

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem

**ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS GESTORES EM UNIDADES DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**ACTIVITIES OF NURSING MANAGERS IN MENTAL HEALTH AND
PSYCHIATRY UNITS**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira
Silva Martins e Coorientada Pela Professora Doutora Margarida Reis Santos

Rui Paulo Asseiro Alferes

Porto 2020

“O Homem é o Princípio das ações.”

Aristóteles

Agradecimentos

A realização deste trabalho, apesar do seu carácter individual, só foi possível por contar com o apoio de algumas pessoas.

O primeiro agradecimento dirijo-o à Professora Doutora Maria Manuela Martins, pelo desafio e pela constante motivação que me foi transmitindo, traduzindo muitas vezes o difícil em palavras simples.

Agradeço também à Professora Doutora Margarida Reis Santos, cuja orientação impôs rigor e objetividade ao trabalho realizado.

Agradeço igualmente aos meus dois filhos, pela constante presença e incentivo dado, para transpor este desafio.

Por último e mais significativo, agradeço de forma muito especial à minha esposa, pelo companheirismo e cumplicidade mostrada ao longo de mais uma caminhada em conjunto, pois sem a sua determinação e dedicação seria com certeza muito difícil ter atingido este objetivo.

A todos quero exprimir o meu Muito Obrigado.

ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

CCE - Comissão das Comunidades Europeias

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CNS - Conselho Nacional de Saude

DGS - Diretor Geral de Saúde

DR- Diário da República

EU- União Europeia

HIV/SIDA - Vírus de Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Humana

ONU - Organização Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

RNCCISM - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

RESUMO

O desempenho do gestor em enfermagem, encontra-se em persistente progresso, fruto das diferentes políticas assistenciais assumidas ao longo de décadas, com evidente valorização atribuída pelos clientes recetores de cuidados e equipe de liderados, concorrendo igualmente para esta mudança, a produtividade e excelência exigida pelas organizações. As atividades desenvolvidas pelos gestores de enfermagem nos cinco domínios de intervenção que constituem as suas competências, revelam a capacidade de adaptação, resiliência e perspicácia, como forma de atuação, delineamento de estratégias e orientação na operacionalização das práticas.

Esta investigação resulta da precisão em compreender o desempenho das atividades do enfermeiro gestor em Portugal, à luz dos contextos de saúde mental e psiquiatria. Realizou-se um estudo ancorado no paradigma quantitativo, do tipo descritivo e transversal. Amostra constituída por 52 elementos que responderam a um questionário de autopreenchimento *online*.

Os enfermeiros que participaram no estudo eram maioritariamente do sexo feminino, com idade compreendida de 40 a 50 anos, tempo de exercício profissional entre 10 a 20 anos e uma média de 13,08 anos de experiência em gestão nos contextos de saúde mental e psiquiatria.

Dos resultados obtidos, com recurso à Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem, destacamos a distribuição das frequências da Prática Profissional, Ética e Legal, Gestão de Cuidados, Gestão de Recursos Humanos e Intervenção Política e Assessoria para as variáveis: áreas de atuação, acreditação dos serviços e experiência profissional. Verificou-se ainda um perfil de gestor com desempenho global de excelente, com representação de 63,5% na amostra para a frequência das atividades no total da escala aplicada para os cinco domínios de gestão.

Considerando o Alfa de Cronbach da escala (0,974), conclui-se que avalia o que se pretende. Conclui-se que as atividades que constituem as cinco competências do enfermeiro gestor são implementadas com frequência, o que revela gestores empenhados no seu papel.

Palavras-chave: Atividades de gestão, enfermagem, competências do gestor, contextos assistenciais.

Abstract

The performance of the nursing manager is in a continuous progress, as a result of the different care policies applied over the last decades, with evident appreciation by the ones receiving care and the team of subordinates, also contributing to this change, productivity and excellence required by associations. The activities developed by nursing managers in the five intervention domains that compose their competencies, reveal the ability to adapt, resilience and wit, as a way of acting, outlining strategies and guiding the operationalization of practices.

This research results from the need in understanding the performance of nurse manager activities in Portugal, in light of mental health and psychiatry situations. A study based on the quantitative paradigm, of the descriptive and transversal type, was carried out. Sample consisting of 52 elements who answered an online survey.

The nurses who participated in the study were mostly female, aged 40 to 50 years, with a professional experience between 10 and 20 years and an average of 13.08 years of management experience in mental health ward's.

From the results obtained, using the Nursing Manager's Job Perception Scale, we highlight the distribution of frequencies of Professional, Ethical and Legal Practice, Care Management, Human Resource Management and Political Intervention and Advice for the variables: areas of action, accreditation of services and professional experience. There was also a manager profile with an overall excellent performance, with 63.5% representing the sample for the frequency of activities in the total scale applied to the five management domains.

Considering the Cronbach's alpha of the scale (0.974), it is concluded that it evaluates what is intended. Noting that the activities that make up the five competencies of the nurse manager are implemented frequently, which reveals managers committed to their role.

Keywords: Management activities, nursing, managerial competencies, care contexts.

Índice

INTRODUÇÃO.....	19
1-CONTEXTO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	23
1.1 - Políticas em Saúde Mental e Psiquiatria.....	25
1.2 - Organização dos Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria.....	30
2-O GESTOR EM SERVIÇO SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	37
2.1- Princípios para a Gestão em Enfermagem.....	38
2.2-Competências do Enfermeiro de Gestão.....	46
3-PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	59
3.1- Pergunta de Investigação.....	60
3.2- População e Amostra.....	61
3.3 - Variáveis em Estudo.....	62
3.4 - Instrumento de Colheita de Dados.....	66
3.5 - Procedimento de Colheita de Dados.....	67
4 - OLHARES CRUZADOS SOBRE AS ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS GESTORES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	71
4.1 - Caracterização da Amostra.....	71
4.2- Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro de Gestão dos Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria.....	75
4.3- Das características e contextos às atividades mais frequentes.....	83
5 - DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS - DO OLHAR CONCRETO DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA ÀS OUTRAS REALIDADES DA GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	99
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	121
Anexo I - Projeto de investigação	
Anexo II - Despacho do Conselho Técnico Científico Da ESEP relativo ao Pedido de Admissão	
Anexo III - Autorizações das comissões de Ética	
Anexo IV - Questionário “Gestor de Enfermagem das atividades à utilização do tempo”	
Anexo V - Autorização das autoras para a utilização da Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos enfermeiros gestores	71
Tabela 2 - Tempo de exercício profissional dos gestores	72
Tabela 3 - Tempo de exercício de gestão na área de Saúde Mental e Psiquiatria	72
Tabela 4 - Tempo de exercício de gestão no atual serviço.....	73
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a variável natureza do serviço onde trabalha.....	74
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com a variável lotações dos serviços por classes.....	74
Tabela 7 - Número de enfermeiros por equipe.....	75
Tabela 8 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito da Prática Profissional, Ética e Legal.....	76
Tabela 9 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito da Gestão de Cuidados.....	77
Tabela 10 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito da Gestão dos Recursos Humanos.....	78
Tabela 11 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito da Intervenção Política e Assessoria.....	79
Tabela 12 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito do Desenvolvimento Profissional.....	80
Tabela 13 - Classificação das atividades dos gestores considerando o somatório da escala e sua ponderação	83
Tabela 14 - Tabulação cruzada da variável idade e competências por classes.....	84
Tabela 15 - Tabulação cruzada da variável sexo e competências por classes	84
Tabela 16 - Tabulação cruzada da variável tempo de exercício profissional e competências por classes.....	85
Tabela 17 - Tabulação cruzada da variável tempo de gestão em Saúde Mental e Psiquiatria e competências por classes.....	86

Tabela 18 - Tabulação cruzada da variável tempo no atual serviço e competências por classes	87
Tabela 19 - Tabulação cruzada da variável detentor de especialidade e competências por classes	87
Tabela 20 - Tabulação cruzada da variável área de especialidade e competências por classes	88
Tabela 21 - Tabulação cruzada da variável grau acadêmico e competências por classes.....	89
Tabela 22 - Tabulação cruzada da variável área de atuação e competências por classes.....	89
Tabela 23 - Tabulação cruzada da variável serviço acreditado e competências por classes.....	90
Tabela 24 - Tabulação cruzada da variável natureza do serviço onde trabalha e competências por classes	91
Tabela 25 - Tabulação cruzada da variável número de enfermeiros e competências por classes	92
Tabela 26 - Tabulação cruzada da variável lotações e competências por classes	93
Tabela 27 - Tabulação cruzada da variável número de atendimentos e competências por classes	94
Tabela 28 - Tabulação cruzada da variável taxa de ocupação e competências por classes.....	95

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, profissionais e contexto laboral da amostra.....	63
Quadro 2 - Operacionalização da variável Prática Profissional, Ética e Legal na frequência das atividades.....	64
Quadro 3 - Operacionalização da variável Gestão de Cuidados na frequência das atividades	64
Quadro 4 - Operacionalização da variável Gestão de Recursos Humanos na frequência das atividades.....	65
Quadro 5 - Operacionalização da variável Intervenção Política e Assessoria, na frequência das atividades	65
Quadro 6 - Operacionalização da variável Desenvolvimento Profissional, na frequência das atividades.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição gráfica da lotação dos serviços	74
Gráfico 2 - Distribuição das frequências da componente Prática Profissional, Ética e Legal.....	80
Gráfico 3 - Distribuição das frequências da componente Gestão de Cuidados.....	81
Gráfico 4 - Distribuição das frequências da componente Gestão de Recursos Humanos	81
Gráfico 5 - Distribuição das frequências da componente Intervenção Política e Assessoria.....	82
Gráfico 6 - Distribuição das frequências da componente Desenvolvimento Profissional	82
Gráfico 7 - Distribuição da frequência das atividades de acordo com a componente Gestão de Recursos Humanos	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Agir com Competência.	47
Figura 2 - Exercício com Competência	48
Figura 3 - Domínio das Competência do Enfermeiro Gestor.....	52
Figura 4 - Competência do Enfermeiro Gestor	53
Figura 5 - Diagrama do estudo.....	60

INTRODUÇÃO

Gerir é uma prática essencial e de relevo para qualquer organização, e as instituições de saúde, são exemplo disso, sendo expostas cada dia á prova pelos serviços prestados. Primar pela excelência do seu desempenho e em simultâneo pela satisfação dos seus clientes, na procura da qualidade oferecida é na atualidade um dos objetivos dos serviços de saúde. Também os contextos assistenciais em saúde mental e psiquiatria são disso exemplo encontrando-se envolvidos nesse processo. Fradique e Mendes (2013), enfatizam que em procura da melhoria da qualidade, é geralmente reconhecida a importância do fator liderança, que nos modelos de excelência assume inclusivamente um papel de destaque.

Considerando-se que as práticas de liderança podem influenciar o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro junto da equipe de enfermagem, torna-se necessário refletir e pensar sobre as mesmas. O sucesso da organização é o reflexo dos seus colaboradores, sendo o enfermeiro gestor um dos responsáveis pelo mesmo, na medida em que diariamente se encontra envolvido na gestão de processos administrativos e de recursos que traduzam cuidados de saúde de qualidade e segurança, administrados à sociedade que deles necessitam e procuram.

Ruthes, Feldman, Cunha e Kowal (2010, p.319), compreendem que “gestão em Enfermagem seja um conjunto de atividades gerenciais e assistenciais, caracterizadas pelo exercício da liderança, de tal modo que a influência atinja todos os liderados”. Neste alinhamento importa compreender o comportamento dos gestores e a sua conduta perante o seu exercício profissional, devendo este refletir um pensamento sistematizado, com domínio específico na área de gestão e administração de cuidados e recursos humanos, considerando a visão e missão da sua organização a cada tomada de decisão, integrada no ambiente institucional, numa atitude de ética e legalidade.

Os gestores de enfermagem veem as suas competências regulamentadas pelo nº76/2018 - Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30, as quais já anteriormente tinham sido pensadas pelo regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor de 10 de Março de 2015, o qual criou a matriz de reconhecimento com unidades de competência que constituem as atividades de gestão operacional que diariamente impulsionam o gestor para as suas praticas.

