimensões referidas, permitirá identificar áreas fortes e frágeis, que justificam a definição e implementação de estratégias de melhoria (Ribeiro et al., 2024).

Perante ambientes desafiadores o enfermeiro gestor é convidado a gerir equipas culturalmente diversas. Diariamente, nos ambientes de prática de enfermagem são colocadas questões que exigem enfermeiros gestores capazes de desenvolver ambientes de prática de enfermagem multiculturais favoráveis e de promover cuidados seguros. Para isso, existem evidências na literatura sobre intervenções e estratégias utilizadas pelo mesmo ao nível da organização, da unidade/serviço e do enfermeiro, promotoras desses ambientes (Teixeira et al., 2022).

O estudo e avaliação contínua permite ao enfermeiro gestor avaliar o desempenho, a satisfação de utilizadores e profissionais dos cuidados prestados pela sua equipa, ao considerar todos os fatores que influenciam esse exercício, alicerçando as suas decisões numa prática baseada na evidência.

### **3.2. Questão de investigação**

Todo trabalho científico deve começar com a formulação de algum tipo de problema ou questão. Segundo Sousa et al. (2018) a formulação da questão de investigação é uma das fases mais desafiadoras do desenvolvimento da pesquisa. A mesma deve expressar de forma mais precisa possível o que o investigador deseja saber e compreender. Ela constitui a base de todo o percurso da investigação e orienta a pesquisa para a obtenção de resultados adequados.

Partindo da definição enunciada e da relevância em conhecer a realidade dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, para a realização deste estudo definiu-se como questão de partida: Como caracterizam os enfermeiros gestores os ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários?

### **3.3. Objetivo e finalidade do estudo**

O objetivo de um estudo é esclarecer a razão da investigação, sendo um enunciado que guia a pesquisa de acordo com o nível de conhecimento existente num campo específico. Ele define as principais variáveis, a população-alvo e o contexto do estudo (Vilelas, 2022).

Assim, definiu-se como objetivo geral para este estudo:

- Analisar as características dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, na perspetiva dos enfermeiros gestores.

Os objetivos específicos definidos foram:

- ✓ Analisar as características da componente Estrutura dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores;
- ✓ Analisar as características da componente Processo dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores;
- ✓ Analisar as características da componente Resultado dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores;
- ✓ Analisar a perceção dos enfermeiros gestores sobre estratégias de melhoria dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP.

O estudo teve como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, a partir do conhecimento da sua realidade e, conseqüentemente, melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros nesta área de prestação de cuidados, assim como, ajudar os enfermeiros gestores na melhoria das suas competências.

### **3.4. Tipo de estudo**

Para a concretização dos objetivos mencionados anteriormente, foi realizado um estudo descritivo, exploratório, integrado no paradigma quanti-qualitativo.

Os estudos descritivos procuram conhecer e descrever as características de determinados fenómenos ou de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer a relação entre as variáveis dessa população ou de uma

amostra (Vilelas, 2022).

Os estudos exploratórios visam oferecer uma maior familiarização com um determinado problema, no sentido de o explicar ou de facilitar a formulação de hipóteses (Vilelas, 2022). Segundo o mesmo autor a pesquisa exploratória visa conhecer as variáveis desconhecidas, necessárias a uma investigação mais específica de determinado fenómeno e população. Estes estudos pretendem dar uma visão geral e aproximada dos objetos de estudo.

Pela natureza do problema, a investigação realizada assentou na combinação do paradigma quantitativo e qualitativo. Esta opção proporcionou a evidência das diversas relações entre as variáveis em estudo, antecipando resultados exequíveis para a prática da gestão em enfermagem (Creswell & Creswell, 2021; Vilelas, 2022).

Na metodologia quantitativa, o investigador segue uma sequência de etapas ordenadas, visando a objetividade, predição, controlo e generalização (Fortin, 2009). Segundo Vilelas (2022), a abordagem quantitativa admite que tudo pode ser quantificável, ou seja, possível de traduzir as opiniões e informações em números, para se fazer a análise e classificação.

O paradigma qualitativo apresenta-se como a tentativa de compreender e explicar os significados e características dos objetos do estudo, realçando valores, crenças, opiniões e atitudes comportamentais de grupos, permitindo ao pesquisador a compreensão dos objetos estudados (Proetti, 2017). A interpretação dos fenómenos e a atribuição dos significados destes são essenciais e básicos neste processo de pesquisa (Vilelas, 2022). O objetivo principal é descrever um problema que ainda não é completamente conhecido, um relato de uma experiência ou atribuir um significado à mesma. É essencialmente focado em “o quê”, “como” e “porquê” (Fortin, 2009).

### 3.5. Variáveis em estudo

A variável é uma unidade fundamental de investigação, considerada qualquer quantidade ou qualidade de uma característica, que assume vários valores numéricos, podendo ser medida e enumerada (Mello & Guimarães, 2015).

No desenvolvimento do estudo foram consideradas variáveis de modo a alcançar os objetivos propostos. Nesse sentido, apresentam-se as mesmas descritas em quadros. No Quadro 1, a operacionalização das características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo. No Quadro 2, 3 e 4 respetivamente, a operacionalização das componentes Estrutura, Processo e Resultado dos ambientes de prática de enfermagem.

**Quadro 1 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais**

Variáveis	Descrição	Operacionalização
Sexo	Masculino; feminino	Sim/Não
Estado civil	Solteiro/a; Casado/a; União facto; Divorciado/a; Viúvo/a	Sim/Não
Idade		Anos completos
Grau académico	Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento	Sim/Não
Detentor de especialidade		Sim/Não
Área de especialidade	Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória; Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Familiar; Enfermagem Comunitária; Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	Sim/Não
Contexto de trabalho	Unidade de Cuidados Saúde Personalizados; Unidade Saúde Familiar – Modelo A; Unidade	Sim/Não

	Saúde Familiar – Modelo B; Unidade Cuidados na Comunidade; Unidade Saúde Pública; Outro	
Região do país onde trabalha	Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Alentejo; Algarve; Açores; Madeira	Sim/Não
Condição em que exerce a profissão	Enfermeiro Gestor Enfermeiro em Funções de Gestão	Sim/Não
Tempo de exercício na profissão		Anos completos
Tempo de exercício profissional na atual unidade/serviço		Anos completos
Tempo de exercício profissional na área de gestão		Anos completos
Detentor de competências acrescidas		Sim/Não

No âmbito das variáveis relativas aos ambientes de prática de enfermagem, apresentamos nos Quadros 2, 3 e 4, a respetiva operacionalização, importa referir que o indicador oscila entre o ponto 1 a 5, em que 1 corresponde a *nunca*, 2 *raramente*, 3 *às vezes*, 4 *muitas vezes* e 5 *sempre*.

No Quadro 2, apresenta-se a operacionalização da componente Estrutura dos ambientes de prática profissional de enfermagem.

**Quadro 2 – Operacionalização da variável: componente Estrutura dos ambientes de prática de enfermagem**

Componente	Dimensão	Indicador
<b>Políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros</b>		
<b>Estrutura</b>	Na instituição os enfermeiros são auscultados para a seleção de materiais e equipamentos.	<b>1 a 5</b>
	Na instituição os processos de comunicação entre os membros da gestão de topo, da gestão intermédia e os profissionais são efetivos.	<b>1 a 5</b>
	Na instituição os processos de comunicação entre os membros da gestão de topo, da gestão intermédia e os profissionais são efetivos.	<b>1 a 5</b>
	A instituição tem uma política de incentivo à inovação e à investigação em enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	A instituição promove a participação dos enfermeiros em comissões/grupos de trabalho no âmbito da melhoria contínua da qualidade.	<b>1 a 5</b>
	A instituição define uma cultura de segurança dos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>

	A instituição apresenta estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	A política de formação institucional considera as necessidades formativas dos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	A instituição reconhece a formação pós-graduada dos enfermeiros (especialidade, pós-graduação, mestrado, doutoramento).	<b>1 a 5</b>
	A instituição define uma cultura de segurança dos clientes.	<b>1 a 5</b>
<b>Gestão de pessoas e liderança no serviço</b>		
<b>Estrutura</b>	Enquanto enfermeiro gestor orienta os enfermeiros numa atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	Enquanto enfermeiro gestor apoia os enfermeiros da equipa nas dificuldades que emergem no dia-a-dia, mesmo quando em conflito com outros profissionais.	<b>1 a 5</b>
	Enquanto enfermeiro gestor valoriza a opinião e as ideias inovadoras dos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	Enquanto enfermeiro gestor garante equidade nos horários de trabalho e flexibilidade para alterações nos mesmos.	<b>1 a 5</b>
	Enquanto enfermeiro gestor potencia o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lidera.	<b>1 a 5</b>
	Enquanto enfermeiro gestor enaltece o empenho dos enfermeiros da equipa em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.	<b>1 a 5</b>
	Enquanto enfermeiro gestor dá oportunidade para os enfermeiros participarem na elaboração e implementação do planeamento estratégico.	<b>1 a 5</b>
<b>Organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço</b>		
<b>Estrutura</b>	Na unidade/serviço a metodologia de trabalho de enfermagem é promotora da qualidade dos cuidados e garante práticas seguras.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço há condições para que os enfermeiros possam investir na formação relevante para a prática de enfermagem e para o seu desenvolvimento profissional.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço adota-se um plano de integração para os enfermeiros recém-admitidos.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço estão definidos os referenciais teóricos que devem orientar a prática profissional dos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço existem protocolos e procedimentos orientadores da prática de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço estão definidos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço, os projetos de melhoria contínua da qualidade têm em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
<b>Ambiente físico e condições para a prática de enfermagem</b>		
<b>Estrutura</b>	A unidade/serviço apresenta um rácio enfermeiro/clientes apropriado.	<b>1 a 5</b>
	Os materiais e equipamentos disponíveis na unidade/serviço e os processos de manutenção são apropriados.	<b>1 a 5</b>

	O espaço disponível na unidade/serviço é adequado às necessidades dos clientes.	<b>1 a 5</b>
	O ambiente físico é agradável e confortável para os enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	Na unidade/serviço a distribuição dos clientes pelos enfermeiros permite dar resposta a todas as necessidades de cuidados.	<b>1 a 5</b>

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

No quadro seguinte, apresenta-se a operacionalização da componente Processo dos ambientes de prática profissional de enfermagem (Quadro 3).

**Quadro 3 – Operacionalização da variável: componente Processo dos ambientes de prática de enfermagem**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Indicador</b>
<b>Práticas autónomas no exercício profissional</b>		
<b>Processo</b>	Os enfermeiros evidenciam preocupação em valorizar as intervenções autónomas.	<b>1 a 5</b>
	Os enfermeiros focam a sua atenção nas capacidades dos clientes, em detrimento de uma perspetiva centrada na sua substituição.	<b>1 a 5</b>
	Assistir os clientes nos processos de transição constitui o papel mais relevante dos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	Os enfermeiros adotam modelos assistenciais centrados nos clientes e, conseqüentemente, na individualização dos cuidados.	<b>1 a 5</b>
	Na avaliação inicial os enfermeiros colhem, de forma rigorosa, os dados relevantes para a conceção de cuidados de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	Os enfermeiros promovem o envolvimento dos clientes no planeamento dos cuidados de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	Os enfermeiros agem em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional.	<b>1 a 5</b>
	Os enfermeiros empenham-se em sustentar a sua prática profissional na melhor evidência científica.	<b>1 a 5</b>
<b>Práticas colaborativas e continuidade de cuidados</b>		
<b>Processo</b>	Os planos de cuidados de todos os clientes são sistematicamente atualizados pelos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	A comunicação entre os membros da equipa é precisa e garante o planeamento adequado dos cuidados.	<b>1 a 5</b>
	As relações de colaboração entre os diferentes membros da equipa, permitem garantir a continuidade de cuidados.	<b>1 a 5</b>
	Os enfermeiros avaliam os resultados das intervenções de enfermagem.	<b>1 a 5</b>
	As estratégias adotadas aquando da transmissão de informação entre os enfermeiros, são apropriadas para garantir a continuidade de cuidados.	<b>1 a 5</b>
	Na equipa de saúde, a prática profissional dos enfermeiros está sustentada em referenciais teóricos de enfermagem.	<b>1 a 5</b>

<b>Estratégias para garantia da qualidade e segurança dos cuidados</b>		
<b>Processo</b>	O sistema de informação em suporte eletrónico dá resposta às necessidades de documentação dos enfermeiros.	<b>1 a 5</b>
	No âmbito da equipa multiprofissional, há entre os diferentes profissionais compreensão e valorização das respetivas funções e responsabilidades em prol da qualidade e segurança dos cuidados.	<b>1 a 5</b>
	Existem na equipa momentos de partilha de conhecimento e experiências sobre a assistência aos clientes.	<b>1 a 5</b>
	Há reflexão sobre os indicadores, as auditorias e os processos avaliativos da assistência de enfermagem, de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.	<b>1 a 5</b>
	As notificações de não conformidades são efetuadas como estratégia de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.	<b>1 a 5</b>

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

Por último, o Quadro 4 demonstra a operacionalização da componente Resultado dos ambientes de prática profissional.

**Quadro 4 – Operacionalização da variável: componente Resultado dos ambientes de prática de enfermagem**

<b>Componente</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Indicador</b>
<b>Avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem</b>		
<b>Resultado</b>	A cultura de segurança é monitorizada de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	A qualidade dos cuidados de enfermagem é monitorizada de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	A satisfação dos clientes com os cuidados prestados é monitorizada de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	Os indicadores de prevenção de complicações são monitorizados de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	Os indicadores de ganhos em saúde são monitorizados de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	Os cuidados omissos (cuidados que ficam por realizar) são monitorizados de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	A satisfação profissional dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	A avaliação de desempenho dos enfermeiros é precisa e rigorosa, sendo reveladora do seu real desempenho.	<b>1 a 5</b>
<b>Sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros</b>		
<b>Resultado</b>	O absentismo dos enfermeiros é monitorizado de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	Os acidentes de trabalho dos enfermeiros são monitorizados de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>
	A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	<b>1 a 5</b>

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 - sempre

### 3.6. População e amostra

A população alvo de um estudo envolve um conjunto de indivíduos ou pessoas, que detêm características semelhantes, de modo a se puder generalizar os resultados obtidos na investigação (Coutinho, 2016; Mello & Guimarães, 2015).

A população-alvo inclui os elementos que atendem aos critérios de seleção e sobre os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Nos processos de investigação, considera-se a amostra, o número de participantes representativos dessa população alvo (Fortin, 2009; Vilelas, 2022). É vista como um subconjunto, uma fração escolhida das observações que compõem a população, permitindo inferir sobre as características dessa população.

A população alvo deste estudo foram os enfermeiros gestores ou enfermeiros em funções de gestão dos CSP das várias regiões de Portugal: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Algarve, Açores e Madeira.

Para seleccionar os participantes foi usada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Este método de seleção de amostras, utilizado em pesquisas e estudos estatísticos baseia-se na escolha dos participantes de maneira mais fácil ou acessível para o pesquisador, em vez de seguir um processo aleatório ou estruturado de seleção (Vilelas, 2022). Dessa forma, a escolha das pessoas acontece com base na disponibilidade, acessibilidade ou conveniência, tornando este método mais prático e rápido para o investigador.

De modo a aceder a participantes - enfermeiros gestores ou em funções de gestão - das várias regiões do país, foram convidados a participar da pesquisa através de *email*, os enfermeiros gestores ou em funções de gestão inscritos na APEGEL. Foram definidos como critérios de inclusão: ser enfermeiro gestor ou enfermeiro a exercer funções de gestão nos cuidados de saúde primários, há pelo menos, dois anos. E como critérios de exclusão: enfermeiros gestores ou enfermeiros a exercer funções de gestão que se encontrem de baixa médica ou de férias no período da colheita de dados.

No total, participaram no estudo 112 enfermeiros gestores dos CSP de Portugal Continental e Ilhas.

### **3.7. Instrumento de colheita de dados**

Para a realização de qualquer trabalho de investigação, a colheita de dados é essencial para a programação das ações necessárias à sua implementação.

Segundo Fortin (2009), a recolha de dados é um processo que envolve observações, medições e registo de informações, com o objetivo de obter dados dos participantes de uma investigação.

A colheita de dados foi realizada por meio de questionário eletrónico de autopreenchimento elaborado no *Office Forms* e estruturado em 3 partes conforme Anexo I.

A primeira parte apresenta questões relacionadas com dados sociodemográficos e profissionais dos participantes: sexo; estado civil; idade; grau académico; no caso de ser especialista – área de especialidade; contexto de trabalho; região de trabalho onde exerce funções; tempo de exercício profissional na profissão, na unidade/serviço e na área de gestão; no caso de ser detentor de competências acrescidas – qual a competência.

A segunda parte contém a versão curta da escala de avaliação dos ambientes de prática profissional de enfermagem, construída e validada para a população portuguesa (Ribeiro et al., 2023). Tal como referido no enquadramento teórico, esta escala designada internacionalmente pela sigla *SEE-Nursing Practice* (*Scale for the Environments Evaluation of Professional Nursing Practice*), é composta por três subescalas: a *SEE-Nursing Practice* – Estrutura, a *SEE-Nursing Practice* – Processo e a *SEE-Nursing Practice* – Resultado.

A *SEE-Nursing Practice* - Estrutura contempla 29 itens, distribuídos em 4 dimensões:

1 - Políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros (10 itens);

2 - Gestão de pessoas e liderança no serviço (7 itens);

3 - Organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço (7 itens);

4 - Ambiente físico e condições para a prática de enfermagem (5 itens).

A *SEE-Nursing Practice* - Processo é composta por 19 itens, divididos em 3 dimensões:

1 - Práticas autónomas no exercício profissional (8 itens);

2 - Práticas colaborativas e continuidade de cuidados (6 itens);

3 - Estratégias para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados (5 itens).

A *SEE-Nursing Practice* - Resultado inclui 11 itens divididos em 2 dimensões:

1 - Avaliação sistemática dos cuidados e dos indicadores de enfermagem (8 itens);

2 - Sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros (3 itens).

Na *SEE-Nursing Practice*, a resposta a cada item está pontuada numa escala tipo *Likert* com 5 opções, em que um corresponde a *nunca*, dois *raramente*, três *às vezes*, quatro *muitas vezes* e cinco *sempre* (Ribeiro et al., 2021).

Por fim, a terceira parte, pretendeu analisar a perceção dos enfermeiros gestores sobre as estratégias de melhoria dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, contemplando para tal duas questões abertas: “O que tornaria o seu ambiente profissional mais promotor da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos enfermeiros?”; “Qual o seu contributo para a promoção de ambientes de prática de enfermagem mais positivos?”.

O questionário, conforme referido, foi encaminhado por *email* e respondido eletronicamente pelos enfermeiros, com previsão de tempo estimado de 30 minutos, para responder à totalidade do instrumento de colheita de dados.

### **3.8. Procedimentos de colheita de dados**

Como referido no subcapítulo anterior, foi utilizado como instrumento de colheita de dados, um questionário de autopreenchimento, elaborado no *Office Forms* e enviado *online* por *email*.

De modo a operacionalizar o preenchimento do questionário foi solicitado ao presidente da APEGEL, que enviasse a hiperligação para preenchimento do mesmo, para os enfermeiros gestores ou a exercer funções de gestão, associados.

Os enfermeiros inscritos na APEGEL foram convidados a participar da pesquisa através do *email* existente na sua ficha de dados de sócio, com divulgação da hiperligação de acesso ao questionário *online*. No seguimento do mesmo, a investigadora explicou os objetivos do estudo, o instrumento de colheita de dados, o tempo estimado para respondê-lo e os aspetos de segurança e proteção dos dados

Os enfermeiros gestores tiveram oportunidade de aceder e responder ao questionário entre os meses de fevereiro a junho de 2024, sendo que após esse período, foi terminado o acesso à hiperligação do questionário.

### **3.9. Procedimento de análise de dados**

Num estudo de investigação “*o propósito da análise de dados, seja qual for o tipo de dado ou a tradição de pesquisa subjacente, é organizar, fornecer estrutura e obter significado dos dados*” (Polit & Beck, 2019, p. 505).

Para o tratamento dos dados quantitativos foi usado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0, tendo-se recorrido à estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e inferencial. Na análise dos resultados quantitativos relativos aos ambientes de prática de enfermagem, estabeleceu-se como critérios: pontuação média  $\leq 1,75$  – componente/dimensão do ambiente de prática pouco favorável à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros;  $>1,75$  e  $\leq 2,75$  – componente/dimensão do ambiente de prática moderadamente favorável à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros;  $>2,75$  e  $\leq 4,00$  – componente/dimensão do ambiente de prática favorável à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros e, por fim,  $>4,00$  – componente/dimensão do ambiente de prática muito favorável à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros.

Para avaliar a consistência interna da escala e subescalas foi calculado o coeficiente Alfa de *Cronbach*. No sentido de avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas e profissionais, nas componentes Estrutura, Processo e Resultado e na Escala Global, em primeiro lugar, testou-se a normalidade das subescalas Estrutura, Processo, Resultado e da Escala Global com os testes de *Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov)* e de *Shapiro-Wilk*.

Posteriormente, numa análise exploratória inicial, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* ou teste *t-Student* para testar se existiam diferenças na frequência média da Estrutura, Processo, Resultado e da Escala Global conforme as categorias das variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas, a sua associação com a frequência da Estrutura, Processo, Resultado e Escala Global foi testada recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman*.

Em seguida, ajustou-se um modelo de regressão linear múltipla, em que a variável dependente é a frequência média da Estrutura, Processo, Resultado e Escala Global e as independentes são as variáveis sociodemográficas e profissionais. Para a seleção das variáveis independentes, ensaiou-se uma seleção “*stepwise*”, uma seleção “*forward*” e uma seleção “*backward*” (valor-*p* de 5% e de 10% como critérios de entrada e de remoção respetivamente), tendo-se também efetuado, a partir do modelo completo, uma seleção através da remoção das variáveis cujos parâmetros estimados não eram estatisticamente significativos (a um nível de significância de 5%).

Os dados qualitativos, foram analisados por meio da análise temática de Bardin (2016) e com recurso ao *software* ATLAS.ti 23. Esta técnica de análise seguiu as etapas seguintes:

1. Colheita do corpus de análise (respostas dos participantes às questões abertas);
2. Pré-análise (leitura inicial das respostas para sistematizar as ideias iniciais e operacionalizá-las);
3. Categorização dos dados (leitura aprofundada do material de análise, procurando estabelecer categorias e/ou subcategorias);

4. Análise interpretativa (as categorias e subcategorias foram trabalhadas com base na literatura disponível (Bardin, 2016)).

### **3.10. Considerações éticas**

O investigador deve assumir uma conduta, ao longo de toda a investigação, respeitando sobretudo os valores absolutos da vida humana (OE, 2015).

Neste enquadramento, o estudo respeitou todos os preceitos éticos recomendados pelas normativas vigentes em Portugal, incluindo a aprovação pela Comissão de Ética da ESEP, obtendo parecer favorável, ADTE\_321/2023, explanado no Anexo II.

Previamente à recolha de dados foi esclarecido a cada participante os objetivos e a finalidade do estudo, a sua metodologia e assegurada a participação voluntária. Os mesmos foram ainda informados da possibilidade de desistência em qualquer momento, bem como garantida a confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados recolhidos, conforme se pode constatar no Anexo III.

Segundo Amado (2021), o respeito pela autonomia e autodeterminação das pessoas conduz ao estabelecimento de um consentimento, que consiste numa negociação estabelecida entre o investigador e os participantes sobre o que se espera de ambas as partes. Respeitando este princípio, todos os participantes que consentiram participar no estudo, assinaram o consentimento informado livre e esclarecido (Anexo IV), respeitando o seu direito pela dignidade humana e autodeterminação.

Foi ainda estabelecido que os achados seriam armazenados em computador da propriedade dos investigadores, pelo prazo de quatro anos. Somente os investigadores terão acesso ao armazenamento dos arquivos.

## 4. RESULTADOS

Uma vez descritas as opções metodológicas, neste capítulo, com base nos objetivos definidos, serão apresentados os resultados referentes às variáveis em estudo. Esses resultados serão explanados de seguida, em três etapas.

Na primeira etapa é efetuada a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros que constituem a amostra. Na segunda etapa, a caracterização dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, onde serão apresentados os resultados descritivos decorrentes da aplicação do instrumento *SEE-Nursing Practice*.

Na terceira etapa, será enunciada a análise temática das respostas às duas questões abertas.

Importa referir que a exposição dos resultados será feita através de tabelas e gráficos, antecedida de uma apresentação descritiva dos mesmos.

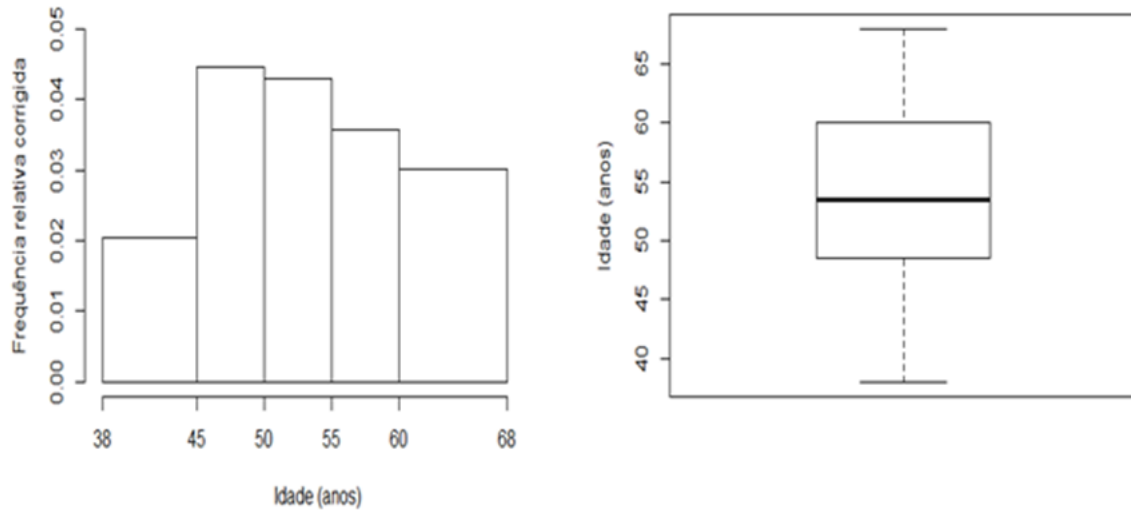
### 4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

A amostra é composta por 112 enfermeiros gestores ou em funções de gestão.

Relativamente ao perfil sociodemográfico e profissional, em relação ao **género**, verifica-se um predomínio de participantes do sexo feminino (n= 90 / 80,4%).

A **idade** mínima é de 38 anos, registando-se um grande aumento do número de enfermeiros a partir de 45 anos e ligeira diminuição desse número até à idade máxima de 68 anos, sendo este o único participante com idade superior a 65 anos. Do referido, podemos afirmar que, predominam os enfermeiros com idades superiores a 45 anos, destacando-se a faixa etária entre os 45 e 55 anos. A idade média é de 53,8 anos (DP=7,40), quase coincidente com a mediana, que é 53,5 anos. O primeiro quartil é 48,8 anos e o terceiro quartil 60 anos, o que mostra o predomínio dos enfermeiros com idades entre 45 e 60 anos. A concentração das idades neste intervalo conduz a uma baixa dispersão, refletida no coeficiente de

variação (apenas 13,8%) e na amplitude interquartis (apenas 11,2 anos) (Gráfico 1).



**Gráfico 1 – Representação da idade dos participantes**

Em relação ao **estado civil**, podemos verificar na Tabela 1 que, a maioria dos enfermeiros são casados ( $n=87 / 77,7\%$ ), seguindo-se os solteiros ( $n=11 / 9,8\%$ ), os divorciados ( $n=10 / 8,9\%$ ) e os viúvos ( $n=4 / 3,6\%$ ).

**Tabela 1 – Estado civil dos participantes**

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado/União de facto	87	77,7
Solteiro	11	9,8
Divorciado	10	8,9
Viúvo	4	3,6
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

No que respeita ao **grau académico** dos enfermeiros (Tabela 2), a licenciatura é largamente maioritária ( $n=58 / 51,8\%$ ), seguindo-se o mestrado ( $n=48 / 42,9\%$ ) e o doutoramento ( $n=6 / 5,4\%$ ).

**Tabela 2 – Grau académico dos participantes**

<b>Grau académico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Licenciatura	58	51,8
Mestrado	48	42,9
Doutoramento	6	5,4
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Nas áreas do mestrado verifica-se a existência de 17 áreas diferentes (Tabela 3), com destaque para o mestrado em enfermagem de reabilitação (n=8 / 17,0%), em enfermagem comunitária (n=7 / 14,8%), em direção e chefia de serviços de enfermagem (n=5 / 10,6%) e em ciências de enfermagem (n=5 / 10,6%). Um dos participantes com mestrado, não respondeu a esta questão.

Na área do doutoramento, destacam-se 3 áreas diferentes: bioética (n=2), ciências de enfermagem (n=1) e enfermagem (n=2). Um dos participantes não referiu a área.

**Tabela 3 – Áreas de mestrado dos participantes**

<b>Área de mestrado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermagem de Reabilitação	8	17,0
Enfermagem Comunitária	7	14,8
Ciências de Enfermagem	5	10,6
Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem	5	10,6
Gestão de Serviços de Saúde	4	8,5
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	3	6,4
Gestão em Enfermagem	2	4,3
Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica	2	4,3
Enfermagem	2	4,3
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica	2	4,3
Enfermagem de Saúde Familiar	1	2,1
Ética	1	2,1
Cuidados Continuados Integrados	1	2,1

Gestão e Avaliação das Tecnologias em Saúde	1	2,1
Gestão e Economia da Saúde	1	2,1
Cuidados Paliativos	1	2,1
Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária	1	2,1
<b>Total</b>	47	99,8

No que se refere ao facto de serem ou não detentores de **especialização** (Tabela 4) a quase totalidade dos participantes são especialistas (n=109 / 97,3%), existindo por isso um número muito reduzido de enfermeiros de cuidados gerais (n=3 / 2,7%).

**Tabela 4 – Condição profissional dos participantes em relação à especialização**

Condição Profissional	n	%
Enfermeiros especialistas	109	97,3
Enfermeiros	3	2,7
<b>Total</b>	112	100

Relativamente à **área de especialidade** verifica-se a predominância de 8 áreas de especialidade (Tabela 5), destacando-se a especialidade em enfermagem de reabilitação (n=30 / 27,5%), enfermagem comunitária (n=28 / 25,7%), enfermagem médico-cirúrgica (n=13 / 11,9%) e em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (n=11 / 10,1%).

**Tabela 5 – Áreas de especialidade dos participantes**

Área de especialidade	n	%
Enfermagem de Reabilitação	30	27,5
Enfermagem Comunitária	28	25,7
Enfermagem Médico-Cirúrgica	13	11,9
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	11	10,1
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	9	8,3
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	9	8,3

Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	8	7,3
Enfermagem de Saúde Familiar	1	0,9
<b>Total</b>	109	1,0

No que se refere ao **contexto de trabalho** apresentado na Tabela 6, predominam o exercício de funções em UCC (n= 66 / 58,9%), seguindo-se a USF – Modelo B (n=13 / 11,6%), a USF – Modelo A (n=10 / 8,9%), a UCSP e a USP (n=8 / 7,1% cada) e outro contexto (n=7 / 6,3%), especificado pelos participantes como atividade na direção de enfermagem).

**Tabela 6 – Contexto de trabalho dos participantes**

<b>Contexto de trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Unidade de Cuidados na Comunidade	66	58,9
Unidade de Saúde Familiar – Modelo B	13	11,6
Unidade de Saúde Familiar – Modelo A	10	8,9
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	8	7,1
Unidade de Saúde Pública	8	7,1
Outro	7	6,3
<b>Total</b>	112	100

No que se reporta à **região do país em que trabalham** os participantes (Tabela 7), predomina a região Norte (n=67 / 59,8%), seguindo-se a região Sul (n=17 / 15,2%), a região Centro e as Regiões Autónomas (n=14 / 12,5% cada). Refira-se que a região Sul é composta por Lisboa e Vale do Tejo (n=12 / 10,7%), o Alentejo (n=2 / 1,8%) e o Algarve (n=3 / 2,7%). As Regiões Autónomas são os Açores (n=9 / 8,0%) e a Madeira (n=5 / 4,5%).

**Tabela 7 – Região do país em que trabalham os participantes**

<b>Região do país em que trabalha</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Norte	67	59,8
Centro	14	12,5
Lisboa e Vale do Tejo	12	10,7
Alentejo	2	1,8
Algarve	3	2,7
Açores	9	8,0
Madeira	5	4,5
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Em relação à **condição em que exerce a profissão na área da gestão**, como se observa na Tabela 8, o número de enfermeiros gestores (n=58 / 51,8%) é apenas ligeiramente superior ao dos enfermeiros em funções de gestão (n=54 / 48,2%).

**Tabela 8 – Condição em que os participantes exercem a profissão na área da gestão**

<b>Condição em que exerce a profissão na área da gestão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermeiro gestor	58	51,8
Enfermeiro em funções de gestão	54	48,2
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

A maioria dos enfermeiros é detentor de competências acrescidas (n=79 / 70,5%) (Tabela 9), predominando a competência acrescida avançada em gestão (n=77). Importa referir que dos 79 participantes detentores de competências acrescidas, 55 (69,6%) têm apenas a competências avançada em gestão, destacando-se ainda participantes com a competência avançada em gestão e avançada em supervisão clínica cumulativamente (n=13 / 16,5%). O número de enfermeiros com outras competências é reduzido. É ainda de notar que um número considerável de enfermeiros tem mais do que uma competência (n=22 / 28,0%).

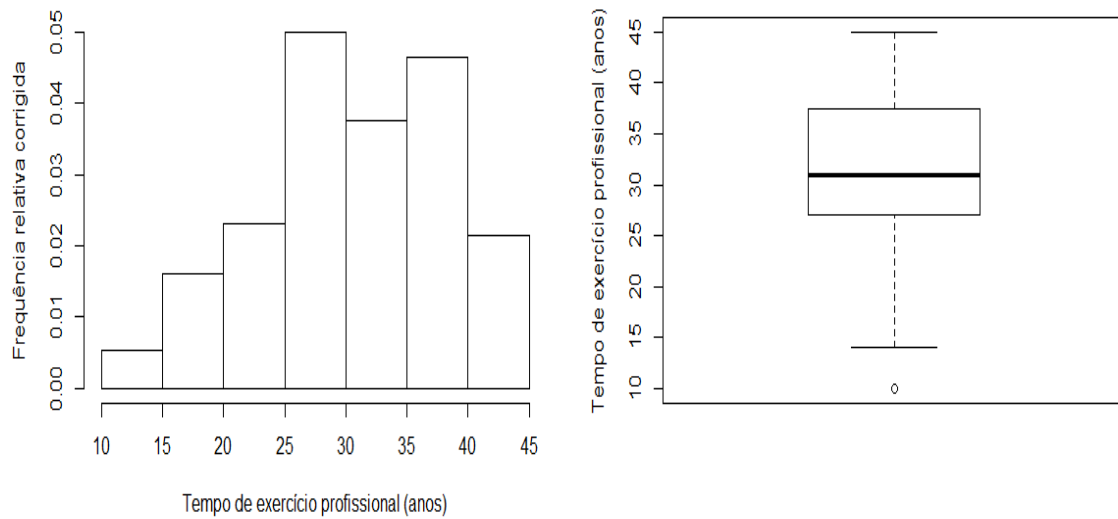
**Tabela 9 – Competências acrescidas dos participantes**

<b>Competências acrescidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Avançada em Gestão	55	69,6
Avançada em Gestão; Avançada em Supervisão Clínica	13	16,5
Avançada em Gestão; Diferenciada em Supervisão Clínica	4	5,1
Avançada em Gestão; Avançada em Supervisão Clínica; Diferenciada em Enfermagem em Prevenção e Controlo da Infecção	2	2,5
Avançada em Gestão; Avançada em Supervisão Clínica; Avançada em Psicoterapia	1	1,3
Avançada em Gestão; Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar	1	1,3
Avançada em Gestão; Avançada e Diferenciada em Supervisão Clínica	1	1,3
Diferenciada em Enfermagem do Trabalho	1	1,3
Diferenciada em Supervisão Clínica	1	1,3
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao **tempo de exercício profissional na profissão**, o mínimo é 10 anos, registando-se aumentos graduais do número de enfermeiros entre 10 e 20 anos (Gráfico 2).

Em resultado, predominam os tempos entre 25 e 40 anos, mas existe um número considerável de enfermeiros com tempos superiores, sendo o máximo de 45 anos. O tempo médio é de 31,3 anos (DP=7,50), quase coincidente com o tempo mediano, que é 31 anos; o primeiro quartil é 27 anos e o terceiro quartil é 37 anos, o que mostra o predomínio dos enfermeiros com tempos entre 25 e 40 anos.

Apesar deste predomínio, a existência de tempos muito inferiores e de alguns superiores leva a uma dispersão moderada, refletida no coeficiente de variação (23,8%) e na amplitude interquartis (10,3 anos).

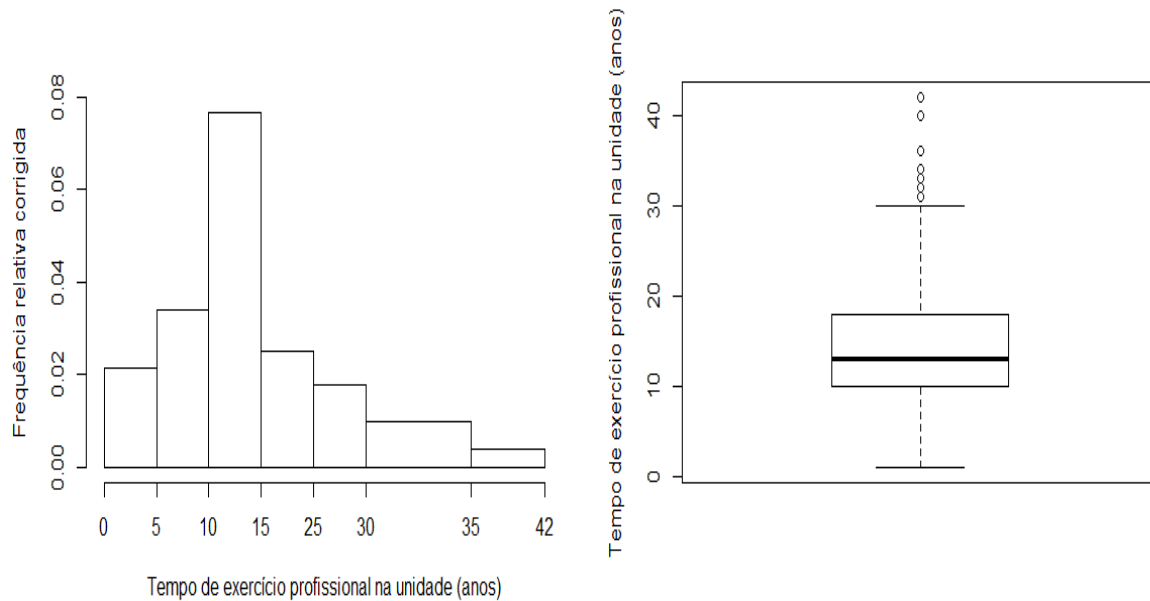


**Gráfico 2 – Representação do tempo de exercício profissional dos participantes**

Já em relação ao **tempo de exercício profissional na atual unidade/serviço**, o tempo mínimo é 1 ano, registando-se um forte aumento do número de enfermeiros com 10 anos, apesar de existir um número muito considerável de tempos inferiores (Gráfico 3).