Orientados pela presente legislação, considerando as exigências de produtividade, qualidade e segurança dos cuidados prestados, levanta-se ao investigador a curiosidade e

inquietação de perceber o domínio da gestão na prática dos cuidados. É neste propósito que surge a questão de investigação: Será que os enfermeiros gestores que desenvolvem a sua atividade nos serviços de saúde mental e psiquiatria demonstram um perfil específico na atividade de gestão?

Pretendendo aprofundar esta temática, perspetivando melhorias e aprofundamento de conhecimento sobre as práticas dos gestores, objetivando a sua reflexão sobre a execução das mesmas, foram delineadas perguntas de investigação por forma a responder à questão quais as atividades de gestão que os enfermeiros gestores que exercem funções em serviços de saúde mental e psiquiatria, consideram desenvolver mais frequentemente? Como distribuem os gestores de enfermagem de saúde mental e psiquiatria as suas atividades que decorrem do enquadramento da legislação em vigor? Qual o perfil do enfermeiro gestor dos serviços de serviços de saúde mental e psiquiatria? Que fatores se relacionam com a frequência da realização das atividades dos enfermeiros gestores em saúde mental e psiquiatria?

Para o estudo foram convidados a participar os gestores de Portugal Continental e Ilhas, a trabalharem em unidades de saúde mental e psiquiatria pertencentes ao setor público e social, com pelo menos meio ano de experiência no cargo.

Sobrecarregados de trabalho e por exigências do ambiente assistencial, equaciona-se a possibilidade de a execução das atividades não decorrerem com a pertinência desejada pelos enfermeiros, atuando por vezes de forma automatizada sem dar lugar ao processo de pensamento que potencie a tomada de decisão pensada e ponderada nos cuidados a prestar ao cliente e em simultâneo na atenção devida aos colaboradores, estes considerados a força de trabalho essencial à vida da organização.

Gerir não é fácil, e no contexto investigado pelas tonalidades evolutivas dos paradigmas conturbados de prestação de cuidados de outrora, até aos processos assistenciais dos dias de hoje, e também pelo estigma associado à doença mental, sugere um cuidado especial à gestão nesta área de assistência. Contudo, e por esta razão, gerir revela-se um desafio constante, de carácter estimulante e inovador, na medida em que o gestor deve alinhar os seus objetivos profissionais com os da sua equipa, reconhecendo-a como clientes internos que agregam valor aos resultados, mas também com os da organização e das políticas de saúde do seu país, bem como das instâncias internacionais de saúde, na procura da melhor assistência à comunidade.

O trabalho apresentado encontra-se estruturado em cinco capítulos. Os dois primeiros contemplam a exposição do estado da arte, explorando as temáticas fundamentais, com uma breve resenha das políticas de saúde mental e psiquiatria no mundo e em Portugal, a organização e evolução dos serviços de saúde mental, com a sua perspetiva de atuação na atualidade, de seguida explanamos os princípios para a gestão em enfermagem e por fim as competências legisladas para o enfermeiro gestor. O terceiro plasma o enquadramento

metodológico delineado para o trabalho de campo, descrevendo a pergunta de investigação, população e amostra, variáveis em estudo, e a operacionalização da colheita de dados. No quarto apresentam-se os resultados e no quinto a discussão sobre os mesmos. Finalizando com a apresentação das conclusões da investigação fazendo referência às dificuldades encontradas e refletimos sobre as sugestões consideradas pertinentes para dar continuidade e complementaridade á temática investigada.

1-CONTEXTO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Os contextos de trabalho em saúde mental e psiquiatria, trazem do passado uma carga conceptual, e um estigma difícil de desmistificar aos olhos da sociedade. No entanto a evolução científica, a integração da assistência nos hospitais gerais e nos cuidados de saúde primários, a aceitação da doença mental pela sociedade em geral, refletem hoje um cuidar dinâmico e integrado ao doente mental com uma assistência reveladora de práticas empreendedoras e empoderadas.

Ao longo dos séculos a loucura foi interpretada de forma muito heterogénea, cada “período histórico ela recebeu uma conotação específica vinculada às características culturais vigentes, gerando sobre o fenómeno distintas formas de classificação e tratamento” (Esquinsani e Dametto, 2017, p.191).

Os cuidados assistenciais e a lógica do trabalho do cuidar, assumiam vertentes centradas nos padrões culturais, sociais e religiosos vigentes na época, constituindo fatores de marcada influência nas conotações atribuídas às manifestações de loucura. Na Grécia Antiga, por exemplo, foi “considerada ora como possessão demoníaca, ora como divino”. (Foucault, 2004, p.06). Na Idade Média,

“os insanos, retardados e miseráveis, eram considerados parte da sociedade alvo da caridade daqueles mais abastados, que procuravam expiar seus pecados mediante tal ato. Os desvios mentais seriam assim decorrentes de uma relação defeituosa entre o homem e a divindade” (Amarante, 1998, p.24).

Mais recentemente, em plena era moderna, no século XIX, a “loucura passou a ser focalizada pela ciência, dando início às pesquisas do que se denominou como doença mental. Desde então, a psiquiatria (...) adquire o estatuto de doença, requerendo técnicas específicas, próprias do saber médico, para ser diagnosticada”(Bastos e Alves, 2013, p.93).

Este facto concebe um cuidar sustentado em práticas que exigem aos profissionais de saúde outros conhecimentos, emergindo assim os primeiros ambientes terapêuticos passíveis de serem classificados como contextos de trabalho na área da saúde mental e psiquiatria.

Em Portugal, os contextos de trabalho numa perspetiva clinico/científica na área da saúde mental e psiquiatria, inauguraram-se com a fundação do primeiro hospício em 1848. Como prorrogado por Filho et al. (2015, p.118) “A doença mental começou a ganhar destaque e a ser considerada como objeto de estudo a partir do final do século XIX, quando surgiram as primeiras instituições psiquiátricas”.

Em meados do século XX, deu-se início à mudança do paradigma assistencial, processo que viria a designar-se de Reforma Psiquiátrica e que se tem vindo a desenvolver ao longo de várias décadas assistindo-se no cotidiano à sua efetiva materialização. Filho et al. (2015, p.118) consideram que este processo resultou de “um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas, que tem como finalidade transformar a relação da sociedade com o doente mental”, demonstrando-se a exposição que esta área de intervenção tem relativamente a estes fatores.

Esta necessidade de mudança foi sentida um pouco por todo o mundo, pressupondo uma rotura ideológica no que concerne à assistência ao utente do foro mental e exige que a atenção com o tratamento efetuado se foque também no humanismo, a corroborar este principio surge o pensamento revolucionário defendido por Goffman e Foucault, cuja orientação visava a “preservação dos direitos fundamentais do doente mental, nomeadamente a liberdade e melhores tratamentos” (Siqueira-Silva, Nunes e Moraes, 2013, p.477).

Forti e Vila, (2016, p.2) consideram que esta perspetiva biopsicossocial “trouxe uma mudança nas práticas sociais sob um novo olhar ao portador de transtorno mental”, possibilitando que o ambiente comunitário, fosse interpretado como ambiente terapêutico, passando a desempenhar um papel importante na prevenção da recaída, estabilização e reinserção social do doente. Esta perspetiva encontra-se hoje em franca ascensão com a vertente do cuidado em saúde mental e psiquiatria orientada para a assistência comunitária, e o mais próximo possível da habitat social do indivíduo doente.

Percebe-se então, as exigências colocadas aos gestores dos contextos de trabalho nesta especialidade, que com a mudança efetuada, pressupôs o abandonar do cuidar dirigido até então exclusivamente para o ambiente intrainstitucional, normativo e segregador que caracteriza o processo asilar, perspetivando outra dinâmica assistencial, como mencionado por Muniz, Tavares, Abrahão e Souza (2015, p.62) “apesar das conquistas já alcançadas, é inegável a necessidade de se reinventar o cuidado nos processos de trabalho em enfermagem psiquiátrica”. Neste sentido será fundamental o gestor de enfermagem para além de se assumir como gestor e chefe de equipa, que seja sobretudo líder e agente transformador e inovador neste processo de mudança.

Neste momento os profissionais de enfermagem assumem a responsabilidade da assistência aos doentes, criando e implementando programas de acompanhamento nas várias estruturas inseridas no contexto social, abraçando uma lógica de proximidade face aos utentes, o que vai de encontro ao exposto por Cardoso (2020, p.5) defendendo que,

“Na contemporaneidade, busca-se a adequação aos novos moldes de atuação interdisciplinar, indo além do trabalho técnico e burocrático. Nessa transição é imprescindível a busca por uma assistência integral, que valorize a singularidade humana com toda a sua experiência e circunstâncias de saúde e adoecimento em que está inserida”.

Constata-se com o formulado, que os contextos de trabalho na perspetiva psicossocial interagem múltiplos fatores, o que os torna mais complexos, não se limitando às alterações das estruturas físicas e sua inserção geográfica.

Ao nível da enfermagem, a título de exemplo, a dinâmica asilar caracterizava-se por uma “assistência de baixa qualidade, desrespeitosa e segregadora dos doentes mentais” (Lacchini, Ribeiro, Soccol, Terra e Silva, 2013, p.566), passando na perspetiva de Brusamarello et al. (2009, p.80) a desenvolver “uma prática fundamentada na ética, na cidadania e na humanização.(...) Passou a desempenhar atividades com finalidades terapêuticas sustentadas no relacionamento terapêutico e em programas de educação permanente a equipas, pacientes e familiares”.

Interpreta-se face ao exposto, que os contextos da prática nesta dinâmica, se desenrolam em ambiente de equipa multidisciplinar, envolvido em proximidade, com abordagens mais esclarecidas e dedicadas aos utentes, rede familiar e dinâmica social envolvente.

Esta constatação é prorrogada por Silva e Fonseca (2005) ao defenderem que a dinâmica de intervenção nos contextos de trabalho psicossocial se baseia na determinação de projetos de intervenção, planeados de forma clara e objetiva por toda a equipa.

Neste sentido, podemos concluir que, o campo psicossocial, em contraste com a perspetiva asilar,

“pressupõe ação integrada da equipa, o agente de saúde mental (...) não compete, compõe; não rivaliza, solidariza; não controla, acolhe; não promove submissão, mas a cooperação; não se submete ou estabelece hierarquia, mas reflexão e colaboração na geração de produto de saúde” (Silva e Fonseca 2005, p.448).

Segundo os mesmos autores, nestes contextos de trabalho os técnicos de saúde mental, onde se incluem enfermeiro prestador de cuidados e gestores de nível operacional, devem pressupor que o utente mental, família e população em geral, tem necessidade intrínsecas impostas pelo próprio desenvolvimento humano de “ganhar dinheiro, viver dignamente, ter acesso a bens de consumo, ter uma vida afetiva e amorosa estável e tratamento no seu sentido mais estrito, clínico” (Silva e Fonseca 2005, p.448).

1.1 - Políticas em Saúde Mental e Psiquiatria

A promoção e proteção da saúde mental das populações constitui uma tarefa difícil e multifacetada, como exposto por Alves e Rodrigues (2010, p.128), anotando que “tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem factores biológicos, psicológicos e sociais”, que tornam o desenhar de políticas que acautelem a saúde mental um exercício exigente.

Atendendo à globalização mundial instituída, no qual os países se associam por meio de acordos, pactos, convenções e tratados, pretendemos neste capítulo explorar no campo da saúde mental e psiquiatria, as políticas de promoção e proteção delineadas a nível nacional, como estas se articulam e se alinham com as orientações deliberadas ao nível internacional.

Na perspetiva de compreendermos o real significado que representam em termos sociais e económicos as afeições mentais, atendendo à múltipla consulta efetuada, ressaltam alguns dados que nos merecem a maior atenção. Segundo a Organização das Nações Unidas (2017) em 2015 mais de 300 milhões de pessoas sofreram de depressão no mundo, constatando-se um aumento de 18% nos casos entre 2005 e 2015. Para além deste aumento significativo verificado no período em causa, segundo a mesma fonte “a depressão é uma das principais causas das mortes por suicídio, aproximadamente 800 mil por ano” ONU (2017).

Santos, Alves, Goldbaum, Cesar e Gianini (2019, p.1), nos seus estudos, chegam a conclusões similares, verificando que “os países em desenvolvimento descrevem um aumento progressivo dos transtornos mentais, com grandes repercussões sociais e económicas”.

A nível europeu a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2020), informa-nos que “165 milhões de pessoas na Europa são afetadas por uma doença ou perturbação mental anualmente”. A Comissão das Comunidades Europeias (2005, p.4) divulga que “suicidam-se na UE cerca de 58.000 pessoas por ano (...), valor que ultrapassa o número anual de vítimas mortais de acidentes de viação, homicídio ou HIV/SIDA”. Acrescenta ainda, que o impacto económico provocado pelas doenças mentais na UE é “cerca de 3% a 4% do seu PIB, sobretudo através da perda de produtividade” CCE (2005, p.5).

Já a nível nacional verificamos que “as perturbações mentais são a principal causa de incapacidade e a terceira causa em termos de carga da doença, sendo responsáveis por cerca de um terço dos anos de vida saudáveis perdidos devido a doenças crónicas não transmissíveis” Conselho Nacional de Saúde (2019, p.18).

Analisando o conjunto de dados apresentado, dos quais sobressaem a elevada incidência de doença mental e número de suicídios, natureza incapacitante e o alto impacto económico, compreendemos o exposto pela SPPSM (2020), ao divulgar “que as doenças e as perturbações mentais tornaram-se, nos últimos anos, na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade nas sociedades”., e igualmente, o comunicado pela CCE (2005, p.2) ao referir que “estas doenças provocam incidências significativas sobre os sistemas económico, social, educativo, penal e judicial”.

Os achados apresentados, para além de exporem um problema de saúde em crescente, que pela sua incidência assume contornos de saúde pública, põem em evidência a importância das políticas adotadas como meio de acautelarem este fenómeno.

As mais recentes orientações internacionais expostas pela OMS visam uma assistência ao enfermo mental centrado nos cuidados primários, segundo este organismo “Os serviços de

saúde mental prestados em cuidados de saúde primários minimizam o estigma e a discriminação. Eles eliminam também o risco das violações dos direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos” OMS (2009, p.24). Como exposto, o acautelamento de uma assistência condigna e preservar dos direitos humanos, entre os quais a discriminação, constitui uma preocupação central para OMS, orientação que mantém desde a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948.

A nível europeu, em 2005 a Comissão das Comunidades Europeias lançou o seu Livro Verde relativamente à saúde mental, centrado na temática “Melhorar a Saúde Mental da População Rumo a uma Estratégia de Saúde Mental para a União Europeia”, que tal como exposto no mesmo,

“O Livro Verde tem como objetivo lançar o debate com as instituições europeias, os governos, os profissionais de saúde, (...) sobre a importância da saúde mental para a União Europeia, a necessidade de uma estratégia a nível comunitário e as suas eventuais prioridades. (...) criar uma base para o intercâmbio e a cooperação entre os Estados-Membros, contribuir para reforçar a coerência das ações” (Comissão Das Comunidades Europeias, 2005, p.3)

Neste livro que serve de barómetro dos estados da Comunidade Europeia face à saúde mental, menciona que apesar das diferenças internas, a comissão clarifica que a estratégia da Comunidade Europeia no que concerne à promoção da saúde mental, será única e “tem de ser elaborada com base na estratégia da OMS para a Região Europeia” (Comissão Das Comunidades Europeias, 2005, p.8), mostrando que pretende manter um alinhamento com as diretrizes da OMS.

No que concerne à orientação assistencial implementada por Portugal, a viragem do paradigma assistencial emerge com a promulgação da primeira lei de saúde mental, a Lei de Bases da Saúde Mental 2118/63 de 3 de abril (Lei 2118/63, 1963). Igualmente para Filho et al. (2015, p.118) a “Reforma Psiquiátrica iniciou-se em 1960 e a Lei de Saúde Mental nº. 2118, de 1963, lançou os princípios reformadores da política dos cuidados psiquiátricos, (...) tendo como objetivo a desospitalização e a integração dos utentes com transtorno na comunidade”.

Com esta alteração, Portugal, almejava ajustar-se às orientações OMS, contudo, “na prática as respostas face à saúde mental permaneceram centradas na lógica hospitalar” (Santos, 2014, p.16). Constatando-se, segundo este autor, que a efetivação desta lei nos contextos da prática, foi impercetível, falhando assim nos seus pressupostos.

Assim com a renovada Lei da Saúde Mental nº 36/98, conforme mencionado por Filho et al. (2015, p.7), “tornar-se-ia indispensável a integração dos serviços de saúde mental nos serviços de saúde geral, de modo a concretizar a proposta de Lei n. 36/98, que atribuía a responsabilidade do cuidado da pessoa com transtorno mental à comunidade”, identificando o autor a definitiva transferência da responsabilidade do seguimento do utente para os contextos da comunidade.

Esta mesma perspetiva é reforçada pela DGS, expondo a necessidade de “transferir os cuidados das instituições psiquiátricas para um sistema que se baseie predominantemente em serviços na comunidade e que integre a saúde mental nos cuidados gerais de saúde, ao nível dos cuidados primários e secundários” (DGS, 2015, p.94).

Contudo, como mencionado por Hespanha (2010, p.139) citado por Siqueira-Silva et al. (2013, p.486). “a verdade é que não foram criados serviços locais de saúde mental (...) sendo os doentes e suas famílias sujeitos a um processo errático de desinstitucionalização”, dificuldades que criaram sucessivos impasses no processo de desinstitucionalização em curso, com consequentes atrasos nas metas previstas.

Neste sentido, o legislador reafirma através do despacho n.º 11411/2006, a sua política e linhas orientadoras para a saúde mental, realçando o enquadramento ideológico com as políticas da OMS e da Comissão Europeia, como expõe no referido despacho “os mesmos princípios, confirmados nas declarações desde então aprovadas sobre esta matéria pela OMS e a Comissão Europeia” (Despacho N.º 11411/2006, p.7515). No que concerne às orientações, mantém definido que a “prestação de cuidados de saúde mental devia centrar-se nas necessidades e condições específicas dos indivíduos e ser prioritariamente promovida a nível da comunidade, devendo o tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorrer tendencialmente em hospitais gerais” (Despacho N.º 11411/2006, p.7515). Esta orientação, constitui já uma realidade, muitos dos serviços de internamento de agudos já se encontram integrados nos hospitais gerais.

Relativamente aos utentes com necessidades de reabilitação, define no mesmo despacho que os “doentes que careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada de preferência em estruturas residenciais, centros de dia e unidades de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes” (Despacho N.º 11411/2006, p.7515).

Com o objetivo de avaliar o estado da situação à época, é criada pelo mesmo despacho a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Esta comissão para além de auditar o estado da assistência, ficou também incumbida de “propor um plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento destes nos próximos 10 anos, bem como apresentar recomendações quanto à sua implementação” (Despacho N.º 11411/2006, p.7515), demonstrando-se com esta orientação a determinação em prosseguir e concluir o processo da reforma psiquiátrica, culminando no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado em 2008, cujo objetivo pressupunha reorganizar toda a assistência na área da saúde mental integrando as orientações das políticas internacionais com a sua implementação.

Integrada neste Plano Nacional, em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados o Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, (RNCCI), no entanto a rede específica relativamente aos utentes do foro mental surge com o Decreto Lei N.º 8/2010 de 28 de

janeiro, clarificando o seu propósito “cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei 8/2010, 2010, p.257).

As unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental, constituem-se por unidades residenciais, unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, que se articulam com os serviços locais de saúde mental e com a rede nacional de cuidados continuados integrados. Relativamente às “unidades residenciais dividem-se em: residências de treino de autonomia, residências autónomas de saúde mental, residências de apoio moderado e residências de apoio máximo” (CNS, 2019, p.71).

Com a regulamentação relativamente à RNCCISM concluída, é dado um contributo importantes na consecução do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que como exposto pelo Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde (2017, p.32), “O Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, comprovou a importância decisiva do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016”.

Apesar dos esforços para uma política assertiva de assistência psiquiátrica, segundo alguns teóricos debruçados sobre a temática, constata-se um certo desfasamento em relação a outros países de referência, assim (Filho et al., 2015, p.124), realça que “em Portugal a saúde mental seguiu com atraso a evolução europeia quando comparada a nível conceitual, organizacional e terapêutico”. Nesta ótica, também a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (2017, p.34) expõe que a “implementação do Plano teve, desde o seu início, sérios constrangimentos à sua efetivação, identificados sistematicamente nas avaliações sucessivas”. Reconhecendo o conjunto de constrangimentos encontrados, e as propostas de melhoria identificadas no Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, é proposto o prolongar do mesmo até 2020, conforme determinado pelo Ministério da Saúde (DGS, 2017).

Pelo exposto, podemos constatar que face às políticas instituídas na atualidade em Portugal, e dos constrangimentos surgidos, o referido plano sustentava-se em políticas congruentes com as orientações da OMS descritas no seu Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 e Comunidade Europeia. Portugal seguia então a filosofia sugerida internacionalmente “tanto a nível dos objetivos, como das estratégias preconizadas, se verifica uma sobreposição quase total entre o Plano Nacional e o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS” (DGS, 2017, p.32).

Atualmente as diretivas estão a ser implementadas, em ambas as áreas assistenciais, quer na comunidade quer no âmbito hospitalar, contudo, existem dificuldades por condicionantes de vária ordem, que têm impossibilitado a não efetivação plena das políticas delineadas em determinadas áreas geográficas do país, tendo como foco o indivíduo mental enquanto

pessoa, conforme Sousa e Rosa (2014, p.5) afirma que a assistência ao enfermo mental “deverá privilegiar-se uma perspectiva de vida comunitária integrada com base num referencial de Direitos Humanos”.

1.2 - Organização dos Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria

Neste capítulo, pretendemos explorar a organização dos serviços e respetiva rede assistencial de saúde mental e psiquiatria, enquadrado no modelo assistencial vigente.

A organização das unidades psiquiátricas, embora já evidenciem uma dinâmica comunitária, ainda integram elementos e características, adquiridos ao longo da sua história. A corroborar este facto, como mencionado por Souza, Cortes e Pinho (2018, p.75) “depois de quarenta anos do início dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e suas conquistas, percebe-se que alguns profissionais ainda preservam práticas do pensamento manicomial”, a própria organização dos serviços reflete-o, “os pacientes psiquiátricos são classificados de acordo com a sua patologia e seu prognóstico em: pacientes agudos, pacientes crónicos reabilitáveis e não reabilitáveis” (Figuerola, Zurita e Castolo, 2011, p.201). Nomenclaturas que ainda fazem parte do nosso cotidiano, dependendo do tipo de utente a que se destinam estas assumem a denominação de unidade de internamento de agudos, de crónicos e de estabilizados. Paralelamente a este critério organizacional, interage também a área de atuação diferenciando em internamentos completos, internamentos parciais e seguimento em consultas externas e hospitais de dia.

As unidades de internamento completo, tem como finalidade dar resposta às situações agudas, que vislumbram a compensação dos episódios de crise, perspectivando assistência por curtos períodos, e ainda cuidados a utentes, cujo resultado da evolução prolongada das patologias, manifestam marcadas alteração psicopatológicas e comportamentais, tornando difícil a sua integração social. A designação de internamento completo traduz a permanência temporal de 24 horas por dia do utente na unidade, onde recebe cuidados clínicos.

Como podemos constatar, esta diferenciação entre agudo e crónico, à luz da psiquiatria, reporta-nos para o tempo de evolução da doença, remissão da sintomatologia, deterioração cognitiva e perspectivas da reintegração social. Nesta ótica, Carneiro e Rocha (2004, p.72), enfatiza uma fase aguda como “o que está passando por uma crise, um surto (...), que demoram menos de dois meses desde o aparecimento de seus primeiros sintomas até sua completa resolução”. Afirmando quanto aos pacientes com uma necessidade de atendimento em internamentos completos de crónicos:

“o que tem uma história de internamentos recorrentes que vêm acontecendo ao longo do tempo ou aquele que se encontra internado há vários anos na instituição, podendo ou não apresentar sintomas psiquiátricos (...), cuja doença cursa há mais de dois anos” (Carneiro e Rocha, 2004, p.72).

Na mesma linha de pensamento Oliveira e Silva (2017), entendem crise como urgências ou emergências psiquiátricas, como:

“situações em que o indivíduo apresenta um transtorno de pensamento, emoção ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, com o objetivo de evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do paciente ou eliminar possíveis riscos a sua vida ou à integridade de outros”. (Oliveira e Silva, 2017, p. 2).