Destaca-se a classe entre 10 e 15 anos, observando-se uma grande quebra do número de enfermeiros neste último tempo, com diminuições graduais para tempos superiores até ao máximo de 42 anos (note-se que existem apenas dois enfermeiros com tempo igual ou superior a 40 anos). O tempo médio é 15 anos (DP=8,5), superior ao mediano, que é 13 anos; o primeiro quartil é 10 anos e o terceiro quartil é 18 anos, o que mostra o predomínio dos enfermeiros com tempos entre 5 e 25 anos.

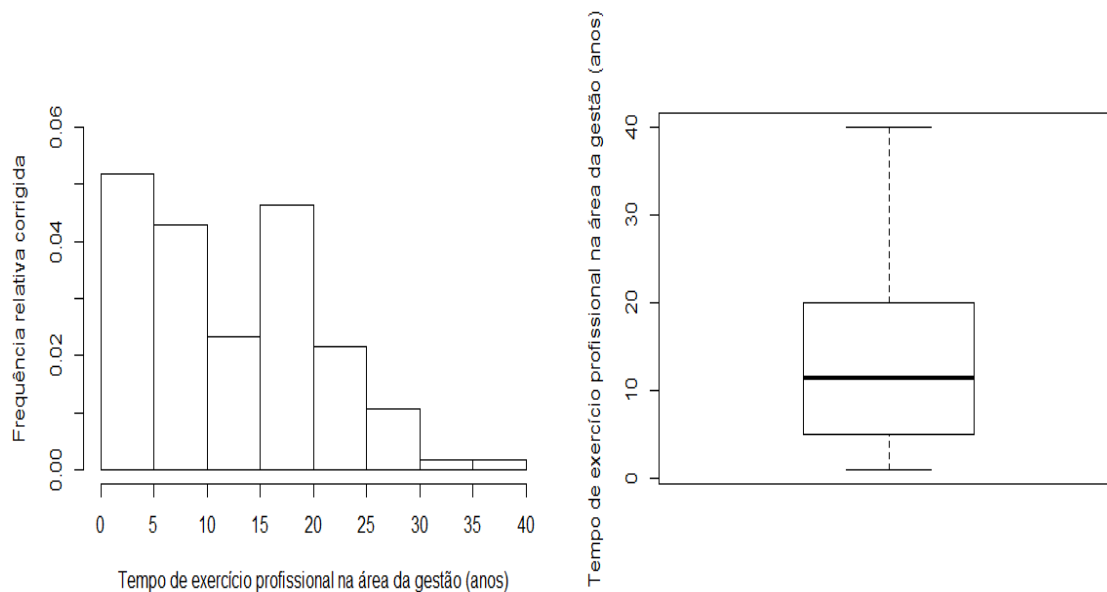
Apesar deste predomínio, a existência de tempos muito inferiores e muito superiores leva a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (56,7%) e na amplitude interquartis (15 anos).



**Gráfico 3 – Representação do tempo de exercício profissional na atual unidade/serviço dos participantes**

No **tempo de exercício profissional na área da gestão**, o mínimo é 1 ano, predominando fortemente os tempos mais baixos, até 10 anos e especialmente até 5 anos, embora exista um grande número de enfermeiros com tempos moderados (entre 10 e 20 anos). Note-se com efeito que existe um número muito substancial com tempos entre 15 e 20 anos. Neste último, regista-se uma grande quebra desse número, e nova quebra aos 25 anos, acima do qual existem poucos enfermeiros. Em consequência, o número de enfermeiros com 30 anos ou mais é muito baixo e só um tem 40 anos na área da gestão. O tempo médio é 13 anos ( $DP=8,6$ ), um pouco superior ao mediano, que é 11,5 anos; o primeiro quartil é 5 anos e o terceiro quartil é 20 anos, o que mostra o predomínio dos enfermeiros com tempos baixos e moderados de exercício profissional na área da gestão.

Apesar deste predomínio, a existência de tempos muito superiores leva a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (66,7%) e na amplitude interquartil (15 anos).



**Gráfico 4 – Representação do tempo de exercício profissional na área de gestão dos participantes**

Na Tabela 10 estão sintetizados os achados descritos relativos à caracterização do tempo de exercício dos participantes na profissão, na unidade /serviço e na área da gestão.

**Tabela 10 – Caracterização dos três tempos de exercício na profissão dos participantes**

<b>Coeficientes</b>	<b>Tempo na profissão</b>	<b>Tempo na unidade</b>	<b>Tempo na gestão</b>
Mínimo	10	1,0	1,0
Máximo	45	42,0	40,0
Média	31,30	15,0	13,0
1º Quartil	27,0	10,0	5,0
Mediana	31,0	13,0	11,5
3º Quartil	37,3	18,0	20,0
Amplitude interquartis	10,3	8,0	15,0
Desvio padrão	7,5	8,5	8,6
Coeficiente de variação (%)	23,8	56,7	66,1
Coeficiente de assimetria	-0,40	0,92	0,51

## 4.2. Caracterização dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP

Decorrente da aplicação da versão curta da escala de avaliação dos ambientes de prática profissional de enfermagem, os resultados que se seguem demonstram uma análise descritiva das componentes Estrutura, Processo e Resultado, bem como as respetivas dimensões estudadas.

Após a apresentação dos resultados relativamente a cada item, no que se reporta às dimensões, são apresentadas as médias, medianas, desvio padrão e amplitude interquartil (AIQ).

Importa referir que aquando da apresentação dos resultados em relação aos itens, para facilitar a leitura, as opções de resposta com percentagens mais elevadas de cada item estão marcadas a cinza claro, assim como a média mais alta e a mais baixa da dimensão, marcadas a azul claro.

### 4.2.1. Análise descritiva dos itens da componente estrutura dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP

No âmbito desta componente segue-se a apresentação dos resultados inerentes às respostas aos itens das 4 dimensões desta subescala.

No que se refere à dimensão **políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros** (Tabela 11), as respostas dos participantes aos itens centram-se maioritariamente na opção *muitas vezes*.

O item com maior média ( $\bar{X}= 3,75 / DP=0,94$ ) foi “ a instituição define uma cultura de segurança dos clientes”. Por outro lado, o que obteve menor média foi “a instituição apresenta estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros” ( $\bar{X}=2,31 / DP=1,10$ ).

**Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: políticas  
institucionais e envolvimento dos enfermeiros**

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	$\bar{X}$ (DP)
Na instituição os enfermeiros são auscultados para a seleção de materiais e equipamentos.	16 (14,3)	27 24,1	25 (22,3)	32 (28,6)	12 (10,7)	2,97 (1,24)
A instituição promove a participação dos enfermeiros na definição das políticas internas.	13 (11,6)	31 (27,7)	38 (33,9)	21 (18,8)	9 (8,0)	2,84 (1,11)
Na instituição os processos de comunicação entre os membros da gestão de topo, da gestão intermédia e os profissionais são efetivos.	5 (4,5)	16 (14,3)	48 (42,9)	36 (32,1)	7 (6,3)	3,21 (0,92)
A instituição tem uma política de incentivo à inovação e à investigação em enfermagem.	14 (12,5)	34 (30,4)	36 (32,1)	21 (18,8)	7 (6,3)	2,76 (1,09)
A instituição promove a participação dos enfermeiros em comissões/grupos de trabalho no âmbito da melhoria contínua da qualidade.	5 (4,5)	10 (8,9)	30 (26,8)	43 (38,4)	24 (21,4)	3,63 (1,06)
A instituição define uma cultura de segurança dos enfermeiros.	5 (4,5)	18 (16,1)	29 (25,9)	41 (36,6)	19 (17)	3,46 (1,09)
A instituição apresenta estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros.	30 (26,8)	38 (33,9)	27 (24,1)	13 (11,6)	4 (3,6)	2,31 (1,10)
A política de formação institucional considera as necessidades formativas dos enfermeiros.	4 (3,6)	14 (12,5)	25 (22,3)	41 (36,6)	28 (25,0)	3,67 (1,09)

A instituição reconhece a formação pós-graduada dos enfermeiros (especialidade, pós-graduação, mestrado, doutoramento).	7 (6,3)	25 (22,3)	25 (22,3)	34 (30,4)	21 (18,8)	3,33 (1,20)
A instituição define uma cultura de segurança dos clientes.	3 (2,7)	8 (7,1)	25 (22,3)	54 (48,2)	22 (19,6)	3,75 (0,94)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

Relativamente à segunda dimensão desta componente, **gestão de pessoas e liderança no serviço** (Tabela 12), as respostas dos enfermeiros aos itens centraram-se maioritariamente em respostas categorizadas com *sempre*.

A média mais elevada foi para o item “enquanto enfermeiro gestor valoriza a opinião e as ideias inovadoras dos enfermeiros” ( $\bar{X}$ =4,40 / DP=0,84), sendo o item “enquanto enfermeiro gestor dá oportunidade para os enfermeiros participarem na elaboração e implementação do planeamento estratégico” o que apresentou média mais baixa ( $\bar{X}$ =3,96 / DP=0,98).

**Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: gestão de pessoas e liderança no serviço**

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	$\bar{X}$ (DP)
Enquanto enfermeiro gestor orienta os enfermeiros numa atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	2 (1,8)	1 (0,9)	10 (8,9)	55 (49,1)	44 (39,3)	4,23 (0,79)
Enquanto enfermeiro gestor apoia os enfermeiros da equipa nas dificuldades que emergem no dia-a-dia, mesmo quando em conflito com outros profissionais.	2 (1,8)	2 (1,8)	11 (9,8)	48 (42,9)	49 (43,8)	4,25 (0,84)

Enquanto enfermeiro gestor valoriza a opinião e as ideias inovadoras dos enfermeiros.	2 (1,8)	1 (0,9)	11 (9,8)	34 (30,4)	64 (57,1)	4,40 (0,84)
Enquanto enfermeiro gestor garante equidade nos horários de trabalho e flexibilidade para alterações nos mesmos.	4 (3,6)	1 (0,9)	9 (8,0)	43 (38,4)	55 (49,1)	4,29 (0,92)
Enquanto enfermeiro gestor potencia o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lidera.	2 (1,8)	2 (1,8)	12 (10,7)	43 (38,4)	53 (47,3)	4,28 (0,86)
Enquanto enfermeiro gestor enaltece o empenho dos enfermeiros da equipa em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.	2 (1,8)	2 (1,8)	11 (9,8)	42 (37,5)	55 (49,1)	4,30 (0,86)
Enquanto enfermeiro gestor dá oportunidade para os enfermeiros participarem na elaboração e implementação do planeamento estratégico.	3 (2,7)	5 (4,5)	23 (20,5)	44 (39,3)	37 (33,0)	3,96 (0,98)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre  $\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

Relativamente à dimensão **organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço**, na Tabela 13 estão descritas as respostas dos enfermeiros aos itens que se concentraram predominantemente na opção *muitas vezes*.

O item que obteve a média mais elevada foi “na unidade/serviço adota-se um plano de integração para os enfermeiros recém-admitidos” ( $\bar{X}$ =4,15 / DP=0,93). Por outro lado, o que obteve a menor média foi “na unidade/serviço estão definidos os referenciais teóricos que devem orientar a prática profissional dos enfermeiros” ( $\bar{X}$ =3,56 / DP=1,06).

**Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço**

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	$\bar{X}$ (DP)
Na unidade/serviço a metodologia de trabalho de enfermagem é promotora da qualidade dos cuidados e garante práticas seguras.	2 (1,8)	3 (2,7)	25 (22,3)	42 (37,5)	40 (35,7)	4,03 (0,93)
Na unidade/serviço há condições para que os enfermeiros possam investir na formação relevante para a prática de enfermagem e para o seu desenvolvimento profissional.	3 (2,7)	4 (3,6)	26 (23,2)	51 (45,5)	28 (25,0)	3,87 (0,93)
Na unidade/serviço adota-se um plano de integração para os enfermeiros recém-admitidos.	2 (1,8)	3 (2,7)	20 (17,9)	38 (33,9)	49 (43,8)	4,15 (0,93)
Na unidade/serviço estão definidos os referenciais teóricos que devem orientar a prática profissional dos enfermeiros.	1 (0,9)	22 (19,6)	25 (22,3)	41 (36,6)	23 (20,5)	3,56 (1,06)
Na unidade/serviço existem protocolos e procedimentos orientadores da prática de enfermagem.	1 (0,9)	6 (5,4)	20 (17,9)	54 (48,2)	31 (27,7)	3,96 (0,87)
Na unidade/serviço estão definidos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.	2 (1,8)	5 (4,5)	20 (17,9)	55 (49,1)	30 (26,8)	3,95 (0,89)
Na unidade/serviço, os projetos de melhoria contínua da qualidade têm em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	0 (0)	4 (3,6)	24 (21,4)	51 (45,5)	33 (29,5)	4,01 (0,81)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

Na quarta e última dimensão desta subescala, **ambiente físico e condições para a prática de enfermagem** (Tabela 14), as opções de resposta aos itens mais frequentes foram às vezes e *muitas vezes*.

Nesta dimensão, a maior média apresentada verificou-se no item “na unidade/serviço a distribuição dos clientes pelos enfermeiros permite dar resposta a todas as necessidades de cuidados” ( $\bar{X}=3,53$  / DP=0,94), sendo o item “a unidade/serviço apresenta um rácio enfermeiro/clientes apropriado” o que obteve a menor média ( $\bar{X}=3,16$  / DP=1,01).

**Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: ambiente físico e condições para a prática de enfermagem**

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	$\bar{X}$ (DP)
A unidade/serviço apresenta um rácio enfermeiro/clientes apropriado.	7 (6,3)	21 (18,8)	38 (33,9)	39 (34,8)	7 (6,3)	3,16 (1,01)
Os materiais e equipamentos disponíveis na unidade/serviço e os processos de manutenção são apropriados.	2 (2,8)	11 (9,8)	47 (42,1)	41 (36,6)	11 (9,8)	3,43 (0,87)
O espaço disponível na unidade/serviço é adequado às necessidades dos clientes.	6 (5,4)	15 (3,4)	38 (33,9)	38 (33,9)	15 (13,4)	3,37 (1,05)
O ambiente físico é agradável e confortável para os enfermeiros.	6 (5,4)	8 (7,1)	51 (45,5)	35 (31,3)	12 (10,7)	3,35 (0,96)
Na unidade/serviço a distribuição dos clientes pelos enfermeiros permite dar resposta a todas as necessidades de cuidados.	2 (1,8)	12 (10,7)	40 (35,7)	41 (36,6)	17 (15,2)	3,53 (0,94)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

#### 4.2.2. Análise descritiva dos itens da componente Processo dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP

Em relação à subescala Processo, na dimensão **práticas autónomas no exercício profissional**, que se apresenta na Tabela 15, a opção  *muitas vezes* foi a mais frequente em todos os itens.

O item que obteve a maior média foi “os enfermeiros agem em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional” ( $\bar{X}=4,03$  /  $DP=0,84$ ), e o que obteve a média mais baixa foi “os enfermeiros promovem o envolvimento dos clientes no planeamento dos cuidados de enfermagem” ( $\bar{X}=3,64$  /  $DP=0,88$ ).

**Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: práticas autónomas no exercício profissional**

	1	2	3	4	5	$\bar{X}$
	n	n	n	n	n	(DP)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Os enfermeiros evidenciam preocupação em valorizar as intervenções autónomas.	0 (0)	4 (3,6)	36 (32,1)	50 (44,6)	22 (19,6)	3,80 (0,79)
Os enfermeiros focam a sua atenção nas capacidades dos clientes, em detrimento de uma perspetiva centrada na sua substituição.	0 (0)	4 (3,6)	35 (31,3)	58 (51,8)	15 (13,4)	3,75 (0,73)
Assistir os clientes nos processos de transição constitui o papel mais relevante dos enfermeiros.	0 (0)	5 (4,5)	36 (32,1)	59 (52,7)	12 (10,7)	3,70 (0,72)
Os enfermeiros adotam modelos assistenciais centrados nos clientes e, conseqüentemente, na individualização dos cuidados.	0 (0)	3 (2,7)	31 (27,7)	48 (42,9)	30 (26,8)	3,94 (0,81)
Na avaliação inicial os enfermeiros colhem, de forma rigorosa, os dados	0 (0)	3 (2,7)	31 (27,7)	56 (50,0)	22 (19,6)	3,87 (0,75)

relevantes para a conceção de cuidados de enfermagem.						
Os enfermeiros promovem o envolvimento dos clientes no planeamento dos cuidados de enfermagem.	1 (0,9)	12 (10,7)	28 (25,0)	56 (50,0)	15 (13,4)	3,64 (0,88)
Os enfermeiros agem em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional.	0 (0)	6 (5,4)	20 (17,9)	51 (45,5)	35 (31,3)	4,03 (0,84)
Os enfermeiros empenham-se em sustentar a sua prática profissional na melhor evidência científica.	0 (0)	6 (5,4)	31 (27,7)	49 (43,8)	26 (23,2)	3,85 (0,84)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre  $\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

Na dimensão **práticas colaborativas e continuidade de cuidados** (Tabela 16), mais uma vez verificou-se que em relação aos itens a opção *muitas vezes* foi a mais frequente. De realçar que nesta dimensão nenhum participante escolheu a opção *nunca*.

O item que obteve maior média foi “as relações de colaboração entre os diferentes membros da equipa, permitem garantir a continuidade de cuidados” ( $\bar{X}$  =3,96 / DP=0,76) e o que obteve a média mais inferior, foi “na equipa de saúde, a prática profissional dos enfermeiros está sustentada em referenciais teóricos de enfermagem” ( $\bar{X}$ =3,63 / DP=0,94).

**Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: práticas colaborativas e continuidade de cuidados**

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	$\bar{X}$ (DP)
Os planos de cuidados de todos os clientes são sistematicamente atualizados pelos enfermeiros.	0 (0)	7 (6,3)	37 (33,0)	46 (41,1)	22 (19,6)	3,74 (0,85)

A comunicação entre os membros da equipa é precisa e garante o planeamento adequado dos cuidados.	0 (0)	5 (4,5)	33 (29,5)	55 (49,1)	19 (17,0)	3,79 (0,78)
As relações de colaboração entre os diferentes membros da equipa permitem garantir a continuidade de cuidados.	0 (0)	3 (2,7)	26 (23,2)	56 (50,0)	27 (24,1)	3,96 (0,76)
Os enfermeiros avaliam os resultados das intervenções de enfermagem.	0 (0)	9 (8,0)	23 (20,5)	57 (50,9)	23 (20,5)	3,84 (0,84)
As estratégias adotadas aquando da transmissão de informação entre os enfermeiros, são apropriadas para garantir a continuidade de cuidados.	0 (0)	4 (3,6)	26 (23,2)	60 (53,6)	22 (19,6)	3,89 (0,75)
Na equipa de saúde, a prática profissional dos enfermeiros está sustentada em referenciais teóricos de enfermagem.	0 (0)	16 (14,3)	29 (25,9)	47 (42,0)	20 (17,9)	3,63 (0,94)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

Ainda referente à subescala Processo, na dimensão **estratégias para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados**, cujos resultados se demonstram na Tabela 17, as respostas dos enfermeiros participantes em relação aos itens centraram-se maioritariamente na opção *muitas vezes*.

A média mais elevada verificou-se no item “existem na equipa momentos de partilha de conhecimento e experiências sobre a assistência aos clientes” ( $\bar{X}$ =3,76 / DP=0,95). O item “o sistema de informação em suporte eletrónico dá resposta às necessidades de documentação dos enfermeiros” obteve a média mais baixa ( $\bar{X}$ =3,13 / DP=0,92).

**Tabela 17 – Dimensão numérica e percentual dos itens da dimensão: estratégias para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados**

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	$\bar{X}$ (DP)
O sistema de informação em suporte eletrónico dá resposta às necessidades de documentação dos enfermeiros.	3 (2,7)	26 (23,2)	41 (36,6)	37 (33,0)	5 (4,5)	3,13 (0,92)
No âmbito da equipa multiprofissional, há entre os diferentes profissionais compreensão e valorização das respetivas funções e responsabilidades em prol da qualidade e segurança dos cuidados.	0 (0)	10 (8,9)	36 (32,1)	54 (48,2)	12 (10,7)	3,61 (0,80)
Existem na equipa momentos de partilha de conhecimento e experiências sobre a assistência aos clientes.	0 (0)	15 (13,4)	22 (19,6)	50 (44,6)	25 (22,3)	3,76 (0,95)
Há reflexão sobre os indicadores, as auditorias e os processos avaliativos da assistência de enfermagem, de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.	2 (1,8)	10 (8,9)	27 (24,1)	51 (45,5)	22 (19,6)	3,72 (0,94)
As notificações de não conformidades são efetuadas como estratégia de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.	3 (2,7)	16 (14,3)	29 (25,9)	41 (36,6)	23 (20,5)	3,58 (1,05)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

#### 4.2.3. Análise descritiva dos itens da componente Resultado dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP

A análise da primeira dimensão desta subescala **avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem**, observada na Tabela 18, mostra que as respostas aos itens se concentram na opção *às vezes* e *muitas vezes*.

O item que obteve maior média foi “a satisfação dos clientes com os cuidados prestados é monitorizada de forma sistemática” ( $\bar{X}=3,69 / DP=0,89$ ), sendo a que obteve a média baixa a afirmação “os cuidados omissos (cuidados que ficam por realizar) são monitorizados de forma sistemática” ( $\bar{X}=2,88 / DP=1,05$ ).

**Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem**

	1	2	3	4	5	$\bar{X}$ (DP)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A cultura de segurança é monitorizada de forma sistemática.	2 (1,8)	16 (14,3)	47 (42,0)	34 (39,4)	13 (11,6)	3,36 (0,93)
A qualidade dos cuidados de enfermagem é monitorizada de forma sistemática.	2 (1,8)	11 (9,8)	39 (34,8)	44 (39,3)	16 (14,3)	3,54 (0,92)
A satisfação dos clientes com os cuidados prestados é monitorizada de forma sistemática.	2 (1,8)	8 (7,1)	31 (27,7)	53 (47,3)	18 (16,1)	3,69 (0,89)
Os indicadores de prevenção de complicações são monitorizados de forma sistemática.	4 (3,6)	11 (9,8)	30 (26,8)	50 (44,6)	17 (15,2)	3,58 (0,98)
Os indicadores de ganhos em saúde são monitorizados de forma sistemática.	4 (3,6)	11 (9,8)	32 (28,6)	47 (42,0)	18 (16,1)	3,57 (0,99)
Os cuidados omissos (cuidados que ficam por realizar) são monitorizados de forma sistemática	8 (7,1)	35 (31,3)	40 (35,7)	20 (17,9)	9 (8,0)	2,88 (1,05)
A satisfação profissional dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	4 (3,6)	28 (25,0)	45 (40,2)	24 (21,4)	11 (9,8)	3,09 (1,00)
A avaliação de desempenho dos enfermeiros é precisa e rigorosa, sendo reveladora do seu real desempenho.	8 (7,1)	26 (23,2)	34 (30,4)	33 (29,5)	11 (9,8)	3,12 (1,10)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

Na dimensão **sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros** apresentada na Tabela 19, obtiveram-se maioritariamente respostas nas opções *raramente, às vezes e muitas vezes*, sendo o item com maior média “os acidentes de trabalho dos enfermeiros são monitorizados de forma sistemática” ( $\bar{X}=3,53 / DP=1,15$ ). O item que obteve menor média nesta dimensão foi “a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática” ( $\bar{X}=2,87 / DP=1,14$ ).

**Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual dos itens da dimensão: sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros**

	1	2	3	4	5	$\bar{X}$ (DP)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
O absentismo dos enfermeiros é monitorizado de forma sistemática.	8 (7,1)	22 (19,6)	38 (33,9)	25 (22,3)	19 (17,0)	3,22 (1,16)
Os acidentes de trabalho dos enfermeiros são monitorizados de forma sistemática.	4 (3,6)	20 (17,9)	29 (25,9)	31 (27,7)	28 (25,0)	3,53 (1,15)
A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	13 (11,6)	35 (31,3)	25 (22,3)	32 (28,6)	7 (6,3)	2,87 (1,14)

Legenda: 1- nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; 5 – sempre

$\bar{X}$  = média DP = desvio padrão

#### 4.2.4. Análise descritiva da Escala de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem e Subescalas nos CSP

Neste subcapítulo será realizada uma análise descritiva das várias dimensões das subescalas Estrutura, Processo e Resultado, bem como análise da escala global dos ambientes de prática de enfermagem nos CSP.

##### Dimensões da subescala Estrutura

Fazendo uma análise descritiva das 4 dimensões da subescala Estrutura apresentadas na Tabela 20, pode aferir-se que na dimensão **políticas**

**institucionais e envolvimento dos enfermeiros** a opção de resposta mais frequente é *muitas vezes* (n=336 / 30,0%), seguindo-se às *vezes* (n=308 / 27,5%), *raramente* (n=221 / 19,7%), *sempre* (n=153 / 13,7%) e *nunca* (n=102 / 9,1%).

Portanto, a frequência desta dimensão é moderada ou mesmo um pouco baixa, pois, o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 43,7% das respostas e as pontuações média e mediana são ambas 3,2, com dispersão moderada (o DP e a AIQ são 0,8 e 1,1 respetivamente).

Na dimensão **gestão de pessoas e liderança no serviço** a categoria mais frequente é *sempre* (n=357 / 45,5%), seguindo-se *muitas vezes* (n=309 / 39,4%), às *vezes* (n=87 / 11,1%), *nunca* (n=17 / 2,2%) e *raramente* (n=14 / 1,8%).

Portanto, a frequência desta dimensão é elevada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 84,9% das respostas e as pontuações média e mediana são 4,2 e 4,4 respetivamente, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,8 e 1 respetivamente).

A dimensão **organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço** apresenta como categoria mais frequente *muitas vezes* (n=332 / 42,3%), seguindo-se *sempre* (n=234 / 29,8%), às *vezes* (n=160 / 20,4%), *raramente* (n=47 / 6,0%) e *nunca* (n=11 / 1,4%).

Portanto, a frequência desta dimensão é elevada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 72,2% das respostas e as pontuações média e mediana são 3,9 e 4,1 respetivamente, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,7 e 1 respetivamente).

Na dimensão **ambiente físico e condições para a prática de enfermagem** a categoria mais frequente é às *vezes* (n=214 / 38,2%), seguindo-se *muitas vezes* (n=194 / 34,6%), *raramente* (n=67 / 12,0%), *sempre* (n=62 / 11,1%) e *nunca* (n=23 / 4,1%).

Portanto, a frequência desta dimensão é moderada ou mesmo um pouco baixa, pois, o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 45,7% das

respostas e as pontuações média e a mediana são ambas 3,4, com dispersão moderada (o DP e a AIQ são 0,8 e 1 respetivamente).

Analisando a **subescala** na sua totalidade verifica-se que a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=1171 / 36,1%), seguindo-se *sempre* (n=806 / 24,8%), *às vezes* (n=769 / 23,7%), *raramente* (n=349 / 10,7%) e *nunca* (n=153 / 4,7%).

Portanto, a frequência desta subescala é moderada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 60,9% das respostas e as pontuações média e a mediana são ambas 3,7, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,6 e 0,8 respetivamente).

**Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual das dimensões da subescala Estrutura**

Subescala Estrutura										
Dimensões	Nunca		Raramente		Às Vezes		Muitas vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros	102	9,1	221	19,7	308	27,5	336	30,0	153	13,7
2. Gestão de pessoas e liderança no serviço	17	2,2	14	1,8	87	11,1	309	39,4	357	45,5
3. Organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço	11	1,4	47	6,0	160	20,4	332	42,3	234	29,8
4. Ambiente físico e condições para a prática de enfermagem	23	4,1	67	12,0	214	38,2	194	34,6	62	11,1
<b>Total</b>	153	4,7	349	10,7	769	23,7	1171	36,1	806	24,8

### Dimensões da subescala Processo

Em relação à subescala processo, apresentada na Tabela 21, na dimensão **práticas autónomas no exercício profissional**, a categoria mais frequente é

*muitas vezes* (n=427 / 47,7%), *seguindo-se às vezes* (n=248 / 27,7%), *sempre* (n=177 / 19,8%), *raramente* (n=43 / 4,8%) e *nunca* (n=1 / 0,1%).

Portanto, a frequência desta dimensão é moderada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 67,4% das respostas e as pontuações média e mediana são 3,8 e 3,9 respetivamente, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,6 e 0,9 respetivamente).

Na dimensão **práticas colaborativas e continuidade de cuidados** a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=321 / 47,8%), *seguindo-se às vezes* (n=174 / 25,9%), *sempre* (n=133 / 19,8%) e *raramente* (n=44 / 6,5%).

Portanto, a frequência desta dimensão é moderada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 67,6% das respostas e as pontuações média e mediana são 3,8 e 4 respetivamente, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,7 e 1 respetivamente).

Em relação às **estratégias para garantia da qualidade e segurança dos cuidados**, a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=233 / 41,6%), *seguindo-se às vezes* (n=155 / 27,7%), *sempre* (n=87 / 15,5%), *raramente* (n=77 / 13,8%) e *nunca* (n=8 / 1,4%).

Portanto, a frequência desta dimensão é moderada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 57,1% das respostas e as pontuações média e mediana são ambas 3,6, com dispersão moderada (o DP e a AIQ são 0,8 e 1 respetivamente).

Nesta **subescala** no global das 3 dimensões a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=981 / 46,1%), *seguindo-se às vezes* (n=577 / 27,1%), *sempre* (n=397 / 18,7%), *raramente* (n=164 / 7,7%) e *nunca* (n=9 / 0,4%).

Portanto, a frequência desta subescala é moderada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 64,8% das respostas e as pontuações média e mediana são 3,7 e 3,9 respetivamente, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,6 e 0,9 respetivamente).

**Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual das dimensões da subescala Processo**

Subescala Processo										
Dimensões	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Práticas autónomas no exercício profissional	1	0,1	43	4,8	248	27,7	427	47,7	177	19,8
2. Práticas colaborativas e continuidade de cuidados	0	0,0	44	6,5	174	25,9	321	47,8	133	19,8
3. Estratégias para garantia da qualidade e segurança dos cuidados	8	1,4	77	13,8	155	27,7	233	41,6	87	15,5
<b>Total</b>	9	0,4	164	7,7	577	27,1	981	46,1	397	18,7

### Dimensões da subescala Resultado

No que diz respeito à subescala Resultado (Tabela 22), na dimensão **avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem** a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=305 / 34,0%), seguindo-se às vezes (n=298 / 33,3%), *raramente* (n=146 / 16,3%), *sempre* (n=113 / 12,6%) e *nunca* (n=34 / 3,8%).

Portanto, a frequência desta dimensão é moderada, ou mesmo um pouco baixa pois, o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 46,7% das respostas e as pontuações média e mediana são ambas 3,4, com dispersão moderada (o DP e a AIQ são 0,8 e 0,9 respetivamente).

A dimensão **sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros**, apresenta como categoria mais frequente às vezes (n=92 / 27,4%), seguindo-se *muitas vezes* (n=88 / 26,2%), *raramente* (n=77 / 22,9%), *sempre* (n=54 / 16,1%) e *nunca* (n=25 / 7,4%).

Analisando a totalidade das dimensões desta **subescala** a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=393 / 31,9%), seguindo-se às vezes (n=390/

31,7%), *raramente* (n=223 / 18,1%), *sempre* (n=167 / 13,6%) e *nunca* (n=59/ 4,8%).

Portanto, a frequência desta subescala é moderada, ou mesmo um pouco baixa, pois, o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 45,5% das respostas e as pontuações média e mediana são ambas 3,3, com dispersão moderada (o DP e a AIQ são 0,8 e 1,1 respetivamente).

**Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual das dimensões da subescala Resultado**

Subescala Resultado										
Dimensões	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem	34	3,8	146	16,3	298	33,3	305	34,0	113	12,6
2. Sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros	25	7,4	77	22,9	92	27,4	88	26,2	54	16,1
<b>Total</b>	59	4,8	223	18,1	390	31,7	393	31,9	167	13,6

Avaliando a **escala total** (Tabela 23), a categoria mais frequente é *muitas vezes* (n=2545 / 38,5%), seguindo-se às vezes (n=1736 / 26,3%), *sempre* (n=1370 / 20,7%), *raramente* (n=736 / 11,1%) e *nunca* (n=221 / 3,3%).

Portanto, a frequência da escala é moderada, pois o conjunto das categorias *muitas vezes* e *sempre* representa 59,2% das respostas e as pontuações média e mediana são ambas 3,6, com baixa dispersão (o DP e a AIQ são 0,6 e 0,7 respetivamente).

**Tabela 23 – Distribuição numérica e percentual da escala global**

Escala										
	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total</b>	221	3,3	736	11,1	1736	26,3	2545	38,5	1370	20,7

As médias, medianas e respetivo desvio padrão das dimensões das 3 subescalas podem ser verificadas na Tabela 24. A dimensão com a média mais elevada foi a “gestão de pessoas e liderança no serviço” ( $\bar{X}=4,20$  /  $DP=0,80$ ) da subescala Estrutura, sendo as dimensões com médias mais baixas a dimensão “políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros” ( $\bar{X}=3,20$  /  $DP=0,80$ ) também da componente Estrutura e a “sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros” ( $\bar{X}=3,20$  /  $DP=1,00$ ) da componente Resultado.

Relativamente às médias das componentes, Estrutura e Processo, apresentaram média de 3,70 ( $DP= 0,60$ ) e a componente Resultado média de 3,30 ( $DP=0,80$ ).

Na escala global a média foi de 3,60 ( $DP=0,60$ ), o que corresponde a um ambiente de prática de enfermagem favorável à qualidade de cuidados e bem-estar dos enfermeiros.

**Tabela 24 – Caracterização das subescalas e escala**

Estrutura				
Dimensões	Média	Mediana	Desvio padrão	AIQ
1. Políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros	3,20	3,2	0,80	1.1
2. Gestão de pessoas e liderança no serviço	4,20	4,4	0,80	1,0

3. Organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço	3,90	4,1	0,70	1,0
4. Ambiente físico e condições para a prática de enfermagem	3,40	3,4	0,80	1,0
<b>Total Subescala Estrutura</b>	3,70	3,7	0,60	0,8
<b>Processo</b>				
<b>Dimensões</b>	Média	Mediana	Desvio padrão	AIQ
1. Práticas autónomas no exercício profissional	3,80	3,9	0,60	0,9
2. Práticas colaborativas e continuidade de cuidados	3,80	4,0	0,70	1,0
3. Estratégias para garantia da qualidade e segurança dos cuidados	3,60	3,6	0,80	1,0
<b>Total Subescala Processo</b>	3,70	3,9	0,60	0,9
<b>Resultado</b>				
<b>Dimensões</b>	Média	Mediana	Desvio padrão	AIQ
1. Avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem	3,40	3,4	0,80	0,9
2. Sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros	3,20	3,0	1,00	1,3
<b>Total Subescala Resultado</b>	3,30	3,3	0,80	1,1
<b>Escala Global</b>				
	Média	Mediana	Desvio padrão	AIQ
<b>Total Escala</b>	3,60	3,6	0,60	0,7

#### 4.2.5. Consistência interna da SEE-Nursing Practice

Para avaliar a consistência interna da escala, na Tabela 25 apresenta-se o coeficiente Alfa de *Cronbach* das subescalas, das respetivas dimensões e da escala. O valor de Alfa é elevado ou muito elevado para todas as dimensões, subescalas e para a escala total. Logo, todas revelam uma forte ou muito forte consistência interna.

**Tabela 25 – Alfa de Cronbach da SEE-Nursing Practice**

	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Subescala Estrutura</b>	0,950
1.Políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros	0,919
2.Gestão de pessoas e liderança no serviço	0,954
3.Organização e orientação para a prática de enfermagem no serviço	0,886
4.Ambiente físico e condições para a prática de enfermagem	0,858
<b>Subescala Processo</b>	0,956
1.Práticas autónomas no exercício profissional	0,928
2.Práticas colaborativas e continuidade de cuidados	0,927
3.Estratégias para garantia da qualidade e segurança dos cuidados	0,872
<b>Subescala Resultado</b>	0,921
1.Avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem	0,911
2.Sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros	0,847
<b>Escala</b>	0,969

#### **4.2.6. Variáveis sociodemográficas e profissionais e efeitos sobre os ambientes de prática de enfermagem**

De modo a explicar os possíveis efeitos das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre os ambientes de prática de enfermagem, apresentam-se em seguida os resultados em relação às componentes Estrutura, Processo e Resultado.

#### **Variáveis sociodemográficas e profissionais: efeitos sobre a subescala Estrutura**

Para avaliar os efeitos das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre a subescala Estrutura, em primeiro lugar, testou-se a normalidade da subescala Estrutura com os testes de *Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov)* e de *Shapiro-Wilk*. O primeiro não rejeitou a normalidade ( $p = 0,158$ ), mas o segundo rejeitou ( $p = 0,016$ ), pelo que se concluiu que esta subescala não tem distribuição normal.

Assim, numa análise exploratória inicial, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para testar se existem diferenças na frequência média da subescala Estrutura conforme as categorias das variáveis qualitativas, ou seja, para testar se esta subescala depende dessas variáveis. Para as variáveis quantitativas, a sua associação com a frequência da subescala Estrutura foi testada recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman*. Os resultados de todos estes testes são não significativos, pelo que se admite que a frequência da subescala Estrutura não depende de nenhuma das variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes.

Em seguida, ajustou-se um modelo de regressão linear múltipla, em que a variável dependente é a frequência média da subescala Estrutura e as independentes são as variáveis sociodemográficas e profissionais. Para a seleção das variáveis independentes, ensaiou-se uma seleção “*stepwise*”, uma seleção “*forward*” e uma seleção “*backward*” (valor-p de 5% e de 10% como critérios de entrada e de remoção respetivamente), tendo-se também efetuado, a partir do modelo completo, uma seleção através da remoção das variáveis cujos parâmetros estimados não eram estatisticamente significativos (a um nível de significância de 5%).

Refira-se que, previamente, foi calculada a matriz de correlações entre todas as variáveis independentes quantitativas, tendo-se detetado uma forte correlação entre o tempo de exercício profissional na profissão e o tempo de exercício profissional na área da gestão. Por isso, estas variáveis não foram consideradas simultaneamente no modelo. Não existem mais correlações elevadas.

O ajustamento do modelo confirmou os resultados da análise exploratória, ou seja, todas as variáveis independentes são não significativas, pelo que não existem variáveis a reter no modelo. Consequentemente, nenhuma das variáveis

sociodemográficas revelou ter impacto, ou seja, valor preditivo, da frequência da subescala Estrutura.

### **Variáveis sociodemográficas e profissionais: efeitos sobre a subescala Processo**

Para analisar os efeitos das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre a subescala Processo, a normalidade foi rejeitada por ambos os testes de *Lilliefors* (*Kolmogorov-Smirnov*) e de *Shapiro-Wilk* ( $p < 0,001$  em ambos). Na análise exploratória inicial, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para testar se existem diferenças na frequência da subescala Processo conforme as categorias das variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas, a sua associação com a frequência da subescala Processo foi testada recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman*. O único resultado significativo foi obtido para a Região do país ( $p = 0,006$ ).