A recidiva, é entendida “como uma agudização da doença mental e, conseqüentemente, as ações que visam a contenção e a redução dos sintomas” (Willrich, 2016, p.36). Compreende-se então que, as recidivas são episódios de agudização e exacerbação que ocorrem ao longo do percurso da doença e que podem assumir critérios de situação de crise.

Os internamentos completos para ocorrências psiquiátricas agudas, como defendido por Abreu, Ribeiro, Ribeiro, Fonseca e Doellinger (2017, p.33) “continuam a ser uma componente fundamental nos departamentos de Psiquiatria para a estabilização psicopatológica de doentes em crise e em recidiva”.

Em Portugal, a organização dos serviços delineada, determina que a assistência ao utente mental em situação de crise e que careça de internamento, seja efetuada nos SU dos hospitais gerais, “os internamentos agudos e as respostas em situações urgentes decorrem tendencialmente em Hospitais Gerais” (DGS, 2004, p.10). Neste alinhamento, o importante segundo (Sousa, Cortes, e Pinho, 2018, p.73), é de salientar que no “atendimento à pessoa em situação de crise psíquica é necessário que hajam profissionais capacitados, desde o atendimento de emergência até ao encaminhamento para o serviço especializado, visando minimizar os riscos de complicações para o indivíduo e para outros”.

No que concerne às unidades de internamento completo para clientes crônicos, ou seja, de acordo com a natureza assistencial, enfatiza:

“que se encontra no hospital em um estado crônico da doença, em que os sintomas negativos apontam para uma perda não reversível de algumas de suas funções psíquicas (...), aquele que, mesmo na ausência de sintomas positivos ou negativos, permanece internado na instituição. O paciente cujo sistema de trocas com a sociedade foi rompido e cuja vida relacional restringe-se às relações que ainda mantém no interior da vida institucional (Carneiro e Rocha, 2004. p.73).

Com a clarificação dos conceitos de agudo e crônico nesta área assistencial, compreende-se a organização dos serviços de internamento em dois âmbitos de assistência, já que as manifestações clínicas e comportamentos que apresentam requerem respostas e contextos específicos e distintos.

Em contextos de agudos, e para a vivência da crise, os utentes tendem como descrito, a apresentar alterações de comportamentos com potencial de causar “prejuízos à saúde

psíquica, física e social do paciente ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou à integridade de outros” (Oliveira e Silva, 2017, p.2).

As unidades de internamentos para agudos constituem um recurso importante na recuperação funcional dos clientes em ambientes de segurança, objetivando “restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive” (Decreto-Lei 36/1998, 1998, p.3544). Assim, o objetivo fundamental será, restabelecer o indivíduo nas suas várias dimensões, possibilitando a célere reintegração no meio familiar, social e laboral.

Pela panóplia de circunstâncias que envolvem os internamentos completos, independentemente da assistência a utentes agudos/crise ou crónicos, pela sua especificidade e exigência, os gestores envolvidos na administração dos mesmos, devem reunir as devidas competências e conhecimentos, revelando consciência da necessidade de segurança dos ambientes, quer para profissionais da sua equipe quer para os utentes, na busca de cuidados de qualidade, alicerçados na organização e contextos dos serviços.

Serviços conceptualizados para internamentos de utentes crónicos, destinam-se como definido pelo grupo de trabalho responsável pela Rede de Referência Psiquiatria e Saúde Mental, nomeado pela DGS, a assegurar “cuidados adequados aos doentes de evolução prolongada aí residentes” (DGS, 2004, p.10), sobretudo aos de difícil integração social, também classificados como não reabilitáveis. Na revisão da literatura realizada, Scherer e Scherer (2001, p.57) referem que,

“Alguns doentes cronicamente hospitalizados são considerados como difíceis de tratar. Estes são os que geralmente apresentam uma composição de dimensões diferentes de psicopatologia severa, ou seja, os que têm sintomas psicóticos persistentes, com alterações sérias de personalidade, com comportamento depressivo-suicida e agitações com violências”.

A dificuldade da integração social do utente crónico, frequentemente está para além da perspetiva clínica, o abandono ou falta de laços familiares dificultam a sua reintegração social, sendo “os hospitais forçados a manter pacientes hospitalizados até que o problema do abandono seja resolvido, proporcionando terapia e asilo por um período indefinido de tempo” (Figuroa, Zurita e Castolo, 2011, p. 201). Neste âmbito, os internamentos prolongados de pacientes com transtorno psicótico não podem ser interpretados como prejudiciais à saúde emocional e física, ou isolamento social dos utentes, mas sim, uma forma eficaz de assegurar a melhor qualidade de vida, em alternativa à que teriam fora do hospital, concebida com ideal e humanizada a cada indivíduo.

As unidades de crónicos têm então por missão não só assegurar cuidados, mas também desenvolver dinâmicas de manutenção e/ou reabilitação funcional dos utentes, de forma a que estes, quando possível, reúnam as competências e habilidades suficientes e necessárias

para que possam ser integrados em estruturas sociais ou da Rede de Cuidados Continuados Integrados, como determinado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015.

Em complementaridade aos serviços de internamentos completos descritos, instituídos desde a implementação do conceito asilar, emerge outro tipo de natureza assistencial em cuidados psiquiátricos, prestados em hospital de dia, como hoje os conhecemos, objetivando maior acessibilidade aos cuidados em unidades de internamento parcial.

Este modelo assistencial foi desenvolvido na Rússia em 1930, disseminando-se nos anos 40 e 50 pela América e Europa, enquadrado nas teorias das comunidades terapêuticas muito desenvolvidas no pós Segunda Guerra Mundial, constituía em 1970 a principal alternativa nas admissões dos hospitais psiquiátricos (Curren et al., 2014). Igual importância foi-lhe reconhecida por Goulart e Durães (2010, p. 117) apostolando que o “Hospital-dia representou a primeira alternativa (...), ao modelo assistencial psiquiátrico substitutivo à prática hospitalocêntrica de caráter asilar”.

No entanto, após um declínio verificado nos anos 1980 e 1990, observa-se hoje o renovado interesse nestas abordagens de internamento parcial, sustentado sobretudo nas vantagens sociais que facultam, preservando o vínculo familiar e social ao longo do período da assistência (Curren et al., 2014). Os mesmos autores atestam esta realidade no seu estudo retrospectivo de 1970 a 2009, ao constatarem que os hospitais-dia em psiquiatria representam atualmente uma das principais alternativas ao internamento completo, enquadrando-se adequadamente no modelo assistencial comunitário em vigor, favorecendo a interação entre os espaços hospitalares a família e comunidade.

Por definição Hospital-dia, tal como exposto na Portaria 234/2015,

“tratam-se de unidades orgânico-funcionais de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas” (Diário da República, 1.ª série — N.º 153, 2015, p. 5518) do artigo 3.º.

Relativamente aos utentes, estes permanecem na instituição apenas por algumas horas, onde desenvolvem um programa terapêutico e clínico previamente desenhado, retornando diariamente ao convívio familiar e social (Stella et al., 2010). Estes programas têm como modelo de referência os preconizados pelas Comunidades Terapêuticas (Stella et al. (2010), cujas atividades a implementar variam entre a “psicoterapia voltada ao insight, psicodrama, terapia familiar, grupos operativos, dinâmicas de grupo, grupos de vídeo, relações pessoais e outros grupos, também terapêuticos, com uma orientação claramente voltada à tarefa, visando também à reinserção social” (Bettarello et al., 2008, citado por Weber e Juruena, 2014. p.12). Segundo os mesmos autores, estas dinâmicas de grupo têm como finalidade promover o desenvolvimento ou ajustamentos na estrutura psíquica, facilitando assim a reintegração sociofamiliar e profissional e evitar reinternamentos.

Estes serviços considerados intermediários ou parciais, na assistência aos pacientes com transtornos mentais vêm substituindo o modelo asilar de internamento psiquiátrico tradicional, tendo também segundo Júnior, Miranda, Santos, Dantas e Cosme (2014) provocado mudanças nos cuidados prestados pelos enfermeiros, identificando que “a Enfermagem de forma sistemática inicia uma rutura centrada na visão técnica, acrítica, silenciada e repressiva do passado, onde se reproduziam práticas assistenciais pontuais, como contenção/controlado físico de pacientes, administração de medicamentos, dentre outras” (Júnior et al., 2014, p.827). Na perspectiva destes autores, observa-se nos enfermeiros destas áreas uma busca pela priorização do cuidado pautado na humanização e de atividades terapêuticas interdisciplinares. “Todas ousam um objetivo comum, ou seja, a reinserção da pessoa que sofre com transtornos mentais ao convívio familiar e em sociedade” (Júnior et al., 2014, p.828).

Segundo Stella et al. (2010), o conceito de hospital de dia representou um avanço na reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, disponibilizando uma dinâmica multidisciplinar envolvendo terapeutas; psicólogos; enfermeiros; psiquiatras e assistentes sociais. Perspetivando a gestão destas unidades, o gestor deve atender, atuando para além de mero administrador de recursos humanos, materiais e das estruturas físicas, constituir-se num agente facilitador e dinamizador da dinâmica multidisciplinar, com foco especial no doente, mas também na aglutinação da família para o sucesso terapêutico, promovendo e incentivando a inovação das abordagens terapêuticas.

Com base na análise do exposto, concordamos com Weber e Juruena (2014, p.5), quando afirmam que o hospital-dia enquanto área de internamento parcial, constitui o “único serviço especializado, de atenção terciária e multiprofissional, com a vocação de realizar assistência em regime de internamento parcial diurno de pacientes com patologias psiquiátricas graves, agudas e reagudizadas”, constituindo uma alternativa adequada a muitos dos utentes psiquiátricos.

Também as consultas, objetivando a manutenção dos doentes na comunidade, mantendo as suas competências e relações, surgem como área de atuação emergidas na organização dos serviços de saúde mental. O acompanhamento médico desde sempre existiu nesta conceptualização, no entanto numa época recente, surge a consulta de enfermagem, estruturada e organizada com autonomia própria para as competências destes profissionais. A gestão terapêutica da medicação de longa duração, a avaliação e vigilância dos sintomas, são disso exemplo. Corrobora a ideia Oliveira, Queiroz, Matos, Moura e Lima (2012, p.156), quando afirmam que a consulta de enfermagem, “oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis”. Também aqui o gestor, é um pilar essencial, e impulsionador de uma abordagem criteriosa quer na avaliação do doente, quer no incremento de estratégias que fomentem os autocuidados na procura da saúde mental.

O modelo assistencial e organizacional implementado em Portugal, segue as tendências dos países desenvolvidos, objetivando preferencialmente a assistência comunitária de proximidade, respondendo a situações de crise, assim como assegurar a assistência aos doentes de difícil integração social.

Com a exploração e clarificação das várias unidades que têm por missão assistir os utentes da área da saúde mental e psiquiatria, concluímos que a organização dos serviços em saúde deve estar sustentada num modelo organizacional, que agregue várias respostas para garantir e contemplar de forma eficaz a assistência às múltiplas situações e condições de saúde dos clientes e comunidade em geral.

2-O GESTOR EM SERVIÇO SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As transformações dos ambientes laborais, constituem um processo dinâmico e contínuo, resultante do natural ajustamento a todas as variáveis que os rodeiam e com os quais interagem, assemelhando-se a um ecossistema aberto, cujos fatores intrínsecos e extrínsecos constituem as forças geradoras da mudança orientada para os resultados.

O ambiente da saúde mental e psiquiatria, não tem sido exceção, nomeadamente nos últimos anos, como já foi mencionado nos capítulos anteriores. Ajusta-se constantemente, tentando corresponder às exigências que lhe são solicitadas pelos profissionais, clientes e sociedade em que se encontra. Prorrogando esta afirmação Vietta, Kodato e Furlan (2001, p.98) mencionaram que “qualquer sistema de assistência à saúde é produto de sua história e deve ser compreendido dentro do contexto sócio-cultural no qual se insere”.

A evolução do paradigma assistencial mudou, por imposição da globalização mundial, alicerçada em diferentes valores, culturas, inteligência artificial, políticas de saúde nacionais e internacionais, revelando-se estes fatores, condicionantes que impelem para a uma gestão abrangente e atenta por parte das organizações. A saúde tende a gerir-se com lógicas próprias dos ambientes de gestão empresarial, anotando sobretudo a satisfação máxima dos clientes, melhoria contínua dos processos de trabalho, ao mínimo custo possível. A procura da eficiência nos processos tem caracterizado e subordinado sobremaneira a saúde.

É neste ambiente de mudança e exigência que os gestores das unidades de saúde se movem, tentando alcançar os objetivos definidos pelas administrações das instituições, mantendo abordagens humanistas perante os seus pares e os clientes. Associamos aqui o papel do gestor com sensibilidade para a administração de pessoas, tendo em conta o desgaste que os enfermeiros estão sujeitos nesta área específica, conforme reconhecido na carreira de enfermagem regulamentada pelo Decreto-Lei nº 247/91, referente à matéria de incentivos e bonificações, ao reconhecer o exercício das funções de enfermagem nos contextos de internamento de psiquiatria como particularmente penosas, estabelecendo medidas compensatórias, mencionando:

“Os enfermeiros que exerçam funções em unidades de internamento de psiquiatria e de doentes exclusivamente do foro oncológico terão direito, ao fim de um ano de trabalho efectivo nestes serviços, a um período adicional de férias de cinco dias úteis, a gozar no ano seguinte, entre 1 de Janeiro e 31 de Maio, ou entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro, o que não releva para efeitos de atribuição de subsídio de férias.” (Decreto-Lei nº 247/91, DR. Nº 257/91, Art. 57ª).

Reforçando esta perspectiva Sailaxmi, Sangeetha, Ahmed e Chaturvedi (2014) afirmam que a prestação de cuidados de enfermagem em psiquiatria está relacionada com a incidência de sintomas somáticos e de stress percebido entre os enfermeiros, pelo que a implementação de medidas promotoras da satisfação profissional pode prevenir a sua ocorrência. Compete assim ao gestor fazer uma avaliação constante dos seus recursos humanos e ajustar os processos de trabalho de forma a evitar o desgaste dos profissionais.

Vasta é a área das competências que o gestor deve atender ao longo do seu desempenho, no entanto nesta área específica de especialidade, a “Gestão dos recursos humanos”, tem de assumir um cuidado especial, com atenção e defesa dos profissionais, considerando os riscos emocionais a que estão sujeitos. Os ambientes de saúde mental e psiquiatria não se caracterizam por contemplarem meios tecnológicos sofisticados, mas sim por relações e interações enfermeiro/paciente intensas e constantes, que de forma expressa ou recalcada coabitam diariamente nas práticas, percorrendo todo o espectro emocional e comportamental do profissional, como por exemplo os fenómenos de transferência e contratransferência na relação enfermeiro-utentes. Tal como defendido por Copas e Loyola (2005, p.379) “em nossa prática diária, nos deparamos com sentimentos de amor, amizade ou ódio que nos são endereçados pelos pacientes. Tantas outras vezes nos damos conta de que também nutrimos sentimentos de ternura, afeto, hostilidade ou agressividade por esses pacientes”, aludindo nesta perspectiva a autora para os processos de transferência e contratransferência favorecidos por estes contextos. Manifestações de afeto, raiva, revolta, esperança, frustração e desespero, bem como comportamentos de procura de interação e de defesa, formam uma constante na assistência, devendo estas emoções ser identificadas e reconhecidas pelo gestor, para atempadamente atuar sobre elas, poder ajudar a compreendê-las e a reestruturá-las.

2.1- Princípios para a Gestão em Enfermagem

Ao longo deste capítulo, pretendemos explorar os princípios que regem a gestão das organizações para os contextualizar ao exercício da enfermagem, partindo da premissa, de que as unidades de saúde independentemente da sua dimensão ou diferenciação se comportam como organizações e que estas interferem com as nossas vivências enquanto profissionais e enquanto pessoas.

“A natureza social leva a que os indivíduos se juntem para alcançar determinados objetivos que, isoladamente, teriam dificuldade em alcançar. O desenvolvimento desses núcleos de pessoas deu origem ao aparecimento de organizações e ao incremento de atividades cada vez mais complexas e difíceis de concretizar por um único indivíduo” (Lisboa, Coelho, Coelho, Almeida, 2004, p.11).

Interpretando os autores, compreende-se que o instinto gregário que nos caracteriza, associado à percepção de que enquanto grupo se conseguem alcançar metas que individualmente seriam inatingíveis, está na origem e no sucesso das organizações, como exposto por Chiavenato (2014, p.16), “as pessoas têm necessidade de cooperar umas com as outras para, em conjunto, alcançarem objetivos que isoladamente jamais poderiam conseguir”. Ainda na perspectiva do autor, “o mundo é uma sociedade institucionalizada e composta por organizações” (Chiavenato, 2014, p.8), acrescentando ainda que o ser humano sendo um ser social, partilha com os demais um ambiente composto por organizações, sendo estas responsáveis pela “lenta e gradativa caminhada da humanidade rumo ao desenvolvimento social e tecnológico (Chiavenato 2014, p.7). Acrescenta que, o desenvolvimento das nações depende do desempenho e prosperidade das suas organizações, exaltando desta forma a importância das instituições nas sociedades modernas, sua influência no progresso e respetivo desempenho económico. O autor observa assim, a realidade e evolução das sociedades centrada nas organizações, na qual, constata que muito do que usamos e necessitamos, produtos ou serviços, constitui de forma direta ou indireta um produto de organizações.

Lacombe (2009, p.21), faz idêntica interpretação das organizações, observando que as estas fazem parte das nossas vivências, “as pessoas nascem em hospitais, são educadas em escolas, trabalham em uma ou outra organização”, demonstrando-se que o ser humano enquanto ser social se organizou em torno das organizações. Nesta dialética entre pessoas e organizações observa-se um processo de interdependência. Considerando a importância já identificada das organizações nas sociedades, aceitamos que a vida das pessoas se move em torno destas, e da sua dependência, no entanto, atributo idêntico, usufruem as empresas face às pessoas, uma vez que as mesmas dependem do trabalho e da mão de obra dos indivíduos.

Neste ótica, identificamos que as organizações são “constituídas por pessoas, recursos humanos e por recursos não humanos (como recursos físicos e materiais, financeiros, tecnológicos e mercadológicos, etc.)” (Chiavenato 2014, p.7). Admitindo-se assim que, parte das atividades a desenvolver dentro das instituições carecem de ser realizadas por pessoas, o que as torna imprescindíveis para alcançar a produção a que se destinam, colocando uma vez mais em evidência de que as organizações também dependem das pessoas.

Bertero (1968, p.24) constatando a dinâmica e progresso das organizações, menciona que “o aumento do tamanho físico das fábricas, primeiramente, e, depois, o crescimento da complexidade das atividades fizeram com que se impusesse a preocupação no delegar”. Esta afirmação evidencia que as organizações passam por várias fases no seu ciclo de vida, e que com a evolução das mesmas tendem a aumentar a sua estrutura e a incorporar mais colaboradores o que as torna mais complexas. A mesma constatação foi identificada por Chiavenato (2014), verificando que as organizações evoluem e diferenciam se, dependendo

da sua dimensão e complexidade, para além da necessidade de serem administradas, estas necessitam de construir um sistema de hierarquização interna de gestão que lhes permita manter um maior controlo sobre todas as atividades planeadas e executadas pelas pessoas dentro da organização.

Esta necessidade de manter o acompanhamento dos processos, faz com que todas as organizações necessitem de ser administradas, independentemente da sua dimensão, prestação de serviços ou produção de bens/produtos, uma vez que necessitam de ter um “planeamento, organização (estruturação), direção e controlo de todas as atividades que ocorram dentro da organização” Chiavenato (2014, p.8). Os princípios de administração, influenciam sobretudo a sua eficiência e economia na ação e nos recursos com que as instituições atingem os objetivos, sendo esta gestão imprescindível para a existência, sobrevivência e sucesso das instituições.

Banome, atribui idêntica valorização à atividade administrativa, definindo-a como a função de:

“interpretar os objetivos escolhidos pelas empresas e conseguir transformá-los em atividades organizativas utilizando-se do método de planeamento, organização, direção e controle de todas as ações desenvolvidas em todas as áreas e em todos os níveis hierárquicos da empresa, tendo em vista o alcance dos objetivos da forma mais conveniente possível” (Banome, 2009, p.7).

No percurso de afirmação da atividade administrativa, vários foram os autores que desenvolveram modelos teóricos que tentavam dar sustentação científica à ação do gestor, destacando-se como mais representativas, a: teoria da administração científica; teoria clássica; teoria burocrática; teoria estruturalista; teoria das relações humanas; teoria comportamental; teoria dos sistemas; teoria contingencial.

Como exposto por Chiavenato (2014, p.18) relativamente às teorias de administração, “Cada teoria funciona como um modelo de pensar sobre o curso de ação diante de uma situação específica” definindo-as ainda como “declarações que predizem como o mundo real vai responder quando provocado de certa maneira”. Transparecendo do exposto, que as teorias constituem ferramentas que o gestor deve conhecer para perante as situações da prática poder usar a que melhor responde à situação em causa, todas têm assim sua credibilidade.

Associando várias teorias aos contextos históricos, verifica-se que o emergir das mesmas, marcaram um gradativo passo no desenvolvimento das organizações e das sociedades, surgindo em resposta às problemáticas mais prementes de cada época. A Teoria da administração científica de Taylor centrou-se apenas nas operações básicas executadas pelos operários. Os consequentes, passaram a preocupar-se com a estrutura, nomeadamente a teoria clássica e a teoria burocrática de Weber. A teoria das relações humanas e a comportamental, de acordo com Chiavenato (2014), emergem enquadradas numa reação humanista, centrando-se assim nas pessoas, a preocupação com o ambiente constituía o foco principal da teoria dos sistemas e da teoria da contingência. Mais recentemente, fruto da

globalização do mercado, o enfoque tornou-se o cliente, a competitividade das organizações numa dinâmica de melhoria contínua da qualidade e eficiência na execução dos processos.

Junior e Eiro (2013) relativamente à gestão centrada na qualidade, expõe que a mesma não pode ser encarada como uma atitude isolada, mas como uma filosofia institucional. Ou seja, um processo transversal a toda a organização, que tem como meta satisfazer os utilizadores fornecendo-lhes produtos, serviços e ambientes que não só cumpram as suas expectativas básicas como ainda as excedam.

A Gestão pela Qualidade Total como exposto, assenta numa dinâmica e abordagem abrangente que visa melhorar a competitividade, a eficácia e a flexibilidade da organização. Para tal, na perspetiva de Lopes (2020), a organização, deverá orientar-se no planeamento focado da satisfação do cliente, na organização dos processos, assim como nas dinâmicas de liderança. O controlo e compreensão dos processos, a par de uma dinâmica de melhoria contínua e tomadas de decisão baseada em evidências, envolvendo os colaboradores, constituem os sete princípios desta teoria.

Como defendido por Chiavenato (2014, p.15), “os princípios são normas dotadas de uma elasticidade e de uma abertura valorativa próprias e comportam, por isso, vários graus de concretização, consoante o seu peso e valia na situação concreta em causa”. Neste sentido, os princípios identificados pressupõem orientar as tomadas de decisão.

No que concerne aos princípios que orientam o enfermeiro gestor, tendo em conta o contexto de trabalho enquadrar-se no exposto por Chiavenato (2014, p.15) “a tarefa de administrar aplica-se a qualquer tipo ou tamanho de organização - grandes indústrias, cadeia de supermercados, universidades, clubes, hospitais, empresas de consultoria ou organizações não governamentais”, pretendemos explorar a atividade do gestor de enfermagem, à luz dos sete princípios que regem a gestão da qualidade total segundo as normas ISO 9001:2015, como explorado por Lopes (2020) 1º Orientação para o Cliente; 2º liderança; 3º envolvimento das pessoas/colaboradores; 4ª controlo dos processos; 5ª melhoria contínua; 6ª tomada de decisão baseada em evidências; 7ª gestão dos relacionamentos.

A orientação focada no cliente, designado como o primeiro princípio da gestão enquadrada na qualidade total, delinea a orientação de toda a organização, no caso a resposta às necessidades do cliente e sua satisfação. Esta orientação sustenta a sua ação em compreender as necessidades do cliente, organizando todos os processos de trabalho nesse sentido. Torna-se, portanto, para o gestor em enfermagem um desafio ao administrar e coordenar equipas que sigam esta direção, dada a especificidade e individualidade de cada cliente. A este propósito Ruthes et al. (2010), referem que a liderança e toda a equipa devem estar comprometidas com o cliente. Esta dinâmica exige ao líder a atenção sobre a gestão de pessoas considerando as suas individualidades, motivações promovendo o

envolvimento, objetivando a concretização de resultados de qualidade centrados nas expectativas dos utilizadores das unidades de saúde.