No modelo de regressão linear múltipla, a variável dependente é a frequência média da subescala Processo e as independentes são as variáveis sociodemográficas e profissionais. A seleção das variáveis independentes foi efetuada recorrendo aos mesmos métodos utilizados na subescala Estrutura. Os resultados do ajustamento do modelo (Tabela 26) mostram que a regressão estimada é globalmente significativa, tendo sido retidas a “idade”, o “outro contexto de trabalho” e as “Regiões Autónomas”:

Quanto à “idade”, o parâmetro estimado é positivo, pelo que se conclui que, quando a idade aumenta (ou diminui), a frequência média da subescala Processo aumenta (ou diminui). Assim, por cada ano de idade adicional, a frequência média da subescala Processo aumenta em 0,017. Portanto, a idade tem um efeito positivo, ou seja, de sentido direto, na frequência desta subescala.

Em relação ao “outro contexto de trabalho”, o parâmetro estimado é negativo, pelo que se conclui que os enfermeiros que estão no “outro contexto de trabalho” têm uma frequência média da subescala Processo inferior à dos enfermeiros que trabalham em outros contextos. Portanto, o “outro contexto de trabalho” tem um efeito negativo sobre a frequência desta subescala.

No que se refere às “Regiões Autónomas”, o parâmetro estimado é negativo, pelo que se conclui que os enfermeiros que trabalham nas Regiões Autónomas têm uma frequência média da subescala Processo inferior à dos enfermeiros das outras regiões do país. Portanto, trabalhar nas Regiões Autónomas tem um efeito negativo sobre a frequência desta subescala.

**Tabela 26 – Modelo ajustado da subescala Processo**

Variáveis	Estimativa	Erro padrão	t	p
Idade	0,017	0,008	2,266	0,026
Contexto de trabalho – Outro	-0,535	0,233	-2,302	0,023
Regiões Autónomas	-0,717	0,168	-4,274	<0,001

R<sup>2</sup> = 0,178; F = 7,793; p < 0,001

### **Variáveis sociodemográficas e profissionais: efeitos sobre a subescala Resultado**

Para avaliar os efeitos das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre a subescala Resultado, a normalidade não foi rejeitada por ambos os testes de *Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov)* e de *Shapiro-Wilk* ( $p = 0,057$  e  $p = 0,374$  respetivamente). Na análise exploratória inicial, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes ou à análise da variância para testar se existem diferenças na frequência da subescala Resultado conforme as categorias das variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas, a sua associação com a frequência da subescala Resultado foi testada recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson* (quando essas variáveis têm distribuição normal) ou ao coeficiente de correlação de *Spearman* (no caso contrário).

Os únicos resultados significativos foram obtidos para a “idade”; como a normalidade foi rejeitada por ambos os testes, o coeficiente de correlação de *Spearman* é 0,19 ( $p = 0,045$ ), pelo que se conclui que existe uma associação de sentido direto entre a idade e a frequência da subescala Resultado e para a região ( $p = 0,003$ ).

No modelo de regressão linear múltipla, a variável dependente é a frequência média da subescala Resultado e as independentes são as variáveis sociodemográficas e profissionais. A seleção das variáveis independentes foi efetuada recorrendo aos mesmos métodos utilizados anteriormente.

Os resultados do ajustamento do modelo (Tabela 27) mostram que a regressão estimada é globalmente significativa, tendo sido retidas todas as regiões. Sendo todos os parâmetros estimados negativos, conclui-se que os enfermeiros que trabalham na região Centro têm a menor frequência média de todas as regiões, seguindo-se os enfermeiros que trabalham na região Sul, os que trabalham nas Regiões Autónomas e os que trabalham na região Norte, que são os que têm a maior frequência média da subescala Resultado.

**Tabela 27 – Modelo ajustado da subescala Resultado**

Variáveis	Estimativa	Erro padrão	t	p
Centro	-0,527	0,219	-2,409	0,018
Sul	-0,475	0,202	-2,352	0,021
Regiões Autónomas	-0,449	0,219	-4,053	0,043

$R^2 = 0,096$ ;  $F = 3,809$ ;  $p = 0,012$

### **Variáveis sociodemográficas e profissionais: efeitos sobre a escala**

Para avaliar os efeitos das variáveis sociodemográficas e profissionais sobre a escala de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem, a normalidade da escala não foi rejeitada por ambos os testes de *Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov)* e de *Shapiro-Wilk* ( $p = 0,419$  e  $p = 0,061$  respetivamente). Na análise exploratória inicial, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes ou à análise da variância para testar se existem diferenças na frequência da escala conforme as categorias das variáveis qualitativas. Relativamente às variáveis quantitativas, a sua normalidade foi rejeitada por ambos os testes, pelo que a sua associação com a frequência da escala foi testada recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman*. O único resultado significativo foi obtido para a Região ( $p = 0,037$ ).

No modelo de regressão linear múltipla, a variável dependente é a frequência média da escala e as independentes são as variáveis sociodemográficas e profissionais. A seleção das variáveis independentes foi efetuada recorrendo aos mesmos métodos utilizados anteriormente. Os resultados do ajustamento do modelo (Tabela 28) mostram que a regressão estimada é globalmente significativa, tendo sido retidas a “idade” e as “Regiões Autónomas”.

Em relação à “idade” o parâmetro estimado é positivo, pelo que se conclui que, quando a idade aumenta (ou diminui), a frequência média da escala aumenta (ou diminui). Assim, por cada ano de idade adicional, a frequência média da Escala aumenta em 0,016. Portanto, a idade tem um efeito positivo, ou seja, de sentido direto, na frequência da escala.

No que se refere às “Regiões Autónomas”, o parâmetro estimado é negativo, pelo que se conclui que os enfermeiros que trabalham nas Regiões Autónomas têm uma frequência média da escala inferior à dos enfermeiros das outras regiões do país. Portanto, trabalhar nas Regiões Autónomas tem um efeito negativo sobre a frequência da escala.

**Tabela 28 – Modelo ajustado da Escala**

Variáveis	Estimativa	Erro padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade	0,016	0,007	2,303	0,023
Regiões Autónomas	-0,401	0,157	-2,560	0,018

$R^2 = 0,089$ ;  $F = 5,348$ ;  $p = 0,007$

#### **4.3. Ambiente profissional mais promotor da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos enfermeiros: percepção dos enfermeiros gestores**

Conforme referido anteriormente, na segunda parte do instrumento de colheita de dados, foram formuladas aos participantes, duas questões abertas, sendo a primeira: “O que tornaria o seu ambiente profissional mais promotor da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos enfermeiros?”

Na sequência dessa questão, neste tópico coloca-se o desafio de apresentar uma síntese dos elementos que, na perspectiva dos 89 enfermeiros gestores que responderam às questões abertas, podem promover ou comprometer a qualidade dos cuidados e o bem-estar dos enfermeiros.

Na sequência das respostas, foi realizada análise de conteúdo (Bardin, 2016), tendo emergido três áreas temáticas: “fatores da componente Estrutura promotores de ambientes de prática mais positivos”; “fatores da componente Processo promotores de ambientes de prática mais positivos” e “fatores da componente Resultado promotores de ambientes de prática mais positivos”.

Em relação a cada área temática, decorrente da análise de conteúdo emergiram categorias e subcategorias. No âmbito da área temática “fatores da componente Estrutura promotores de ambientes mais positivos”, apresentam-se no Quadro 5, as categorias e subcategorias inerentes. Foi nesta área em que se destacou o maior número de respostas com propostas de elementos promotores de ambientes de prática mais positivos, tendo emergido da análise realizada, quatro categorias e doze subcategorias.

Nas respostas dos participantes, surgiram aspetos relacionados com o “ambiente físico e condições para o funcionamento da unidade/serviço”, de que são exemplo: “materiais e equipamentos apropriados”, “tecnologias de informação e comunicação adequadas”, bem como, o “espaço físico adequado às necessidades dos utentes e ao exercício profissional”.

As “dotações seguras” emergiram como outra categoria de preocupação, essencialmente no que se refere ao “número de utentes por enfermeiro adequado”.

Ainda na perspectiva dos participantes, no âmbito da componente Estrutura, deveriam estar claramente definidas as “políticas organizacionais”, assim como garantido o envolvimento dos enfermeiros na definição dessas políticas. A “política de reconhecimento e valorização profissional” foi a subcategoria que obteve o maior número de respostas.

O “estilo de liderança” surgiu como subcategoria relevante para a promoção de ambientes de prática de enfermagem mais positivos.

**Quadro 5 – Fatores da componente Estrutura promotores de ambientes mais positivos  
na perspetiva dos enfermeiros gestores**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>Unidades de registo: exemplos</b>
Ambiente físico e condições para o funcionamento da unidade/serviço	Materiais e equipamentos apropriados	4	“...adequar o número de materiais às necessidades da unidade funcional...” (P19) “...mais recursos materiais nos serviços...” (P82)
	Tecnologias de informação e comunicação adequadas	3	“...melhoria do sistema de informação disponíveis nos serviços...” (P21) “...adequação dos sistemas de informação nas unidades funcionais...” (P68)
	Espaço físico adequado às necessidades dos utentes e ao exercício profissional	3	“...espaço físico melhorado com condições de privacidade para o utente, conforto e climatização...” (P10) “...melhorar as condições físicas e de trabalho disponíveis na unidade funcional...” (P42)
Definição das políticas organizacionais	Política de participação e envolvimento dos profissionais	4	“...maior envolvimento dos enfermeiros na definição das estratégias institucionais e na sua operacionalização...” (P37) “...maior participação e envolvimento dos profissionais...” (P9)
	Política de reconhecimento e valorização profissional	10	“...melhor capacidade de recompensa dos enfermeiros pelo bom desempenho...” (P100) “...maior valorização do trabalho dos enfermeiros...” (P104)

	Política de investigação e inovação	2	<p><i>“...maior incentivo à inovação e investigação...” (P95)</i></p> <p><i>“...maior investimento em investigação para demonstrar os ganhos com a intervenção dos enfermeiros...” (P110)</i></p>
	Política de saúde ocupacional	3	<p><i>“...integração do enfermeiro do trabalho na equipa de saúde ocupacional...” (P74)</i></p> <p><i>“...programas de promoção de bem-estar profissional e combate ao assédio laboral...” (P28)</i></p>
	Política de qualificação profissional	5	<p><i>“...facilitar a formação em contexto do trabalho...” (P73)</i></p> <p><i>“...formação contínua financiada para todos os enfermeiros...” (P65)</i></p>
	Política de incentivos	6	<p><i>“...atribuição de incentivos financeiros a todos os enfermeiros de todas as unidades funcionais à semelhança das unidades de saúde familiar modelo B...” (P58)</i></p> <p><i>“...sistema de incentivos justo e equitativo para as diversas equipas...” (P27)</i></p>
	Política de melhoria da qualidade	2	<p><i>“...aplicação de medidas que promovam a qualidade e segurança dos cuidados através de avaliação, monitorização e realização de auditorias...” (P36)</i></p> <p><i>“...existência de manual de procedimentos de enfermagem...” (P19)</i></p>
Gestão de pessoas e liderança	Estilo de liderança	4	<p><i>“...promoção de intervenção no âmbito de novos modelos de liderança nas equipas...” (P25)</i></p> <p><i>“...aplicar o estilo de liderança transformacional...” (P62)</i></p>
Dotações seguras	Número de utentes por	7	<p><i>“...adequação das dotações à realidade das unidades de saúde familiar e</i></p>

	enfermeiro adequado		<i>unidades de cuidados na comunidade...</i> ” (P68) <i>“...existir o cumprimento das dotações seguras definidas pela Ordem dos Enfermeiros...”</i> (P92)
--	---------------------	--	--

No que se refere à área temática “ fatores da componente Processo promotores de ambientes mais positivos”, no Quadro 6 apresentam-se as categorias e subcategorias.

Nesta área temática, das respostas surgiram três categorias, sendo duas delas muito relacionadas com o “exercício profissional dos enfermeiros” e com as “relações profissionais”. Nesse âmbito, o “profissionalismo”, a “valorização das funções dos diferentes profissionais” e a “colaboração e trabalho em equipa” foram as subcategorias mais destacadas.

As “estratégias para a garantia da qualidade” constituíram outra categoria de preocupação, emergindo como subcategorias, os “momentos de partilha de experiências” e os “momentos de reflexão sobre os indicadores e as práticas”.

**Quadro 6 – Fatores da componente Processo promotores de ambientes mais positivos na perspetiva dos enfermeiros gestores**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>Unidades de registo: exemplos</b>
Exercício profissional dos enfermeiros	Profissionalismo	2	<i>“...todos os profissionais deviam cumprir o horário e existir maior profissionalismo por parte das equipas...”</i> (P43) <i>“...compromisso, envolvimento, respeito e assertividade...”</i> (P53)
	Atuação congruente com as competências profissionais	2	<i>” ... que os enfermeiros possam atuar no âmbito das suas competências profissionais...”</i> (P18)

			<i>“...que o enfermeiro gestor possa exercer as suas competências nas unidades de saúde familiar...” (P41)</i>
Relações profissionais	Valorização das funções dos diferentes profissionais	2	<i>” ... maior valorização das funções dos profissionais da equipa multiprofissional...” (P7)</i> <i>“...maior autonomia dos enfermeiros na equipa...” (P24)</i>
	Colaboração e trabalho em equipa	3	<i>“...união e coesão entre a equipa...” (P77)</i> <i>“...melhoria nas relações interprofissionais...” (P103)</i>
Estratégias para garantia da qualidade	Momentos de reflexão sobre os indicadores e as práticas	2	<i>“...criar oportunidades de reflexão sobre a prática, os indicadores e como melhorar os mesmos...” (P64)</i> <i>“...reflexão em reunião sobre os indicadores atingidos...” (P32)</i>
	Momentos de partilha de experiências	3	<i>“...mais momentos de reflexão conjunta e partilha de experiências...” (P64)</i> <i>“...realização de reuniões de enfermagem periódicas entre as diferentes unidades funcionais, para partilha de experiências e resolução de problemas mais complexos...” (P4)</i>

Relativamente à área temática “fatores da componente Resultado promotores de ambientes mais positivos”, podemos observar no Quadro 7 as categorias e subcategorias emergentes. Nesta área temática verifica-se o menor número de respostas por parte dos participantes.

As duas categorias reportam-se aos “fatores relacionados com os profissionais” e “fatores relacionados com a organização”. Em relação aos “fatores relacionados com os profissionais”, as respostas centraram-se essencialmente nos aspetos relativos à “avaliação de desempenho justa e rigorosa” e à “monitorização da motivação dos profissionais”.

Na categoria, “fatores relacionados com a organização”, as respostas dos participantes focaram-se na necessidade de “monitorização de indicadores de ganhos em saúde” que reflitam os verdadeiros ganhos em saúde.

**Quadro 7 – Fatores da componente Resultado promotores de ambientes mais positivos na perspetiva dos enfermeiros gestores**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>Unidades de registo: exemplos</b>
Fatores relacionados com profissionais	Avaliação de desempenho justa e rigorosa	2	“...monitorização do desempenho de forma rigorosa...” (P12) “...reconhecimento na justa medida pelos resultados alcançados...” (P29)
	Monitorização da motivação dos profissionais	1	“...promover estratégias de avaliação da motivação dos enfermeiros ...” (P105)
Fatores relacionados com a organização	Monitorização de indicadores de ganhos em saúde	1	“...acabar com o foco nos indicadores e nos incentivos e mudar o foco para os resultados no estado de saúde dos utentes...” (P50)

#### **4.4. Contributos do enfermeiro gestor para a promoção de ambientes mais positivos**

A segunda questão formulada aos participantes foi: “Qual o seu contributo para a promoção de ambientes de prática de enfermagem mais positivos?”. Da análise de conteúdo, na lógica do referencial de Donabedian (2005) emergiram três áreas temáticas: “contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Estrutura”; “contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Processo” e “contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Resultado”.

No Quadro 8, podemos observar as categorias e subcategorias que emergiram na área temática “contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Estrutura”. As respostas dos participantes centraram-se em categorias

relacionadas com a “formação e crescimento profissional”, a “liderança e gestão de equipas”, o “ambiente de trabalho saudável” e o “reconhecimento e valorização dos enfermeiros”.

Na categoria “formação e crescimento profissional” emergiram subcategorias relacionadas com o “desenvolvimento profissional dos enfermeiros”, o “adequar competências às necessidades do serviço” e o “incentivo à inovação e investigação”.

Na categoria “liderança e gestão de equipas”, as respostas dos participantes focaram-se nos “estilos de liderança eficazes”, na “gestão eficiente de recursos” e na “gestão de conflitos”.

O “ambiente de trabalho saudável” também emergiu como categoria de preocupação com contributos dos participantes, que reforçaram o “equilíbrio entre a vida pessoal e profissional” e as “condições de trabalho”.

Na quarta categoria desta área temática, “reconhecimento e valorização dos enfermeiros” as respostas dos participantes agregaram-se no “reconhecimento das boas práticas”, no “reconhecimento profissional” e nos “incentivos e recompensas”.

**Quadro 8 – Contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Estrutura**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>n</b>	<b>Unidades de registo: exemplos</b>
Formação e crescimento profissional	Desenvolvimento profissional dos enfermeiros	10	” ... <i>fomentar a formação contínua dos enfermeiros...</i> ” (P28) ”... <i>impulsionar a formação em contexto de trabalho e a formação contínua</i> (P65)
	Incentivo à inovação e investigação	4	”... <i>promover uma prática baseada na evidência...</i> ” (P64) ”... <i>incentivar os enfermeiros a realizar investigação...</i> ” (P94)

	Adequar competências às necessidades do serviço	2	<p>“...facilitar a autonomia, responsabilidades e competências na prática clínica...” (P73)</p> <p>“...adequar as competências profissionais aos locais de trabalho...” (P101)</p>
Liderança e gestão de equipas	Estilos de liderança eficazes	4	<p>“...mais liderança pelo exemplo...” (P53)</p> <p>“...liderança democrática e transformacional...” (P55)</p>
	Gestão eficiente de recursos	3	<p>“...gestão eficaz das necessidades quer de recursos humanos quer materiais...” (P56)</p> <p>“...zelar pelas dotações seguras...” (P48)</p>
	Gestão de conflitos	4	<p>“...gerir conflitos e problemas relacionados com recursos humanos e outros...” (P73)</p> <p>“...interceder junto da direção quando necessário e possível para a resolução de problemas...” (P60)</p>
Ambiente de trabalho saudável	Condições de trabalho	3	<p>“...promoção de ambiente de trabalho saudável, motivador e estimulante das boas práticas...” (P7)</p> <p>“...zelar pelo espaço físico da unidade funcional...” (P48)</p>
	Equilíbrio entre a vida pessoal e profissional	7	<p>“...proporcionar momentos de laser com atividades de Team building fora do tempo e local de trabalho ...” (P28)</p> <p>“...flexibilidade nos horários de trabalho compatíveis com a vida familiar...” (P68)</p>
	Reconhecimento de boas práticas	5	<p>“...realçar, reconhecer e elogiar as boas práticas...” (P56)</p> <p>“...reconhecimento do bom desempenho...” (P47)</p>

Reconhecimento e valorização dos enfermeiros	Reconhecimento profissional	4	“...reforçar e elogiar o esforço da equipa...” (P43) “...respeitar e reconhecer a individualidade de cada profissional...” (P54)
	Incentivos e recompensas	3	“...certificados de apreço anual à equipa...” (P46) “...incentivar, motivar, mostrar resultados positivos...” (P73)

No que se refere às contribuições no âmbito da componente Processo, emergiram as categorias e subcategorias apresentadas no Quadro 9.

Na primeira categoria “trabalho colaborativo e comunicação em equipa”, os contributos abordaram aspetos de “melhoria da comunicação interna”, “partilha de experiências e opiniões”, “escuta ativa e disponibilidade” e na “colaboração e trabalho em equipa”.

Relativamente às “estratégias de melhoria e garantia da qualidade dos cuidados” as respostas dos participantes reportaram-se a contributos como a “criação de grupos de trabalho da qualidade e segurança” e ainda na “implementação de planos de melhoria contínua”.

**Quadro 9 – Contribuições do enfermeiro gestor no âmbito da componente Processo**

Categorias	Subcategoria	n	Unidades de registo: exemplos
Trabalho colaborativo e comunicação em equipa	Melhoria da comunicação interna	7	“...exercer a comunicação positiva...” (P62) “...comunicar de forma adequada e assertiva com os profissionais...” (P49)
	Escuta ativa e disponibilidade	4	“...relação de proximidade permanente...” (P23) “...estar sempre presente e escutar as necessidades dos profissionais...” (P63)
	Partilha de experiências e opiniões	3	“...proporcionar momentos de partilha, reflexão e suporte...” (P76)

			<i>“...criar momentos de partilha de experiências entre as várias UF” (P102)</i>
	Colaboração e trabalho em equipa	4	<i>“...melhorar a articulação entre equipa, gestão intermédia e a gestão de topo...” (P24)</i> <i>“...promover um ambiente favorável à colaboração e trabalho em equipa...” (P11)</i>
Estratégias de melhoria e garantia da qualidade dos cuidados	Criação de grupos de trabalho da qualidade e segurança	3	<i>“...assegurar as adequadas condições para o desempenho de atividades no âmbito da qualidade e segurança...” (P76)</i> <i>“...constituição de grupos de trabalho, nomeadamente ao nível da auditoria clínica em enfermagem...” (P26)</i>
	Implementação de planos de melhoria contínua	3	<i>“...identificar áreas de melhoria e tomar medidas corretivas...” (P73)</i> <i>“...esforço diário para assegurar melhoria contínua do ambiente de prática clínica, através de planos de melhoria...” (P82)</i>

Relativamente às contribuições no âmbito da componente Resultado, as mesmas apresentam-se no Quadro 10, com uma categoria subdividida em quatro subcategorias.

As respostas enunciam aspetos inerentes à categoria “avaliação e monitorização sistemática”, com contributos relacionados com a “avaliação do desempenho profissional”, a “avaliação das condições de trabalho, a “avaliação da motivação e satisfação profissional” e a “avaliação dos cuidados prestados”.

**Quadro 10 – Contribuições no âmbito da componente Resultado**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>n</b>	<b>Unidades de registo: exemplos</b>
	Avaliação do desempenho profissional	3	<i>“...proceder ao acompanhamento das equipas no âmbito da contratualização e da negociação dos objetivos SIADAP 3...” (P26)</i>

Avaliação e monitorização sistemática			<i>“...assegurar a implementação do SIADAP...” (P12)</i>
	Avaliação dos cuidados prestados	2	<i>“...fomentar a análise e monitoração dos indicadores de enfermagem nas reuniões de equipa mensais...” (P28)</i> <i>“...envolvimento dos profissionais na avaliação da satisfação das necessidades saúde dos utentes...” (P96)</i>
	Avaliação das condições de trabalho	1	<i>“...assegurar a avaliação regular das condições de trabalho...” (P82)</i>
	Avaliação da motivação e satisfação profissional	4	<i>“...implementação de um plano de melhoria promotor da monitorização da satisfação profissional...” (P98)</i> <i>“...monitorização anual da satisfação dos enfermeiros...” (P52)</i>

A análise das áreas temáticas, categorias e subcategorias revela um foco claro na necessidade de estimular a participação dos enfermeiros nas políticas e decisões nos serviços, garantir o seu desenvolvimento e crescimento contínuo e promover um ambiente seguro e de alta qualidade.

Para isso, os participantes advertem para a importância de adotar estratégias inovadoras de liderança, comunicação assertiva, escuta ativa e motivação através do elogio. Cada área tem implicações importantes para a satisfação, motivação e a eficiência no trabalho, e as práticas sugeridas são projetadas para apoiar um ambiente de trabalho positivo e produtivo.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois de apresentados os dados obtidos, neste capítulo procede-se à síntese e discussão dos aspetos do estudo mais relevantes, tendo em consideração os objetivos previamente definidos e em comparação com outras investigações desenvolvidas.

O estudo teve a participação de 112 enfermeiros gestores ou a exercer funções de gestão nos CSP. Decorrente da análise das variáveis sociodemográficas verifica-se que dos 112 participantes, a maioria era do género feminino (80,4%), com uma idade média de 53,8 anos (DP=7,40). Estes resultados vêm corroborar os dados atualizados pela OE em dezembro de 2023, onde é evidente a predominância do género feminino na profissão (OE, 2023).

No que se reporta à região do país, predominaram os participantes da região Norte (59,8%). Quanto ao tempo de exercício profissional na profissão, o tempo médio foi de 31,3 anos (DP=7,50). O tempo médio de exercício de funções na área da gestão foi de 13,0 anos (DP=8,60). No que se reporta à condição em que exerce a profissão, 51,8% dos participantes são enfermeiros gestores e 48,2% estão em funções de gestão.

Em relação ao grau académico, a maioria é licenciado (51,8%), seguindo-se o mestrado (42,9%). Atendendo a que em Portugal para o exercício da profissão é necessário o grau académico de licenciatura, os resultados vão de encontro ao esperado.

A maioria dos enfermeiros é detentor de competências acrescidas (70,5%) predominando a competência acrescida avançada em gestão (97,5%), e a competência acrescida avançada em supervisão clínica (16,5%). De referir que dos participantes detentores de competências acrescidas, 69,6% têm apenas a competência acrescida avançada em gestão. Ainda em consonância com os dados emanados pelo órgão regulador, relativamente à área de competências, verifica-se a predominância da competência avançada em gestão (OE, 2023).

Estes dados são significativos no sentido em que as competências em gestão e supervisão clínica são essenciais para o exercício de funções de enfermeiro gestor.

Uma vez evidenciadas as principais características dos participantes do estudo, atendendo aos objetivos formulados, em seguida apresentam-se os resultados mais significativos na caracterização dos ambientes de prática profissional.

Podemos considerar que o investimento feito nos últimos anos nos ambientes de prática de enfermagem nos CSP, nomeadamente no aumento de profissionais de saúde, na acreditação das USF, permitiu introduzir ferramentas de planeamento e monitorização com melhorias na qualidade dos cuidados. A criação de mais UCC com alocação de enfermeiros especialistas e o aumento de enfermeiros gestores em funções de gestão e coordenação nas unidades de saúde, impactou positivamente as componentes Estrutura e Processo (Pisco & Pinto, 2020).

No entanto, na componente Resultado, apesar de apresentar percentagens médias nas suas dimensões que demonstram ambientes favoráveis à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros, ainda carece de uma atenção diferenciada por parte dos enfermeiros gestores e das instituições. Tal facto pode estar relacionado com uma baixa perceção ou sensibilidade por parte dos mesmos, em fatores relacionados com o resultado final dos ambientes da prática, o seu real impacto na saúde das pessoas e satisfação dos profissionais.

Tendo por base os dados apresentados, podemos verificar que nenhuma componente e dimensão apresentou média  $<1,75$ , o que significa que na perceção dos participantes, nenhuma dimensão das subescalas foi considerada como pouco favorável à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros.

Relativamente às médias compreendidas entre 1,75 e 2,75, que correspondem a dimensões dos ambientes de prática profissional moderadamente favoráveis à qualidade dos cuidados e ao bem-estar dos enfermeiros, foi na componente Estrutura, especificamente na dimensão “políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros” onde o item “a instituição apresenta estratégias de motivação,

bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros”, apresentou média inferior ( $\bar{X}=2,31$  /  $DP=1,10$ ).

No que se refere à componente Estrutura, a dimensão com maior média foi a “gestão de pessoas e liderança no serviço” ( $\bar{X}=4,20$  /  $DP=0,80$ ). Este dado vem reforçar os resultados de estudos anteriores realizados em Portugal por Ribeiro et al. (2021), em que apesar de alguns aspetos inerentes a esta dimensão constituírem fragilidades, os enfermeiros gestores consideram que a gestão e liderança nos serviços tem sido favorável.

Por outro lado, na mesma componente Estrutura, apresentou-se uma das dimensões com média mais baixa “políticas institucionais e envolvimento dos enfermeiros” ( $\bar{X}=3,20$  /  $DP=0,80$ ). Este resultado é congruente com estudos realizados em Portugal em contexto hospitalar (Ribeiro et al., 2022a; Ribeiro et al., 2022b), onde foi constatado que independentemente do contexto profissional, esta é uma dimensão frágil, que requer uma ação emergente. Num estudo realizado em contexto de pandemia, também se destacou a baixa participação dos enfermeiros e envolvimento dos mesmos nas políticas da instituição, o que na perspetiva dos autores são aspetos desfavoráveis aos ambientes de prática (Santos et al., 2021).

No âmbito da componente Processo, da análise efetuada verificou-se que as dimensões “práticas autónomas no exercício profissional” ( $\bar{X}=3,80$  /  $DP=0,60$ ) e “práticas colaborativas e continuidade de cuidados” obtiveram maior média ( $\bar{X}=3,80$  /  $DP=0,70$ ). Estes dados podem estar relacionados com o aumento da autonomia dos enfermeiros nos CSP, em que a maioria das suas atividades, apesar de executadas em estreita colaboração, são essencialmente exercidas de forma autónoma com tomada de decisão sobre o melhor cuidado a prestar à pessoa e à família.

Acrescenta-se ainda, pelo perfil de competências dos enfermeiros dos CSP, a melhor articulação e colaboração entre serviços hospitalares e CSP, e entre as diferentes UF na promoção da continuidade de cuidados.

A dimensão da componente Processo que obteve a média inferior foi “estratégias para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados” ( $\bar{X}= 3,60 / DP= 0,80$ ). Este dado vem reforçar a fragilidade desta dimensão nos serviços, evidenciada no estudo de Ribeiro et al. (2021) no âmbito dos ambientes de prática profissional.

Nos resultados qualitativos, verificou-se que esta dimensão constituiu uma preocupação dos participantes, apresentando-se estratégias como, “momentos de partilha de experiências” (n=3/89) e “momentos de reflexão sobre os indicadores e as práticas” (n=2/89). Segundo Dias (2018) os indicadores de qualidade são uma parte fundamental para avaliar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem possibilitando a tomada de decisão a nível operacional, tático e estratégico, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade em saúde (Dias, 2018). Contudo, ainda existem dificuldades evidentes por parte dos profissionais em utilizar os indicadores para avaliar a qualidade dos resultados dos cuidados, bem como falhas na reflexão sobre os mesmos (Silveira, 2015).

A componente Resultado foi a que obteve por parte dos participantes a média mais baixa ( $\bar{X}=3,30 / DP=0,80$ ). A dimensão “avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem” obteve média de 3,40 (DP=0,80) e a “sobrecarga, acidentes de trabalho e absentismo dos enfermeiros” uma média inferior ( $\bar{X}= 3,20 / DP=1,00$ ). Este valor confirma, que embora a componente Resultado seja favorável à qualidade e ao bem-estar dos enfermeiros, há fraquezas inerentes a estas dimensões no contexto de prática, que carecem de atenção especial por parte dos enfermeiros gestores, não sendo ainda priorizada pelos mesmos.

Estudos revelam que os acidentes de trabalho e o absentismo, além de comprometerem a estabilidade de uma equipa, são sinónimo de mais custos para as organizações, sendo fundamental a sua avaliação (Ribeiro, 2018). Ainda neste enquadramento, Cavalcante et al. (2015), referem que indicadores em saúde não têm apenas um carácter fiscalizador, sendo uma ferramenta essencial para a compreensão do nível em que estamos e para onde queremos ir.

O Quadro 11 apresenta o resumo dos 10 itens que obtiveram as médias inferiores. Importa referir que a maioria desses itens se reportam à componente Estrutura e Resultado o que evidencia a necessidade de um maior investimento na criação de condições favoráveis ao exercício dos enfermeiros e na monitorização dos efeitos nas pessoas, nos profissionais e nas organizações.

**Quadro 11 – Distribuição dos 10 itens com médias inferiores**

Item	Média $\bar{X}$	Componente
A unidade/serviço apresenta um rácio enfermeiro/clientes apropriado.	3,16	Estrutura
O sistema de informação em suporte eletrónico dá resposta às necessidades de documentação dos enfermeiros.	3,13	Processo
A avaliação de desempenho dos enfermeiros é precisa e rigorosa, sendo reveladora do seu real desempenho.	3,12	Resultado
A satisfação profissional dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	3,09	Resultado
Na instituição os enfermeiros são auscultados para a seleção de materiais e equipamentos.	2,97	Estrutura
Os cuidados omissos (cuidados que ficam por realizar) são monitorizados de forma sistemática	2,88	Resultado
A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	2,87	Resultado
A instituição promove a participação dos enfermeiros na definição das políticas internas.	2,84	Estrutura
A instituição tem uma política de incentivo à inovação e à investigação em enfermagem	2,76	Estrutura
A instituição apresenta estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros.	2,31	Estrutura

Conforme descrito anteriormente, a dimensão com a média mais baixa classificada pelos participantes, foi a dimensão “políticas institucionais e envolvimentos dos enfermeiros”, tal como evidenciado nos estudos realizados por Ribeiro et al. (2022a; 2022b), em contexto hospitalar.

Destacam-se como pior pontuados os itens “a instituição apresenta estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros”, a “instituição tem uma política de incentivo à inovação e à investigação” e a “instituição promove a participação dos enfermeiros na definição das políticas internas”.

Neste enquadramento, nos achados qualitativos, os enfermeiros gestores referiram como fator da componente Estrutura promotor de ambientes mais positivos a “definição das políticas organizacionais” a vários níveis, destacando a “política de reconhecimento e valorização profissional” com a maior frequência de respostas (n=10/89), assim como a “política de incentivos” (n=6/89).

Os participantes apresentaram como contributo para a promoção de ambientes mais positivos, a prática baseada no “reconhecimento das boas práticas” (n=5/89). No estudo realizado por Hart (2015), os enfermeiros manifestam falta de reconhecimento pela complexidade do seu trabalho, para além do sentimento de subvalorização, o que tem um impacto significativo na forma como desempenham o seu trabalho. Torna-se deste modo importante para manter a motivação dos enfermeiros, a utilização de estratégias propostas pelos participantes, como o elogio regular e reforço das boas práticas.

A dimensão da componente Resultado que se destaca com média inferior, é a “avaliação sistemática dos cuidados e indicadores de enfermagem” em que se identificam os itens “a avaliação de desempenho dos enfermeiros é precisa e rigorosa, sendo reveladora do seu real desempenho” ( $\bar{X}=3,12 / DP=1,09$ ) e “a satisfação profissional dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática” ( $\bar{X}=3,09 / DP=1,00$ ).

Na análise qualitativa verificamos que os participantes identificaram como fatores da componente Resultado promotores de ambientes mais positivos, a “avaliação de desempenho justa e rigorosa” (n=2/89) e apresentaram como contributos realizar a “avaliação do desempenho profissional” (n=3/89) e a “avaliação da motivação e satisfação profissional” (n=4/89).

Os dados evidenciam que os enfermeiros na sua generalidade, mas em particular os enfermeiros gestores têm ainda dificuldades em enunciar os resultados sensíveis aos cuidados, aos profissionais e às organizações, o que justifica que neste estudo os achados relativos a esta componente tenham sido menos frequentes, apresentando as médias mais baixas.

Apesar de nos dados qualitativos se fazer referência a esta componente, o destaque foi essencialmente no âmbito da avaliação dos resultados relacionados com os profissionais, sendo os resultados relacionados com os cuidados prestados às pessoas pouco espelhado.

No Quadro 12 apresentam-se os itens com melhor média, que se integram maioritariamente na dimensão “gestão de pessoas e liderança no serviço” da componente Estrutura, correspondendo a ambientes de prática muito favoráveis à qualidade dos cuidados e bem-estar dos enfermeiros, uma vez que apresentam valores superiores a 4.

**Quadro 12 – Distribuição dos 10 itens com médias superiores**

<b>Item</b>	<b>Média <math>\bar{X}</math></b>	<b>Componente</b>
Enquanto enfermeiro gestor valoriza a opinião e as ideias inovadoras dos enfermeiros.	4,40	Estrutura
Enquanto enfermeiro gestor enaltece o empenho dos enfermeiros da equipa em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.	4,30	Estrutura
Enquanto enfermeiro gestor garante equidade nos horários de trabalho e flexibilidade para alterações nos mesmos.	4,29	Estrutura
Enquanto enfermeiro gestor potencia o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lidera.	4,28	Estrutura
Enquanto enfermeiro gestor apoia os enfermeiros da equipa nas dificuldades que emergem no dia-a-dia, mesmo quando em conflito com outros profissionais.	4,25	Estrutura

Enquanto enfermeiro gestor orienta os enfermeiros numa atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	4,23	Estrutura
Na unidade/serviço adota-se um plano de integração para os enfermeiros recém-admitidos.	4,15	Estrutura
Na unidade/serviço a metodologia de trabalho de enfermagem é promotora da qualidade dos cuidados e garante práticas seguras.	4,03	Estrutura
Os enfermeiros agem em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional.	4,03	Processo
Na unidade/serviço, os projetos de melhoria contínua da qualidade têm em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	4,01	Estrutura

Tal como ficou claro no quadro 12, os itens melhores pontuados são inerentes à dimensão “gestão de pessoas e liderança no serviço” concluindo-se que os enfermeiros gestores têm uma percepção positiva relativamente à importância do seu papel na gestão.

Nesta dimensão destacam-se os itens “enquanto enfermeiro gestor valoriza a opinião e as ideias inovadoras dos enfermeiros.” ( $\bar{X}=4,40$  /  $DP=0,84$ ) e “enquanto enfermeiro gestor potencia o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lidera” ( $\bar{X}=4,28$  /  $DP=0,86$ ).

Nas respostas dos participantes que culminaram nos achados qualitativos, a adoção de “estilos de liderança” ( $n=4/89$ ) foi identificada como estratégia eficaz de gestão das pessoas. Estudos comprovam que a liderança eficaz é um ingrediente essencial para alcançar um ambiente de trabalho saudável e desenvolver a profissão (Barros & Silva, 2023). Verificando-se ainda que os participantes apostam no “desenvolvimento profissional dos enfermeiros” ( $n=10/89$ ), potenciando a “formação e crescimento profissional” dos mesmos.

Ainda na sequência das dimensões com maior média da componente Estrutura, salienta-se a “organização e orientação para a prática de enfermagem” ( $\bar{X}=3,90$  /  $DP=0,7$ ) com destaque do item “na unidade/serviço adota-se um plano de integração para os enfermeiros recém-admitidos” ( $\bar{X}=4,15$  /  $DP=0,93$ ).

Da componente Processo a dimensão que obteve melhor média ( $\bar{X}=3,80$  /  $DP=0,60$ ) foi “práticas autónomas no exercício profissional”, apresentando-se o item “os enfermeiros agem em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional” ( $\bar{X}=4,03$  /  $DP=0,84$ ) como muito favorável à qualidade de cuidados e bem-estar dos enfermeiros. Isto justifica que nos achados qualitativos os participantes não tenham apresentado contributos no sentido de reforçar a atuação dos enfermeiros em consonância com os instrumentos reguladores da profissão. Neste enquadramento, na perspetiva de Anunciada & Lucas (2021), para a criação de ambientes de prática mais favorável é fundamental a implementação de métodos de trabalho que promovam e melhorem a autonomia do exercício profissional dos enfermeiros.