“Quem deve gerir pessoas é o próprio executivo ou líder que tem a responsabilidade de lidar diretamente com seus subordinados, tomar decisões a respeito deles, definir seus objetivos individuais ou grupais e padrões de desempenho, liderá-los, orientá-los e engajá-los na organização, cuidar de seu treinamento e desenvolvimento, remuneração e incentivos, enfim, proporcionar aos seus subordinados todas as condições para que possam contribuir para o sucesso da organização” (Chiavenato, 2014, p.19).

É de extrema importância a envolvimento e o equilíbrio dos profissionais para que se alcance a concretização desta etapa nos princípios de gestão, na medida em que uma organização sem clientes não sobrevive, mas também sem profissionais competentes e empenhados não consegue atingir as suas metas. Na perspectiva de Ruthes et al. (2010, p.4), “o gestor de Enfermagem deve-se colocar como o líder inspirador de sua equipe para alcançar as metas estabelecidas no compromisso da melhoria da assistência, uma vez que competência de liderança abrange o desenvolvimento organizacional dos recursos humanos e a excelência no atendimento dos clientes”.

Como se constata a liderança é mencionada como essencial à gestão e orientação de práticas de qualidade sendo por isso mencionada também como um dos pilares no princípio de gestão. Revela-se inquestionável que a capacidade de gerir influencia os resultados da qualidade, sendo, portanto, o gestor em enfermagem um elo que pela sua conduta manipula e revela os resultados dos processos que comanda. As suas percepções sobre os contextos diários das práticas ditam por isso e como anteriormente referido o sucesso das metas organizacionais, uma vez que estes se incluem no grupo de clientes internos das instituições.

“Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal” (Fradique et al., 2013, p.47). Neste alinhamento é da responsabilidade de um líder em enfermagem saber conduzir a equipa, funcionando como apoio para a mesma, promovendo o seu desenvolvimento e crescimento no desempenho das melhores práticas, auscultando as suas necessidades, não descuidando as potencialidades de cada um, revelando-se um gestor em conhecimentos, habilidades e atitudes. Quando se refere a requintes de gestão, Chiavenato (2014, p.48) menciona o estilo de liderança baseado na “descentralização do poder, tomada de decisões, delegação, empowerment, confiança nas pessoas”.

A liderança como princípio de gestão em enfermagem, revela quanto ao papel do líder nas organizações, ser fundamental “nas relações de trabalho, dado que os trabalhadores liderados identificam o estilo de liderança como agente catalisador dos conflitos laborais” (Fradique et al., 2013, p.47).

Em simultâneo a liderança pela qualidade além das pessoas envolve também os processos administrativos, concebida numa gestão multidirecional. A logística administrativa, ainda que de forma indireta, pode influenciar os resultados percebidos pelo cliente, pelo que

o líder deve apresentar a sensibilidade necessária nesta matéria, desenvolvendo e operacionalizando processos eficazes e eficientes. Para Fradique et al. (2013, p.48), “Os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço”.

Estas ações culminam na abordagem dos processos como princípio de gestão. Processo, segundo Fernandes e Abreu (2014, p. 448) é definido como, um conjunto de “atividades ou comportamentos, realizados por humanos ou máquinas, para atingir uma ou mais metas”.

Constituindo um dos princípios da gestão da qualidade, o envolvimento dos colaboradores é observado como fundamental para o atingir os objetivos e os patamares de qualidade pretendido pelas organizações. Como mencionado por Faria (2014, p.18), “as pessoas, a todos os níveis, são a essência das organizações. Só quando estão motivadas e envolvidas é possível tirar o melhor partido das suas capacidades em benefício da organização e delas próprias”. No mesmo sentido, Bichuetti e Bichuetti (2020) identificam o capital humano das organizações como o motor que dá vida às mesmas, o seu envolvimento permite que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da organização.

Alinhando-nos com o defendido pelos autores, compreende-se que colaboradores mais entrosados e integrados na organização e nos seus objetivos, se sintam mais motivados e mais envolvidos na organização. Sentimentos que se capitaliza num maior dinamismo, maior disponibilidade e maior cumplicidade por parte do colaborador para com a organização.

Segundo Chiavenato (2014) compete ao gestor promover o envolvimento dos colaboradores, devendo recorrer às suas habilidades humanas, como a comunicação e o relacionamento interpessoal, como estratégia de motivar para a “cooperação dentro da equipe, o encorajamento da participação, sem medos ou receios” Chiavenato (2014, p.8).

Associar estes atributos ao papel do enfermeiro gestor, traduzem-se na promoção de um espírito de equipe, acolhedora para os seus elementos, e igualmente na gestão de relacionamentos das individualidades de cada um em prol do grupo. Atendendo ao exposto por Serrano et al. (2011, p.18) “Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um, pelas singularidades no coletivo, que se articulam para reinventar um novo coletivo”. Neste pressuposto, cada elemento reúne em si potencialidades que o gestor deve saber identificar e explorar, constituindo-se assim uma mais valia para a equipe e organização.

O gestor enquanto líder deve estabelecer uma relação de confiança com os elementos da equipa que lidera, atuando com agente facilitador das relações intra e interdisciplinar, promovendo o trabalho em equipe, assim como assumir-se como mediador nos eventuais conflitos, característica que dá resposta ao princípio da gestão dos relacionamentos. Igual interpretação deve ser dada pelo gestor relativamente ao desenvolvimento profissional dos elementos que lidera. Este pressupõe assumir-se agente incentivador, orientador e

facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional. Aceitando-se a premissa de que o desenvolvimento profissional promovido pelas organizações constitui um elemento de vinculação com a mesma, elemento que favorecem a integração, motivação e afirmação dos profissionais.

No mesmo sentido, a formação em serviço deve ser assumida pelo gestor como uma linha dinamizadora da equipe. Para além do conhecimento e desenvolvimento profissional em ambiente de equipe, permite adquirir conhecimentos promotores de respostas focalizados nos problemas identificados no decurso do exercício profissional, promovendo a interação entre os vários elementos progredindo na unidade e coesão de grupo e sentimento de pertença à organização, como defendido por Chiavenato (2014, p.52) “quanto maior a integração social no grupo de trabalho, tanto maior a disposição de produzir”.

A prestação de cuidados encontra-se envolta num infindável número de processos cujo objetivo é agregar valor aos cuidados prestados. Os processos de trabalho envolvem a combinação de atividades como, planejar, analisar desenhar, executar, intervir e reavaliar. Todas as fases do processo, independentemente dos recursos que os produzem devem ser alvo de atenção e monitorização do gestor, com objetivo de promover e implementar as mudanças em perspetiva da qualidade total.

Corroborando esta ideia, e concebendo o gestor como um administrador de processos, Chiavenato (2014, p.12) refere que “O administrador precisa ser um agente de mudança dentro das organizações. É ele quem faz acontecer a mudança de mentalidade, de cultura, de processos, de atividades, de produtos/serviços, etc.”.

Os processos, para se revelarem na qualidade exigida ao cliente, devem submeter-se a etapas de acordo com os objetivos e missão organizacional. É neste contexto que surge, em 1950, o ciclo PDCA, também conhecido por ciclo de Deming ainda hoje considerada uma poderosa ferramenta nas instituições que procuram a certificação das suas práticas pelas ISO 9001, tendo como princípio a gestão da melhoria contínua.

Este princípio objetiva a estruturação dos processos, com base nos procedimentos como fonte de informação e conhecimento dos colaboradores institucionais na execução das tarefas de qualidade e excelência. Estas ferramentas compõem-se como já atrás mencionado por quatro instantes essenciais, descritas como Planear, Fazer, Verificar e Agir (PDCA).

Para Chiavenato, (2014, p.210), o processo da qualidade desenvolve “vários sistemas de avaliação para acompanhar resultados financeiros, custos de produção, quantidade e qualidade dos bens produzidos, desempenho individual dos colaboradores e satisfação dos clientes”.

As etapas encontram-se interligadas entre si, e o ciclo PDCA, precisa ser usado de forma iterativa quanto às suas quatro etapas (Rother, 2010).

O planejamento (plan) deve colidir com os objetivos estratégicos organizacionais, estabelecimento de metas, de qual o caminho a seguir, tendo por base o problema, a análise do processo. A corroborar, Cunha e Abreu (2019), referem que planejar, representa o estabelecimento de objetivos e metas, com base nas diretivas da empresa.

Executar ou fazer (do), compreende a ação, o desempenho dos profissionais, para posterior análise. Esta etapa “consiste no treinamento dos envolvidos no método a ser empregado, a execução propriamente dita e a coleta de dados para análise posterior”.

Já o verificar (check), “analisa se o planejado foi alcançado por meio da comparação entre as metas desejadas e os resultados obtidos. Nesta fase podem ser detetados erros ou falhas” (Cunha e Abreu, 2019, p.13). Neste momento os processos devem ser analisados, recorrendo-se a ferramentas disponíveis e ajustadas a cada um, observando se os objetivos foram cumpridos conforme o elencado no planejamento, dando lugar a estruturação de correções ou melhoramentos para culminar na qualidade desejada.

Finalmente o agir (act), consiste em colocar em prática novos procedimentos que corrijam os erros detetados na etapa anterior, na padronização das ações executadas, o que também na ótica de Cunha e Abreu (2019, p.13), “É nessa fase que se inicia novamente o ciclo levando ao processo de melhoria contínua”.

Assumem, portanto, aqui o gestor operacional, e em simultâneo os gestores de topo, um papel primordial na procura da melhoria contínua da qualidade. Assim, “excelentes prestadoras de serviços estabelecem elevados padrões de qualidade” (Chiavenato 2014, p.213).

Para Danski, Oliveira, Pedrolo (2017, p.1), “as mudanças e avanços modificam o processo de cuidar e a prática profissional do enfermeiro, exigindo sua constante atualização e aprimoramento”, constatando-se que, em resposta à dinâmica de produção de conhecimento científico que se verifica atualmente, os profissionais tenham necessidade de se manter atualizados. Consciente desta realidade o gestor de enfermagem, devem enfatizar que, tal como exposto por Danski et al. (2017, p.1) “a tradução de evidências científicas em ações é imprescindível para a prestação de uma assistência com o maior grau de qualidade possível”, pelo que se torna necessário nortear a equipe na adoção de práticas baseada em evidência científica, garantindo assim a aquisição de conhecimentos atualizados e consequente implementação de melhores práticas.

A implementação de práticas baseadas em evidencia científica, traduz-se num dos princípios da gestão da qualidade total, associada ao controlo de processos que diariamente se traduzem em bens e serviços aos clientes das organizações e em simultâneo na eficácia dos resultados. Concomitante a esta realidade, o papel de um gestor norteador por uma liderança atenta sobre o ambiente do serviço e a individualidade de cada profissional, suas práticas,

dificuldades e objetivos, traduzem os princípios de gestão ideais ao sucesso organizacional garantindo simultaneamente o sucesso dos clientes internos e externos.

2.2-Competências do Enfermeiro de Gestão

A prestação de cuidados de qualidade, sustentada na segurança e melhoria contínua dos processos de assistência ao menor custo possível, tem constituído uma preocupação crescente das instituições de saúde. Neste articulado complexo de fatores que visam a satisfação do cliente, compreende-se a importância que os profissionais de enfermagem competentes representam para as instituições de saúde, tal como mencionado por Camelo (2012, p. 2):

“... a temática competência profissional tem se constituído, ao longo dos anos, foco de atenção dos enfermeiros, bem como dos administradores dos serviços de saúde, uma vez que o pessoal de enfermagem representa parcela significativa dos recursos humanos alocados nessas instituições..., e, portanto, interferem na qualidade e custos ao cuidado prestado”.

Fradique et al. (2013), relativamente a esta temática realçam o papel das lideranças como garante da qualidade dos cuidados a prestar, observando que: “nos contextos de melhoria da qualidade, é geralmente reconhecida a importância do fator liderança, que nos modelos de excelência assume inclusivamente um papel de destaque”.

Face ao exposto, iniciaremos este capítulo clarificando o conceito de competência, para posteriormente o articular com a função do gestor de enfermagem, atendendo à crescente influência que é reconhecida a estes profissionais à luz das exigências da economia de mercado atual.

Suleman (2007) no que se refere à clarificação do conceito competência, expõe a dificuldade existente entre os autores em encontrar consensos, classificando mesmo como tarefa difícil, senão mesmo complexa em gerar um conceito que una as várias perspetivas.

Para Fleury e Fleury (2001) o conceito competência aparece associada a verbos como saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica.

Na mesma linha, Boterf (2004, citado por Sousa, 2012, p. 29) define competência, como um “processo dinâmico resultante de um conjunto de fatores entre os quais se valorizam o conhecimento, a capacidade do indivíduo de aplicar nas situações do exercício profissional esse conhecimento, a motivação pessoal e do contexto, assim como fatores ligados às políticas e filosofias da instituição”.

Pressupõe-se então que na manifestação de competência para além dos predicados pessoais, os fatores do meio desempenham igualmente um papel importante, tal como defendido por Boterf (2006, p.61), “para agir com competência, um profissional deve combinar e mobilizar tanto os recursos pessoais como os recursos do seu meio envolvente: torna-se difícil, mesmo impossível, ser competente sozinho e de forma isolada”. Ainda o mesmo autor clarifica que “não devemos interrogar o que é competência? Mas, sim o que significa agir com competência?”. Esclarecendo relativamente a esta afirmação que “não basta que um profissional seja detentor das competências(...). É sobretudo, fundamental que ele seja capaz de as associar e mobilizar, com pertinência numa situação de trabalho, de saber como proceder para agir” (Boterf, 2006, p.61).

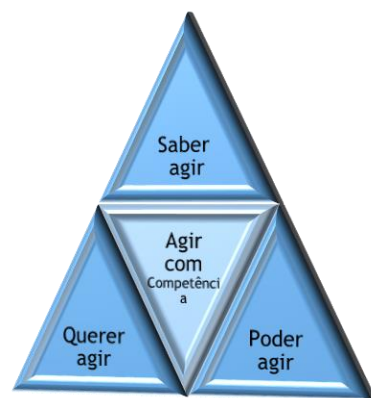


Figura 1 - Agir com Competência
Fonte: Adaptado de Le Bortef (2004)

O processo de “saber agir com competência” definido pelo autor é exemplificado na figura e sustenta-se em três eixos: o “saber agir”, “querer agir” e o “poder agir”. Este modelo para além do “saber agir” que traduz a mobilização dos conhecimentos nos contextos da ação, introduz dois novos fatores que determinam a competência”. O autor defende que o “querer agir”, indica a volição para a ação, integrando fatores de motivação pessoal, mas também condições associadas aos contextos onde a ação se desenrola, que podem ser mais ou menos estimulantes, constituindo um conjunto de determinantes no agir com competência. O terceiro eixo designado por “poder agir”, engloba todos os aspetos relacionados com a política institucional, organização de trabalho, formas de gestão e condições sociais que tornam possível o indivíduo aplicar o saber.

Depreende-se então, que nos contextos da economia atual, este conceito assume um significado mais abrangente e complexo, envolvendo múltiplas dimensões do indivíduo, como o conhecimento, valores pessoais e comportamentos que se associam às estratégias e processos definidos pela empresa/organização.

Fleury e Fleury (2001) e Santos (2004) associam ainda ao conceito de competência exposto até então, o fator agregação de valor económico para as instituições e valor social para o indivíduo, tal como representado esquematicamente abaixo. Para os autores, competência exige saber integrar recursos, acoplados ao conhecimento, habilidade e atitude num contexto profissional determinado. O desenvolver “exercício com competência” traduz-se numa agregação de valor para a organização e para o profissional. A nível institucional o valor refletir-se-á na qualidade dos produtos, na eficiência dos processos e economia de tempo, enquanto para o indivíduo os ganhos refletem a sua representação social.

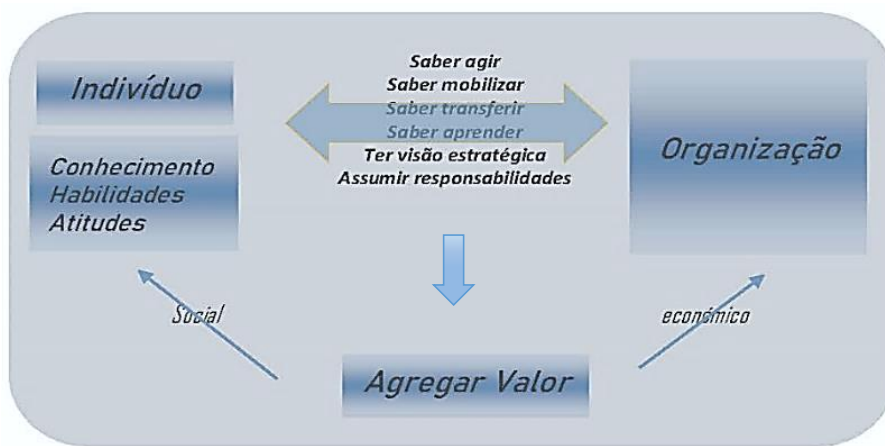


Figura 2 - Exercício com Competência
 Fonte: Adaptado de (Fleury, 2001)

Atendendo às perspetivas aqui exploradas, podemos definir competência como um saber agir responsável e reconhecido, resultado de uma dinâmica complexa inter atuante de múltiplos fatores, pessoais, do contexto e da organização. Combinação esta que se projeta para além da acumulação dos saberes e das habilidades do profissional, traduzindo o ponto de vista de que a competência não deriva exclusivamente da aquisição de conhecimentos resultante da formação, mas sim da operacionalização dos mesmos nas oportunidades da ação. Desta forma, competência não poderá ser concebida num somatório de saberes, nomeadamente na esfera do saber agir, saber mobilizar, saber integrar e saber transferir, mas sim como uma combinação em que cada um destes elementos se modifica na relação com os restantes. A única finalidade é dar respostas às situações e desafios que ocorrem nos contextos da prática, em que, “...a competência é a capacidade de mobilizar todos os recursos de forma a enfrentar situações complexas” Boterf (2004, citado por Sousa, 2012, p.31).

Descrita a clarificação do conceito competência, importa de seguida identificar as que atualmente são exigidas aos enfermeiros gestores, por forma a compreender a sua ação e influência e pertinência, nos atuais contextos das organizações de saúde.

A enfermagem tem operado uma evolução significativa, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, constituindo-se hoje um grupo profissional influente na dinâmica das instituições de saúde. Esta mesma interpretação encontra-se plasmada no Decreto-Lei 71/2019 (DR, 2019, p.2626) “reconhecendo a relevância que assumem os trabalhadores enfermeiros no âmbito do SNS, quer em termos de organização e funcionamento dos serviços, quer enquanto garante da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da segurança dos procedimentos”.

Identificando este processo de mudança constata-se que está assumindo um lugar cada vez mais distinto, a enfermagem tem-se afirmado como uma profissão em rápida mudança acompanhando a evolução científica e tecnológica” (Martins e Dias, 2010, p. 253). Na mesma linha, Soares e Freitas, (2004, p.34), “mencionam que (...) houve uma mudança significativa na prestação de cuidados e na perceção do público acerca de a responsabilidade da enfermagem”.

Além do corpo de competências em enfermagem, considerado um dos eixos importantes no desenvolvimento profissional, inerentes a uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada, também evolução da vasta formação académica sustentada num corpo de conhecimento científico baseado na evidencia, tem marcado a enfermagem sobretudo nos últimos 30 anos. Esta ideia é corroborada no preambulo do Decreto-Lei 71/2019 (2019, p.2626), ao descrever “a evolução ao nível da formação na área da enfermagem que se reflete, naturalmente, nas correspondentes competências”.

A valorização dada ao avanço do ensino em enfermagem é igualmente destacada por Mendes e Mantovani (2010) identificam a evolução da formação e a criação da Ordem dos Enfermeiros como principais marcos da profissão de enfermagem nos últimos trinta anos. Santos (2014) para além da valorização da integração da formação em enfermagem no ensino superior e da constituição da Ordem dos Enfermeiros, também a estruturação e desenvolvimento da carreira surgem como marco fundamental no percurso da enfermagem.

No determinar das competências do enfermeiro gestor sustentado sobretudo nas publicações jurídicas-legais encontradas até então, identificamos principalmente três regulamentos marcantes e estruturantes da profissão. O Decreto-Lei 437/91 de 8 de novembro; Decreto-Lei 161/96, de 4 de setembro e o Decreto-Lei 104/98, de 21 de abril. O primeiro decreto, vem estruturar e organizar a carreira de enfermagem, enquanto que o segundo regulamenta o exercício profissional e por fim o último concebe a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo estatuto, proporcionando a autorregulação da profissão.

Contudo, o Decreto-Lei n.º 305/81, foi o primeiro a regulamentar uma carreira de enfermagem, sendo a sua reestruturação implementada pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro o qual se considera marcante, uma vez que para além da estrutura organizacional que sustentava, contemplava cinco categorias distribuídas por quatro níveis, aplicados às três áreas de atuação: a prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica. Destes,

destacamos pela sua competência em gestão, o nível 2, que contemplava as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe; o nível 3 que integrava as categorias de enfermeiro-supervisor e de assessor técnico regional de enfermagem e o nível 4, que integrava a categoria de assessor técnico de enfermagem.

Esta carreira é enaltecida por Martins (2008,) pelo facto de ter sido a partir da mesma que se valorizou a investigação em enfermagem, encontrando-se integrada no conteúdo funcional a partir do enfermeiro especialista (Artº 7º), e igualmente pelo facto de contemplar conteúdos funcionais, encontrando-se os de enfermeiros gestores descritos na Secção II, identificada como “Área de atuação da gestão” no seu Artigo 8.º. No entanto, apesar destes conteúdos serem de relevo para profissão, não constituíam por si só um instrumento jurídico que regulamentasse o exercício profissional, falha essa que só viria a ser colmatada com a aprovação do Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (REPE).

“O Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, veio responder a uma lacuna legislativa quanto ao exercício profissional da enfermagem, que não dispunha de um instrumento jurídico contendo a sua regulamentação (...) possibilitou a clarificação de conceitos, intervenções e funções, bem como os aspectos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros” (Mendes e Mantovani, 2010 p. 210).

Assim, o presente regulamento definiu os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, e introduziu também pela primeira vez os conceitos de intervenções autónomas e interdependentes da profissão de enfermagem, assumindo-se a partir da sua publicação, as áreas e intervenções autónomas da enfermagem sobre as quais passam a dispor livre arbítrio de decisão, no que concerne á identificação, planeamento e execução de intervenções. Esta mudança encontra-se plasmada nos pontos um, dois e três do mencionado regulamento, clarificando-se as competências e responsabilidades dos profissionais de enfermagem destacadas no ponto três:

“O presente diploma clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde, mas também junto da população em geral”, (Dec. Lei 161/96 de 4 de setembro, p.2959).

Outra das virtudes deste documento, além de salvaguardar os direitos deontológicos específicos da enfermagem, com a definição e delimitação do conteúdo funcional promoveu a evolução na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Relativamente ao Dec. Lei 104/98 de 21 de abril que criou a Ordem dos Enfermeiros e aprovou o respetivo estatuto, naturalmente importante, como referido por (Mendes e Mantovani 2010, p.210) ao afirmar que “com a OE foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem(...) promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão

de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional. A partir deste momento, passou-se a reconhecer a enfermagem com capacidade de regular e supervisionar o acesso à profissão, o seu exercício, bem como aprovar as normas técnicas e deontológicas respetivas, conforme previsto no n.º.2 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Emerge então, o Regulamento Nº 101/2015, criado pela Ordem dos Enfermeiros, que determina o perfil de competências do enfermeiro gestor, que colide com a carreira de enfermagem decretada pelo Decreto-Lei 248/2009 de 22 de setembro, contém as categorias de enfermeiro de base e o enfermeiro principal. Em 2018, surge o “Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão pelo Decreto lei nº 76/2018 de 30 de janeiro, constituindo o atual Regulamento das Competências do Enfermeiro Gestor o qual serve de pilar a este capítulo. Posteriormente, a carreira sofre nova alteração, para vigorar com a atual, plasmada no Decreto-Lei Nº 71/2019, constituída por três categorias, denominadas de enfermeiro de cuidados gerais, enfermeiro especialista e gestor de enfermagem.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), o exercício da gestão por parte dos enfermeiros, é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, como contribui também para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem.