O destaque dos dados qualitativos resultantes dos contributos dos participantes na componente Processo foram para a dimensão “práticas colaborativas e continuidade de cuidados”. O “trabalho colaborativo e comunicação em equipa” foi a categoria com uma frequência significativa de contributos, destacando-se a “melhoria da comunicação interna” ( $n=7/89$ ), a “colaboração e trabalho em equipa” ( $n=4/89$ ), e a “escuta ativa e disponibilidade” ( $n=4/89$ ).

Estes resultados vão de encontro a alguns autores que referem que, em virtude das exigências dos serviços de saúde, da quantidade e complexidade de informação com que os profissionais se deparam, a “comunicação é um importante processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos ou sentimentos entre pessoas” (Teixeira 2013, p. 255), sendo imprescindível ao sucesso de qualquer organização. A comunicação é um elemento fundamental do trabalho em equipa, para que as mesmas sejam bem-sucedidas (Rosengarten, 2019).

Da componente Resultado nenhuma dimensão apresentou valores superiores a 4, o que demonstra a necessidade de um investimento nas dimensões desta subescala.

A evidência de participantes com idade superior pontuarem melhor as componentes Processo e Resultado, assim como os ambientes de prática no global, poderá ser justificada pelo facto de gerações mais jovens estarem

atualmente a reivindicar contextos de trabalho que se coadunem mais com o atual desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Da confrontação entre os resultados quantitativos e qualitativos fica claro que, os enfermeiros gestores ou em função de gestão estão consciencializados do seu contributo para a promoção de ambientes de prática de enfermagem mais positivos, o que enquanto investigadores nos incita a continuar a investigação nesta área, na tentativa de conhecer quais os motivos para uma atuação nem sempre congruente com o verbalizado.

## 6. CONCLUSÃO

Os ambientes de prática profissional de enfermagem têm sofrido nos últimos anos alterações, com impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados e no bem-estar dos enfermeiros.

No momento em que o nosso país e o mundo procuram implementar estratégias para recuperação da crise pandémica dos últimos quatro anos, torna-se ainda mais crucial investir na melhoria dos ambientes de prática profissional dos enfermeiros, que constituem a maior classe profissional na área da saúde.

Os gestores na área da saúde e, em particular, os enfermeiros gestores assumem um papel crucial nos ambientes onde os enfermeiros exercem a sua prática profissional, devendo a sua ação centrar-se na qualificação e monitorização dos ambientes de prática profissional, em particular nas suas componentes essenciais, nomeadamente Estrutura, Processo e Resultado.

O desenvolvimento desta investigação, sustentada na prática dos enfermeiros gestores no contexto dos CSP, através da caracterização dos ambientes de prática profissional e no conhecimento da sua perceção sobre esses ambientes, representou um verdadeiro desafio.

A falta de estudos em Portugal no contexto dos CSP, a relevância do conhecimento dos ambientes onde decorrem as suas práticas, a par da perceção dos enfermeiros gestores sobre os fatores promotores da qualidade de cuidados e bem-estar dos enfermeiros, foi a principal motivação.

O ambiente de prática profissional de enfermagem é essencial para a melhoria dos cuidados de enfermagem, para o desenvolvimento profissional e bem-estar dos enfermeiros, assim como para os indicadores organizacionais, sendo fundamental encontrar meios de o valorizar e promover, sendo a sua avaliação uma estratégia essencial para o enfermeiro gestor.

Na generalidade, pela aplicação da escala de avaliação dos ambientes de prática de enfermagem, verificou-se que os enfermeiros que participaram no estudo

consideram que o ambiente de prática profissional é favorável à qualidade dos cuidados e bem-estar dos enfermeiros. Em relação às componentes Processo e Resultado, a idade do enfermeiro gestor teve um efeito positivo, na medida em que enfermeiros com mais idade pontuaram melhor essas componentes.

Ficou claro que existem necessidades de melhoria em algumas áreas e aspetos das componentes Estrutura, Processo e Resultado, apesar de terem sido apresentadas pelos enfermeiros gestores estratégias e contributos importantes.

Face ao exposto, tendo em conta os resultados que se destacam, no âmbito da componente Estrutura, face às dimensões mais frágeis e aos achados qualitativos, torna-se necessário investir em:

- Adequação das dotações seguras de enfermagem, essencialmente adequação do rácio de utentes por enfermeiro;
- Melhores condições do ambiente físico;
- Maior proximidade entre a gestão de topo e os enfermeiros e os enfermeiros gestores;
- Promoção da participação dos enfermeiros na definição das políticas internas da instituição;
- Existência de uma política de incentivo à inovação e à investigação em enfermagem nos CSP;
- Definição de estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros.

No que se refere à componente Processo, torna-se fundamental investir em:

- Desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem que dê resposta às necessidades de documentação dos enfermeiros;
- Promoção de momentos de reflexão sobre as práticas e análise dos indicadores de saúde;

Em relação à componente Resultado, verificou-se a necessidade em investir na:

- Criação e monitorização de procedimentos de avaliação de desempenho justo e rigoroso para os enfermeiros;

- Monitorização sistemática da satisfação e motivação profissional dos enfermeiros;
- Monitorização dos cuidados omissos;
- Monitorização sistemática da sobrecarga, acidentes de trabalho dos enfermeiros

A análise dos dados qualitativos revelou a consciencialização dos participantes em estimular a participação dos enfermeiros nas políticas e decisões dos serviços, em garantir o desenvolvimento profissional contínuo e promover um ambiente seguro e saudável. Apresentaram como medidas fundamentais, estratégias de liderança, comunicação assertiva, escuta ativa, valorização e motivação profissional. As suas perceções e contributos para a criação de ambientes mais saudáveis centraram-se no aperfeiçoamento de capacidades de gestão, sempre na perspetiva de melhoria contínua da qualidade, considerando importante, mesmo que com grandes dificuldades organizacionais, a aplicação de mecanismos de recompensa, reconhecimento e desenvolvimento dos enfermeiros.

Por fim, é o momento de fazer um balanço deste percurso de investigação.

A realização deste estudo permitiu obter uma visão acerca do ambiente de prática de enfermagem dos CSP, reforçando a importância da participação dos enfermeiros nas políticas institucionais, das oportunidades de valorização e progressão na carreira, da descentralização da tomada de decisão e, sobretudo, de uma liderança de enfermagem forte, efetiva e transformacional.

Considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos, apresentando-se a caracterização dos ambientes de prática profissional de enfermagem dos CSP, a partir da perceção dos enfermeiros gestores ou em funções de gestão. Acredita-se que o estudo trouxe contributos para a prática dos cuidados, para a gestão, para o ensino e para a investigação de enfermagem. A aplicação da escala *SEE-Nursing Practice* versão curta permitiu reforçar a sua validade, e dessa forma contribuir com evidência científica, através da caracterização do ambiente de prática profissional dos enfermeiros inquiridos.

Como principais limitações deste estudo apontam-se a amostra reduzida e o método de amostragem que, sendo não probabilístico, trouxe limitações à generalização dos resultados, todavia, foi o possível face ao tempo e recursos disponíveis. Assim, sugere-se que em estudos futuros, se procure obter uma amostra mais representativa dos enfermeiros gestores, de forma a aumentar a compreensão sobre as características do ambiente de prática de enfermagem e a dimensão do impacto que esses ambientes têm no desempenho dos enfermeiros.

Continuar a investir no ambiente de prática em CSP em Portugal é, e deve ser na atualidade, um imperativo, para que os administradores e enfermeiros gestores possam implementar medidas que promovam ambientes de prática positivos.

Espera-se que os resultados obtidos nesta investigação possam trazer aos enfermeiros gestores uma nova forma de olhar para as práticas de enfermagem, para os seus ambientes, para a qualidade dos cuidados e bem-estar dos enfermeiros nos CSP.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, CM, Zheng, C., Norful, AA, Ghaffari, A., Liu, J., & Poghosyan, L. (2021). Ambiente de prática de cuidados primários e esgotamento entre enfermeiros. *O Jornal para Enfermeiros Praticantes*, 17(2) 157-162. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415520306097>.
- Alenazy, FS, Dettrick, Z. e Keogh, S. (2023). A relação entre ambiente de prática, satisfação no trabalho e intenção de saída em enfermeiros de cuidados intensivos. *Enfermeiros Critic Care*, 28(2). 167-176. <https://doi.org/10.1111/nicc.12737>.
- Amado, J. (2021). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Anunciada, S., & Lucas, P. (2021). Ambiente de prática de enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 145 – 154. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, (Eds.). (2015). *A liderança do enfermeiro gestor e a segurança do utente. Vencendo desafios*, Traçando Novos Rumos, 5.º Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, Évora.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2021). *Referencial de competências para o enfermeiro da área da gestão*. <http://www.apegel.org/paginas/pág.14>.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2024) *O Enfermeiro Gestor*. Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança. <http://www.apegel.org/Paginas/apresentacao>.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, S.; Silva, J. (2023) Os enfermeiros gestores e os ambientes de prática de enfermagem in livro O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos: um roteiro para a Qualidade e Segurança*. (capítulo V / 219-224) Edições técnicas - Lidel.
- Benardino, E. (2018). *Satisfação dos profissionais de enfermagem em Portugal: Análise estatística*. Ordem dos Enfermeiros.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). Primary health care reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-712. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28300980&lang=pt-pt&site=ehost-live>.

- Borges, M., & Coelho, F. (2017). Primary health care in Portugal: A multidisciplinary analysis. *London Journal of Primary Care*, 9(5), 80–84. <https://doi.org/10.1080/17571472.2017.1358792>.
- Borges, M., et al. (2019). Primary health care in Portugal: A multidisciplinary analysis. *London Journal of Primary Care*, 11 (2), 37 – 40. <https://doi.org/10.1080/17571472.2019.1600573>.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5 – 11. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cuidado+de+saude+primarios+em+Portugal#0>.
- Cabral, A., et al. (2020). Promoting user-centeredness in primary healthcare services: The Portuguese case. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e2. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000425>.
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice: Systematic review. *Millenium*, 2 (11), 57 – 64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>.
- Callado, A. (2019). Ambiente de prática e a sua importância para a enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 92 – 107.
- Cavalcante, P.S., Rossaneis, M.A., Haddad, M.D., & Gabriel, C.S. (2015). Healthcare quality indicators used in hospital Nursing care management. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(6), 787-793. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7052>.
- Chora, J., & Chora, M. (2023). Gestão de pessoas e liderança nos serviços in O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos* (capítulo II/pp. 52 – 60). Edições Técnicas- LIDEL.
- Coppetti, L., Girardon-Perlini, N., Andolhe, R., & Dalmolin, A. (2018). Produção científica da enfermagem sobre o cuidado familiar de idosos dependentes no domicílio. *ABC do Enfermagem*, 10 (1), 1 – 13. <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1119/835>.
- Coutinho, C. P. (2016). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Edições Almedina.
- Decreto-lei n.º 413/71 (1971). Ministério da Saúde e Assistência. *Diário da República: 1ª Série*, vol.228, 1406–1430. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>.
- Decreto-lei n.º 298/2007 (2007). Ministério da Saúde. *Diário da República: I Série*, n.º 161/2007. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/298/2007/08/22/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 24101/2007 (2007). Ministério da Saúde. *Diário da República: II Série*, n.º .203/2007. 30419. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>.

- Decreto-lei n.º 28/2008 (2008). Ministério da saúde: Criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República: I série*, N.º 38, 1182-1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>.
- Decreto-lei n.º 248/2009 (2009). Ministério da Saúde. *Diário da República: I Série*, nº 184/2009, 6761 – 6765. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/248-2009-490413>.
- Decreto-lei n.º 71/2019 (2019). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República: I Série*, N.º 101. 2626-2642. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>.
- Decreto-lei n.º 52/2022 (2022). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República: I Série*, N.º 150, 5-52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>.
- Decreto-lei n.º 102/2023 (2023). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República: I Série*, N.º 215. 4-20. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>.
- Despacho n.º 10143/2009 (2009). Ministério da Saúde. *Diário da República, Série II*, N.º 74/2009, 15438–15440. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>.
- Dias, C.F. (2018). *Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em um hospital universitário*. Universidade Federal de Santa Maria.
- Donabedian, A. (2003). *Uma introdução à garantia de qualidade na assistência à saúde*, Oxford University Press. Oxford. Reino Unido.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691 – 729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- Donley, J. (2021). The impact of work environment on job satisfaction: Pre-COVID research to inform the future. *Nurse Lead*, 19 (6), 585 – 589. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.009>.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, C. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório de acesso livre. <http://hdl.handle.net/10400.26/25785>.
- Freixo, M. J. V. (2018). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (5ª ed.). Instituto Piaget.
- Gonçalves, F. (2018). Unidades Locais de Saúde: Uma visão integrada dos cuidados de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 36 (2), 107 – 113.
- Gonçalves, M. (2023). *Organização dos cuidados de saúde primários em Portugal: Uma revisão sistemática da literatura* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/13570>.

- Governo Português (2023) *Nova organização dos cuidados de saúde: conheça a grande reforma do SNS para 2024*. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=nova-organizacao-dos-cuidados-de-saude-conheca-a-grande-reforma-do-sns-para-2024>.
- Hart, C., (2015). The elephant in the room: Nursing and Nursing power on na interprofessional team: *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(8), 349-355. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25247656>.
- Internacional Council of Nurses (2022). *Enfermeiros: Uma voz para liderar Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde de global – do original - «Nurses: A Voice to Lead Invest in nursing and respect rights to secure global health»*. Internacional Council os Nurses. 2022. Genebra. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26191/icn\\_kit\\_portugu%C3%AAs\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26191/icn_kit_portugu%C3%AAs_vf.pdf).
- Jesus, É. H., Roque, S., & Amaral, A. F. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26 – 44.
- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005 – 2018: O futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(5), e0000000. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000000>.
- Lima, L. F., & Santos, R. A. (2019). Capacitação e competências do enfermeiro gestor: Revisão da literatura. *Journal of Nursing Management*, 27 (7), 1873–1880. <https://doi.org/10.1111/jonm.12766>.
- Mabona, J. F., et al. (2022). Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 27, 1788. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1788>.
- Mello, F. M., & Guimarães, R. C. (2015). *Métodos estatísticos para o ensino e a investigação nas ciências da saúde. Com utilização do SPSS (1ª ed.)*. Edições Sílabo. <http://hdl.handle.net/10174/16559>.
- Mendes, F. R. P., Gemitto, M. L. G. P., Caldeira, E. C., Serra, I. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 841-853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.13592016>.
- Mendes, J., & Carvalho, P. (2021). Desenvolvimento de competências em ambiente de prática: Estudo qualitativo. *Enfermagem & Saúde*, 35 (4), 14 – 22.
- Ministério da Saúde. (2006). *Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. [https://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp\\_2012.09.30\\_2.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf).

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde 2018*, Portugal. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf).
- Ministério da Saúde. (2024). *Operacionalização da contratualização interna dos cuidados de saúde primários para 2024*. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>.
- Moreira, P.; Castro, S. Silva, J. (2023) Os enfermeiros e os ambientes de prática de enfermagem In O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos: um roteiro para a Qualidade e Segurança*, (capítulo V / 204-209), Edições técnicas - LIDEL.
- Moura, J., & Silva, L. (2017). Ambiente de prática e qualidade dos cuidados: Uma análise das experiências dos profissionais de enfermagem. *Nursing Management*, 24 (4), 45 – 51.
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem Teoria e Prática (1º ed.)*. Lisboa, LIDEL.
- Oliveira, R., & Gomes, E. (2018). Avaliação do impacto da gestão no ambiente de prática de enfermagem. *Enfermagem & Pesquisa*, 16 (1), 55 – 64.
- Oliveira, M. M. (2018). *Como fazer pesquisa qualitativa (7.ª ed.)*. Vozes.
- Oliveira, F. (2022). *O papel do enfermeiro gestor na melhoria da qualidade e segurança do doente* (Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <http://hdl.handle.net/10400.26/43412>.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: *Divulgar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição enquadramento*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Desenvolvimento profissional: Certificação de competências* - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Ética e deontologia profissional de enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Perfil de competências do Enfermeiro Gestor e reconhecimento de áreas de competências. Regulamento n.º 101/2015 *Diário da República, II série*, n.º48,5948-5952. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislac>

[aoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](#)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Parecer Gestão de cuidados de enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_GestaoCuidadosEnfermagem](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_GestaoCuidadosEnfermagem).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em supervisão clínica. *Diário da República: II Série*, n.º 113, 16656 – 16663. <https://files.dre.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 76/2018 – Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República, Série II*, n.º 21, 3478 – 3487. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Relatório de atividades 2018*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5esde-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Estatística de Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Who and partners call for urgent investment in nurses*. <https://www.who.int/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>.
- Pereira, S., Fassarella, C., Resende, H., Leite, P., & Ribeiro, O. (2023). Os ambientes de prática de enfermagem e a segurança do utente. In O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos* (capítulo I/ pp. 13 – 24). Edições Técnicas - LIDEL.
- Pisco, L. (2018). Portuguese model of primary health care. *Porto Biomedical Journal*, 3 (4), e23. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2018.06.004>.
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: O percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (4), 1197-1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Artmed Editora. [https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=irZwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Polit,+D.+F.,+%26+Beck,+C.+T.+\(2011\).+Fundamento+de+Pesquisa+em+Enfermagem:+Avaliação+de+Evidências+para+a+P](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=irZwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Polit,+D.+F.,+%26+Beck,+C.+T.+(2011).+Fundamento+de+Pesquisa+em+Enfermagem:+Avaliação+de+Evidências+para+a+P)

[rática+da+Enfermagem.+Artmed+Editora&ots=hOi5mV5NN3&sig=NdjXLv33ya.](#)

- Proetti, S. (2017). As pesquisas qualitativas e quantitativas como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen, Centro Universitário Assunção (UNIFAI)*, 2 (4), 1-23.
- Rabie, T., Klopper, H., & Coetzee, S. (2017). Creative positive practice environments in a primary health care setting. *International Journal of Nursing Practice*, 23, e12555. <https://doi.org/10.1111/ijn.12555>.
- Ribeiro, O. (2018). *Conceções e Práticas dos Enfermeiros: Olhares sobre um percurso em hospitais portugueses*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Ribeiro, O. M. P. L., Vicente, C. M. F. B., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. D. L., Sousa, C. N., & Cardoso, M. F. P. T. (2020a). Instrumentos para avaliação dos ambientes de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 41 (41) <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190381>.
- Ribeiro, O. M. P. L., Vicente, C. M. F. B., Sousa, C. N., Teles, P. J. F. C., Trindade, L. L., Martins, M. M. F. P. S., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Scale for the Environment Evaluation of Professional Nursing Practice: Construct validation. *Journal of Nursing Management*, 29, 1809-1818. <https://doi:10.1111/jonm.13290>.
- Ribeiro, O., Trindade, L., Fassarella, C., Pereira, S., Teles, P., Rocha, K., Leite, P., Silva, J., & Sousa, C. (2022). Impact of COVID-19 on professional nursing practice environments and patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, 1 – 10. <https://doi.org/10.1111/jonm.13617>.
- Ribeiro, O., Trindade, L., Novo, A., Rocha, K., Sousa, C., Teles, P., Reis, A., Perandi, A., Andrigue, K., Pereira, S., Leite, P., & Silva, J. (2022). The COVID-19 pandemic and professional nursing practice in the context of hospitals. *Healthcare*, 10 (326). <https://doi.org/10.3390/healthcare10020326>.
- Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de prática de enfermagem positivos: um roteiro para a Qualidade e Segurança*, Edições técnicas - LIDEL.
- Ribeiro, O., Cardoso, M. F., Trindade, L., Rocha, K., Teles, P., Pereira, S., Coimbra, V., Ribeiro, M., Reis, A., Faria, A., Silva, J., Leite, P., Barros, S., & Sousa, C. (2023). From the first to the fourth critical period of COVID-19: What has changed in professional nursing practice environments? *Revista BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01207-x>.
- Ribeiro, O., Trindade, L. de L., Rocha, C. G. da, Teles, P. J. F. C., Mendes, M., Ribeiro, M. P., Pereira, S. C. de A., et al. (2024). Scale for the environments evaluation of professional nursing practice shortened version: Psychometric evaluation. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.13291>.
- Rosengarten, L. (2019). Teamwork in nursing: essential elements for practice. *Nursing Management*, 26 (4), 36-43.

- Roxo, A., & Gonçalves, S. (2016). Impacto da liderança na satisfação das equipas de enfermagem: Revisão sistemática da literatura. Barcarena: *Universidade Atlântica*, 5-12. <https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/handle/10884/1022?mode=full>.
- Santos, J., Balsanelli, AP, Freitas, EO, Menegon, F., Carneiro, IA, Lazzari, DD, Menezes, J., Erdmann, AL, & Camponogara, S. (2021). Ambiente de trabalho de enfermeiros hospitalares durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, *International Nursing Review*, 68(2), 228-237. <https://doi.org/10.1111/inr.12662>.
- Silva, A. F., & Ferreira, C. (2021). Cuidados de saúde primários: Uma análise dos modelos de gestão e suas implicações para a prática de enfermagem. *Enfermeria Clínica*, 31 (3), 186 – 194. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.007>.
- Silva, M. C., & Nunes, F. (2023). Políticas de saúde e organização dos cuidados primários: Desafios e perspetivas. *Política e Administração em Saúde*, 22 (4), 120 – 130.
- Silveira, V. L., Prado Júnior, P., Siman, A.G., & Amaro, M. F. (2015). The importance of using quality indicators in nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (2), 82 – 88. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>.
- Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(23), 31–39. [https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE23\\_s2.pdf](https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE23_s2.pdf)
- Starfield, B. (2008). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.
- Tavares, M. S. M. (2019). *Reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal Impacto da implementação das unidades de saúde familiar – USF* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). UBiblorum – Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8853>.
- Teixeira, G., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). O papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes de trabalho culturalmente competentes na enfermagem: Uma revisão integrativa. In *Novas tendências em pesquisa qualitativa: Investigação qualitativa em saúde: Avanços e desafios*, 13, (e664). 2-9, Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e664>.
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações*. (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O processo de construção do conhecimento* (3ª ed.). Edições Sílabo. Depósito Legal: 472809/20.

## **8. ANEXOS**

## ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

**QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS GESTORES OU EM FUNÇÕES DE GESTÃO NOS CUIDADOS  
DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

**AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE**

**PRIMÁRIOS: OLHARES DOS ENFERMEIROS GESTORES**

**IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR**

Nome: Paula Cristina da Silva Leite

Mestranda em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto

**ORIENTADOR**

Nome: Olga Ribeiro (Escola Superior de Enfermagem do Porto)

**COORIENTADOR**

Nome: Narcisa Gonçalves (Escola Superior de Enfermagem do Porto)

**INVESTIGAÇÃO**

No âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, a investigação para a qual solicitamos a sua colaboração, tem como objetivo geral: analisar as características dos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários, na perspetiva dos enfermeiros gestores. Os objetivos específicos são: analisar as características da componente Estrutura, Processo e Resultado dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores e analisar a perceção dos enfermeiros gestores sobre estratégias de melhoria dos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários. Acreditamos que os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários.

Dada a pertinência da temática, solicita-se que dê a máxima atenção às questões colocadas, marcando a sua resposta em cada questão apresentada. Pela sua natureza e objetivos, não há

respostas certas ou erradas, sendo que o importante é conhecer a sua opinião. Os dados recolhidos serão tratados de modo confidencial e, por conseguinte, nos resultados da pesquisa não serão identificados os participantes, garantindo assim o anonimato.

*A sua participação é fundamental para a realização da investigação,  
pelo que desde já, agradecemos a sua colaboração, através da  
resposta a todas as questões.*

*Muito Obrigada!*

*Paula Leite* [paulaleite79@gmail.com](mailto:paulaleite79@gmail.com)

Porto, janeiro de 2024

## AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

### Parte I - Caracterização sociodemográfica e profissional do participante

<b>Sexo</b>	Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/>		<b>Estado civil</b>	Solteiro/a <input type="radio"/> Casado/a/ União de facto <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viúvo/a <input type="radio"/>
-------------	---	--	---------------------	---

**Idade** \_\_\_\_\_ (Anos completos)

<b>Grau académico</b>	Bacharelato <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Mestrado <input type="radio"/> Doutoramento <input type="radio"/>	Área científica _____ Área científica _____
-----------------------	---	--

**É especialista numa área de enfermagem?** Sim   
Não

**No caso de ser Enfermeiro Especialista, qual a área de especialidade?**

Enfermagem Médico-Cirúrgica <input type="radio"/>	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica <input type="radio"/>
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica <input type="radio"/>	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica <input type="radio"/>
Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa <input type="radio"/>	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica <input type="radio"/>
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória <input type="radio"/>	Enfermagem de Saúde Familiar <input type="radio"/>
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica <input type="radio"/>	Enfermagem Comunitária <input type="radio"/>
Enfermagem de Reabilitação <input type="radio"/>	Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública <input type="radio"/>

**Contexto de trabalho**

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <input type="radio"/>	
Unidade de Saúde Familiar – Modelo A <input type="radio"/>	
Unidade de Saúde Familiar – Modelo B <input type="radio"/>	
Unidade de Cuidados na Comunidade <input type="radio"/>	
Unidade de Saúde Pública <input type="radio"/>	
Outro <input type="radio"/>	<b>Qual?:</b> _____

<b>Região do País em que trabalha</b>	Norte <input type="radio"/> Centro <input type="radio"/> Lisboa e Vale do Tejo <input type="radio"/> Alentejo <input type="radio"/> Algarve <input type="radio"/> Açores <input type="radio"/> Madeira <input type="radio"/>	<b>Condição em que exerce a profissão</b>	Enfermeiro Gestor <input type="radio"/> Enfermeiro em Funções de Gestão <input type="radio"/>
---------------------------------------	--	---	--

**Tempo de exercício profissional na profissão** \_\_\_\_\_ (Anos completos)  
**Tempo de exercício profissional na atual unidade/serviço** \_\_\_\_\_ (Anos completos)  
**Tempo de exercício profissional na área da gestão** \_\_\_\_\_ (Anos completos)

**É detentor de competências acrescidas?** Sim  **Qual/Quais?:** \_\_\_\_\_  
 Não

**Parte II - Escala de Avaliação dos Ambientes de Prática Profissional de Enfermagem**

**SUBESCALA ESTRUTURA**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Na instituição os enfermeiros são auscultados para a seleção de materiais e equipamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição promove a participação dos enfermeiros na definição das políticas internas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na instituição os processos de comunicação entre os membros da gestão de topo, da gestão intermédia e os profissionais são efetivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição tem uma política de incentivo à inovação e à investigação em enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição promove a participação dos enfermeiros em comissões/grupos de trabalho no âmbito da melhoria contínua da qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição define uma cultura de segurança dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição apresenta estratégias de motivação, bem como de recompensa e incentivo aos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A política de formação institucional considera as necessidades formativas dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição reconhece a formação pós-graduada dos enfermeiros (especialidade, pós-graduação, mestrado, doutoramento).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição define uma cultura de segurança dos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor orienta os enfermeiros numa atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor apoia os enfermeiros da equipa nas dificuldades que emergem no dia-a-dia, mesmo quando em conflito com outros profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor valoriza a opinião e as ideias inovadoras dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor garante equidade nos horários de trabalho e flexibilidade para alterações nos mesmos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor potencia o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que lidera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor enaltece o empenho dos enfermeiros da equipa em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enquanto enfermeiro gestor dá oportunidade para os enfermeiros participarem na elaboração e implementação do planeamento estratégico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço a metodologia de trabalho de enfermagem é promotora da qualidade dos cuidados e garante práticas seguras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço há condições para que os enfermeiros possam investir na formação relevante para a prática de enfermagem e para o seu desenvolvimento profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço adota-se um plano de integração para os enfermeiros recém-admitidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Na unidade/serviço estão definidos os referenciais teóricos que devem orientar a prática profissional dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço existem protocolos e procedimentos orientadores da prática de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço estão definidos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço, os projetos de melhoria contínua da qualidade têm em consideração os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A unidade/serviço apresenta um rácio enfermeiro/clientes apropriado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os materiais e equipamentos disponíveis na unidade/serviço e os processos de manutenção são apropriados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O espaço disponível na unidade/serviço é adequado às necessidades dos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente físico é agradável e confortável para os enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na unidade/serviço a distribuição dos clientes pelos enfermeiros permite dar resposta a todas as necessidades de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### SUBESCALA PROCESSO

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Os enfermeiros evidenciam preocupação em valorizar as intervenções autónomas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros focam a sua atenção nas capacidades dos clientes, em detrimento de uma perspetiva centrada na sua substituição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir os clientes nos processos de transição constitui o papel mais relevante dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros adotam modelos assistenciais centrados nos clientes e, conseqüentemente, na individualização dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na avaliação inicial os enfermeiros colhem, de forma rigorosa, os dados relevantes para a conceção de cuidados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros promovem o envolvimento dos clientes no planeamento dos cuidados de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros agem em consonância com os instrumentos reguladores do exercício profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros empenham-se em sustentar a sua prática profissional na melhor evidência científica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os planos de cuidados de todos os clientes são sistematicamente atualizados pelos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A comunicação entre os membros da equipa é precisa e garante o planeamento adequado dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As relações de colaboração entre os diferentes membros da equipa, permitem garantir a continuidade de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros avaliam os resultados das intervenções de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As estratégias adotadas aquando da transmissão de informação entre os enfermeiros, são apropriadas para garantir a continuidade de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na equipa de saúde, a prática profissional dos enfermeiros está sustentada em referenciais teóricos de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O sistema de informação em suporte eletrónico dá resposta às necessidades de documentação dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No âmbito da equipa multiprofissional, há entre os diferentes profissionais compreensão e valorização das respetivas funções e responsabilidades em prol da qualidade e segurança dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem na equipa momentos de partilha de conhecimento e experiências sobre a assistência aos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Há reflexão sobre os indicadores, as auditorias e os processos avaliativos da assistência de enfermagem, de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As notificações de não conformidades são efetuadas como estratégia de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### SUBESCALA RESULTADO

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
A cultura de segurança é monitorizada de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade dos cuidados de enfermagem é monitorizada de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação dos clientes com os cuidados prestados é monitorizada de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os indicadores de prevenção de complicações são monitorizados de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os indicadores de ganhos em saúde são monitorizados de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os cuidados omissos (cuidados que ficam por realizar) são monitorizados de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A satisfação profissional dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A avaliação de desempenho dos enfermeiros é precisa e rigorosa, sendo reveladora do seu real desempenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O absentismo dos enfermeiros é monitorizado de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os acidentes de trabalho dos enfermeiros são monitorizados de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A sobrecarga de trabalho dos enfermeiros é monitorizada de forma sistemática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Parte III – Contributos para a construção de ambientes mais positivos**

O que tornaria o seu ambiente profissional mais promotor da qualidade dos cuidados e do bem-estar dos enfermeiros?

---

---

---

---

---

---

Qual o seu contributo para a promoção de ambientes de prática de enfermagem mais positivos?

---

---

---

---

---

---

*Muito Obrigada!*

*Paula Leite*

[paulaleite79@gmail.com](mailto:paulaleite79@gmail.com)

## ANEXO II – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESEP

**De:** ESEP - SGR.Secretariado CTC <[secretariado.ctc@esenf.pt](mailto:secretariado.ctc@esenf.pt)>

**Enviada:** 30 de novembro de 2023 15:27

**Para:** [ep10536@esenf.pt](mailto:ep10536@esenf.pt); [olgaribeiro@esenf.pt](mailto:olgaribeiro@esenf.pt); [mncarsa@esenf.pt](mailto:mncarsa@esenf.pt)

**Assunto:** ADTE\_321/2023 - Decisão do CTC relativa à Dissertação - Paula Cristina da Silva Leite

Boa tarde,

Em referência ao assunto em epígrafe, informa-se, para os devidos efeitos, a decisão do CTC, narrada na Ata n.º 50/2023 de 21/11/2023:

«Documento n.º ADTE\_321/2023, relativo à Dissertação - Artigo 16.º do Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos - efetuado por Paula Cristina da Silva Leite, estudante n.º 10536, do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, tendo como tema: «**Ambientes de Prática de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Olhares dos Enfermeiros Gestores**», orientadora a Prof.ª Doutora Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro (Prof.ª Adjunta da ESEP) e coorientadora a Professora Maria Narcisa da Costa Gonçalves (Prof.ª Adjunta da ESEP). Decisão do CTC: Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer da Coordenadora do respetivo Curso de Mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à Dissertação. Fica registado o tema.»

Com os melhores cumprimentos,

**Anabela Rodrigues**

(Assistente Técnica)

Secretariado CTC

Email [secretariado.ctc@esenf.pt](mailto:secretariado.ctc@esenf.pt)

Telef +351 22 507 35 00

---

**Escola Superior de Enfermagem do Porto**

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt)

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

[www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

*Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas*

## ANEXO III – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

### IDENTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Título: Ambientes de Prática de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Olhares dos Enfermeiros Gestores

### IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR

Paula Leite. Enfermeira e Estudante do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). *Email:* paulaleite79@gmail.com

### INVESTIGAÇÃO PARA A QUAL SOLICITAMOS A SUA PARTICIPAÇÃO

Nas últimas décadas, as necessidades de cuidados cada vez mais complexas, a evolução tecnológica e a preocupação com a garantia da qualidade dos cuidados, têm constituído um enorme desafio para a Enfermagem. Todavia, com as fragilidades inerentes aos contextos de trabalho, a violência, o *burnout*, a insatisfação profissional, a intenção de deixar o local de trabalho e/ou a profissão têm vindo a agravar-se nos últimos anos.

A par do referido, é crescente a evidência de que os fatores preditivos comuns ao bem-estar dos enfermeiros, à qualidade e à segurança dos cuidados, se referem às dimensões dos ambientes de prática, reforçando a importância de avaliar e identificar oportunidades de melhoria. Para tal, é fundamental serem usadas ferramentas de avaliação ajustadas aos contextos de trabalho e à realidade do exercício profissional. Um instrumento desenvolvido e validado no contexto português permite avaliar três componentes essenciais: a Estrutura, que se reporta aos fatores organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros, bem como as condições em que os cuidados são prestados; o Processo, que se refere aos fatores relacionados com o desempenho das atividades inerentes à conceção e prestação de cuidados de enfermagem e o Resultado, que avalia as mudanças desejáveis ou indesejáveis, relativamente aos cuidados, aos clientes, bem como aos enfermeiros.

Os gestores na área da saúde e, em particular, os enfermeiros gestores, assumem um papel crucial nos ambientes onde os enfermeiros exercem a sua prática profissional, devendo a sua ação centrar-se na qualificação das componentes Estrutura, Processo e Resultado. Na sequência do que se encontra regulamentado e legislado e de acordo com a evidência científica, os enfermeiros gestores têm um papel insubstituível nos ambientes de prática de enfermagem e no empoderamento da sua equipa para a promoção de ambientes mais positivos.

Nos últimos anos, a investigação no âmbito dos ambientes de prática de enfermagem tem sido fundamentalmente realizada no contexto hospitalar, sendo notória a carência de estudos nos Cuidados de Saúde Primários.

Neste contexto, e partindo da relevância de conhecer a realidade e, conseqüentemente, propor estratégias de melhoria, no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, planeou-se uma investigação com o objetivo de analisar, na perspetiva dos enfermeiros gestores, as características dos ambientes de prática de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários.

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros gestores ou a exercer funções de gestão nos cuidados de saúde primários das várias regiões de Portugal. A técnica de amostragem usada será não probabilística de conveniência. Para a colheita de dados será usado um questionário.

Atendendo ao carácter voluntário da sua participação, informamos que a qualquer momento poderá solicitar novas informações e esclarecimentos, ou mesmo interromper a sua participação, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo ou inconveniente. Dispõe do tempo que considerar necessário para refletir sobre a sua participação liberal no estudo. Os riscos da sua participação são graduados como mínimos, estando relacionados com o facto de poder ocorrer aborrecimento ao responder ao questionário eletrónico que poderá demorar cerca de 15 minutos. Comunicamos ainda que ficam salvaguardados o anonimato e a confidencialidade de todas as suas respostas. Os dados obtidos serão apenas utilizados para fins deste estudo.

Em consonância com as exigências éticas e legais, o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Contamos com a sua contribuição e estamos à disposição para esclarecimentos adicionais. Agradecemos, desde já, a sua atenção e empenho no preenchimento do questionário.

Muito obrigada,

Paula Leite

[paulaleite79@gmail.com](mailto:paulaleite79@gmail.com)

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Este contacto visa convidá-lo(a) a participar do estudo intitulado “Ambientes de Prática de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Olhares dos Enfermeiros Gestores”, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto pela mestrandia Paula Leite, orientando pela Professora Doutora Olga Ribeiro e coorientado pela Professora Narcisa Gonçalves. A aprovação para o desenvolvimento deste estudo foi obtida pelo Conselho Técnico Científico e pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Após tomar conhecimento dos objetivos e procedimentos, ao responder a este questionário, está a dar o seu consentimento para a participação no estudo.

O presente estudo tem os seguintes objetivos: Geral: analisar as características dos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários, na perspetiva dos enfermeiros gestores. Específicos: 1) analisar as características da componente Estrutura dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores; 2) analisar as características da componente Processo dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores; 3) analisar as características da componente Resultado dos ambientes de prática de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros gestores; 4) analisar a perceção dos enfermeiros gestores sobre estratégias de melhoria dos ambientes de prática de enfermagem nos cuidados de saúde primários.

Procedimentos: trata-se de um estudo descritivo e exploratório, integrado no paradigma quanti-qualitativo, realizado na modalidade *online* com participação dos enfermeiros gestores ou enfermeiros a exercer funções de gestão nos cuidados de saúde primários das várias regiões de Portugal. A colheita de dados será realizada por meio de questionário eletrónico elaborado no *Office Forms* e estruturado em 3 partes. A primeira parte com questões relacionadas com dados sociodemográficos e profissionais dos participantes; a segunda parte com a Versão Curta da Escala de Avaliação dos Ambientes de Prática Profissional de Enfermagem e, por fim, a terceira parte, com duas questões abertas. O questionário será encaminhado por *email* e respondido

eletronicamente pelos enfermeiros; prevê-se um tempo estimado de 30 minutos, para responder à totalidade do instrumento de colheita de dados.

**Benefícios:** possibilidade de contribuição dos resultados para a formulação de políticas e tomada de decisão institucional, mostrando estratégias para a promoção de ambientes de prática favoráveis e seguros para os clientes e os profissionais.

**Riscos:** os riscos são graduados como mínimos. Durante o estudo poderá ocorrer aborrecimento ao responder ao questionário eletrônico. Enquanto participante, tem o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, sem consequências.

**Anonimato e Confidencialidade:** ficam salvaguardados o anonimato e a confidencialidade de todas as suas respostas. Os dados obtidos serão apenas utilizados para fins deste estudo. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo absoluto. Somente os investigadores terão acesso ao armazenamento dos arquivos em computador pessoal.

### **Consentimento pós-esclarecimento**

Eu li os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo, conforme descrito acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação e que a mesma terá cerca de 30 minutos. Estou ciente que não serei remunerado(a) pela minha participação no estudo, e que poderei desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem prejuízo. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

- Aceito participar no estudo.