Na sua clarificação do conceito de Enfermeiro Gestor exposto no Artigo 2º alínea c) do Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão nº 76/2018, a Ordem dos Enfermeiros, define-o como:

“...o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão,...; ... identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros” (Dec. Lei nº 76/2018 , p. 3478).

No mesmo sentido a APEGEL (2020, p.14) considera que:

“os enfermeiros gestores são profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação” (APEGEL, 2020, p14).

Da análise destes conceitos, compreende-se não só o papel esperado a estes profissionais, como também a importância dos mesmos na dinâmica dos serviços, organizações, sociedade e profissão.

Camelo, Soares, Chaves, Rocha e Silva (2016) identificam nos enfermeiros gestores parte fundamental da estrutura organizacional das instituições hospitalares, assumindo tarefas relacionadas com a gestão dos recursos físicos, materiais, humanos e financeiros, consideradas essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

No mesmo sentido, a APEGEL (2020), considera a gestão em Enfermagem de primordial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, relacionando de forma direta a qualidade da prática dos enfermeiros gestores com a qualidade dos cuidados. Igualmente no referido regulamento, encontra-se que enfermeiros a desempenhar funções de gestão, devem ser detentores de competência acrescida avançada em gestão, reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros:

“os conhecimentos, habilidades, e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências de enfermeiro especialista, a perícia fruto da complexidade permanente dos conhecimentos, práticas e contextos numa área de intervenção avançada, potenciando a promoção da qualidade da intervenção do enfermeiro especialista”. (Decreto-Lei 76/2018, p. 3478)

Atendendo ao exposto plasmado no regulamento, a OE organiza a prática do gestor em dois domínios: o domínio da gestão operacional e o domínio da assessoria e consultadoria.

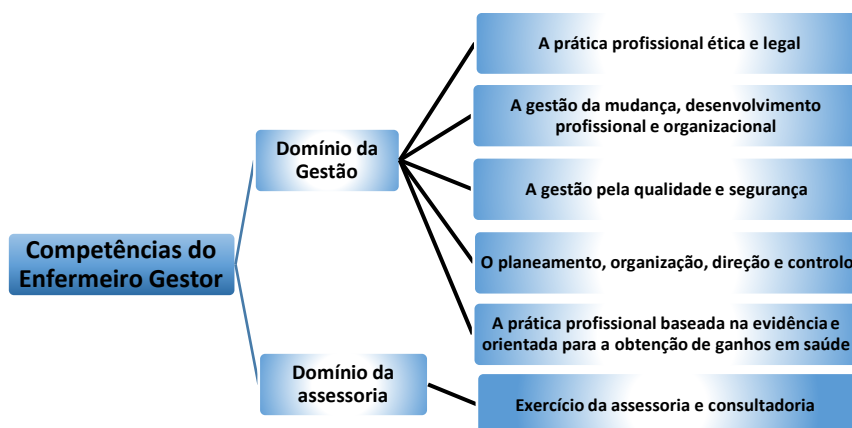


Figura 3 - Domínio das Competência do Enfermeiro Gestor
Fonte: Adaptado do Decreto-Lei 76/2018

O domínio da gestão como ilustrado na figura, compõem-se de cinco competências, descritas com a Prática Profissional, Ética e Legal; Gestão da Mudança, Desenvolvimento Profissional e Organizacional; Gestão pela Qualidade e Segurança; Planeamento, Organização, Direção e Controlo; Prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. Relativamente ao domínio de acessória, este contempla o exercício de assessoria e consultadoria, gestão desenvolvida pelo gestor de nível estratégico e tático.

A APEGEL por seu lado, tal como mostrado a figura 4, estrutura 10 competências em quatro eixos: Prática Profissional, Ética e Legal; Gestão de Cuidados e Serviços; Desenvolvimento Profissional; Intervenção Política e Assessoria.



Figura 4 - Competência do Enfermeiro Gestor.
 Fonte: Adaptado de APEGEL (2020)

Com visões aparentemente diferentes, na essência a APEGEL e a OE comungam do mesmo princípio no que se refere às competências do enfermeiro gestor, pois ambas entidades identificam e valorizam as mesmas competências. As diferenças residem sobretudo na forma como as mesmas se organizam. A APEGEL identifica os quatro eixos (Prática Profissional, Ética e Legal; Gestão de Cuidados e Serviços; Intervenção Política e Assessoria; Desenvolvimento Profissional), a OE reconhece dois domínios, o domínio da gestão e o domínio da assessoria, sendo que no domínio da gestão engloba todas as competências identificadas pela APEGEL nos eixos de Prática Profissional, Ética e Legal; Gestão de Cuidados e Serviços; Desenvolvimento Profissional.

Seguindo a estruturação do regulamento de competência acrescida para o perfil do enfermeiro gestor, encontramos na área da competência Prática Profissional, Ética e Legal, o garante de um exercício profissional alinhado com as normas legais, princípios éticos, assim como defensor da deontologia profissional. Estes valores, são defendidos por Mazur, Labronici e Wolff (2007, p.373), referindo-se aos mesmos como “o conjunto de normas a serem respeitadas e cumpridas pelos profissionais que devem nortear a sua conduta”. Os autores reforçam ainda que, “a qualidade da assistência de enfermagem constitui um direito do cidadão e um dever moral do profissional”.

No mesmo sentido sustenta-se que na prática profissional de enfermeiros, a sensibilidade moral é parte integrante do processo de tomada de decisão ética, sendo essencial para o cuidado de qualidade (Moreira et al., 2020), pelo que o gestor de enfermagem deve considerar os meios necessários para atingi-las, a fim de que possam ir ao encontro dos seus

anseios, da filosofia de trabalho, da instituição onde atua e da essência da Enfermagem (Mazur et al., 2007, p.373).

Em suma, no que concerne a esta área de competência e para que os enfermeiros gestores possam desempenhar a sua atividade com dignidade salvaguardando os direitos das pessoas, é imprescindível que a sua tomada de decisão seja centrada não apenas nos valores éticos universais referentes à preservação da dignidade humana, beneficência, não maleficência, justiça, respeito às pessoas, honestidade, veracidade, sigilo e beneficência, mas também nos valores da profissão (Mazur et al., 2007).

Relativamente à competência gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional, pressupõe-se que o gestor compreenda o desenvolvimento da sua equipe e por inerência da organização que representa. Neste pressuposto (Monteiro, Mourão e Freitas (2019) argumentam que o suporte organizacional à aprendizagem podem resultar em mais efetividade das ações de educação corporativa e assim contribuir para um benefício do desempenho no trabalho num processo cíclico e contínuo de melhoria.

Destaca-se assim, nesta área de competências a importância das pessoas nas organizações, o modo como são geridas no contexto de trabalho, desenvolvendo-as e aumentando suas potencialidades, de maneira a contribuírem para o alcançar dos objetivos organizacionais e pessoais (Budde e Silva, 2020).

A gestão a este nível, pressupõe a adoção de um conjunto de políticas e práticas que permitam a conciliação das expectativas organizacionais e pessoais para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo (Dutra, 2016, p.17). Destaca-se, desta forma, a relevância da confluência entre expectativas, valores e objetivos pessoais e organizacionais, pelo que o gestor terá de desenvolver habilidades para tornar isso possível, de modo a gerar mudança e desenvolvimento aos trabalhadores e à organização.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) define nesta área de competência o gestor como um profissional ativo nos processos de mudança que acrescentam valor ao indivíduo, à profissão e à organização, assumindo-se como um elemento facilitador e incentivador da eficácia da organização.

No que concerne à competência gestão pela qualidade e segurança, na ideia (Oliveira, Oliveira e Almeida, 2010) observamos que esta área tem vindo progressivamente a conquistar a atenção das instituições, consciencializados de que o bom desempenho em segurança e saúde no trabalho se torna decisivo para a rentabilidade da empresa, uma vez que reduz os riscos de acidentes; promove a saúde e a satisfação dos trabalhadores; melhora os resultados operacionais e a imagem da organização perante a sociedade.

No que concerne aos contextos da saúde e na perspetiva de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, tem sido progressivamente introduzidas novas exigências, nomeadamente ao nível das competências profissionais, das mudanças comportamentais,

das mobilizações gerenciais, das inovações estruturais e tecnológicas, além da melhoria permanente e contínua do atendimento (Rafael e Aquino 2019).

Face a esta dinâmica de desafios, segundo a OE (2018) o gestor de enfermagem deve suportar-se em processos alinhados com uma melhoria contínua objetivando elevados padrões de qualidade, associado a altos níveis da satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais. Rafael e Aquino (2019, p. 330) referem que “a filosofia da qualidade aplicada às instituições de saúde requer gestores criativos e inovadores em relação ao serviço prestado aos clientes externos e internos”.

Focada na qualidade, então a gestão deve ser entendida como o resultado da implementação de modelos assistenciais integrados, coerentes e sistêmicos que contemplem um planejamento, em busca de garantia pela melhoria contínua da qualidade e segurança. A Organização Mundial de Saúde, define segurança do paciente como: a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso de boas praticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde, (Padilha et al., 2018). De salientar que a segurança nos processos de qualidade deve também atender não só aos clientes como também à comunidade institucional, pois os acidentes de trabalho têm consequência no profissional, e em toda a organização, pelo que deve constituir um foco de intervenção prioritário para os enfermeiros gestores. Na procura da qualidade, o enfermeiro deve suportar as suas atividades em princípios científicos, articulando a teoria com a prática, sendo os ganhos traduzidos em indicadores de avaliação, ao nível da estrutura, processos e resultados.

Outra competência enquadrada nas atividades do gestor reporta-se para o planeamento, organização, direção e controlo, constituindo as mesma um conjunto de etapas sequenciais, em constante dinâmica e num continuo a todos os procedimentos da organização, é por isso importante “pensar no micro, do cotidiano, mas é preciso também atuar ao nível macro, na formulação de políticas que contribuam para garantir a vida, a saúde, ofertar serviços dignos e garantir o acesso, a humanização da atenção” (Rivera e Artmann, 2012, p.13).

Na perspetiva de Ravazolo (2011, p.14) “o planeamento constitui a função inicial da administração, pois envolve a primeira decisão de uma organização: aonde chegar. Desta forma ela é a base para todas as demais decisões e ações”. O planeamento reveste-se então de uma importância vital para as instituições, independentemente do nível da governação a que se destina, nível estratégico, tático ou operacional, este deve projetar o futuro da organização e espelhar a sua filosofia, orientado para a missão e visão. Integra a definição dos objetivos, traçam-se os planos previsíveis para atingi-los, define as medidas e instrumentos de seguimento e controlo e respondendo às interrogações: o que deve ser feito; quem fará; quando, onde, por que, como e quanto gastará (Ravazolo (2011, p.16). Planeamento, tende assim ser uma estratégia clarificadora para todos os colaboradores, potencializando a convergência e coordenação de esforços por parte dos envolvidos.

A fase seguinte conhecida como organização, compreende a execução do planejamento, ou seja, é neste momento que os planos seguem o seu curso, são colocados em prática em prol dos resultados esperados. A organização é baseada na divisão do trabalho racional que especializa as pessoas em determinadas especificidades com objetivo de transformar recursos para fornecer produtos e serviços que atendam as necessidades dos clientes (Ravazolo, 2011, p.39). A direção de processo como atividade do gestor assume uma particularidade diferente das restantes etapas desta competência, na medida em que envolve a relação interpessoal. Em todos os domínios da gestão, nesta etapa o gestor tem de ser necessariamente administrador de pessoas. “Dirigir, portanto, é lidar com conceitos voltados á gestão de pessoas: liderança, comunicação, incentivo, motivação, satisfação, capacitação, participação, etc” (Ravazolo (2011 p.64). Por fim surge a etapa do controlo, que concebe todas as etapas de um processo administrativo desde o seu planejamento até ao momento do controlo operacional. Ainda segundo o mesmo autor, “A essência do controlo é verificar se a execução está em conformidade com o planeado. A comparação do desempenho real com o que foi planeado, não busca apenas localizar as variações, erros ou desvios, mas também localizar dificuldades e pontos passives de melhoria ao longo do processo” (Ravazolo, 2011 p.106). Neste sentido, um gestor sensível à necessidade de desempenhar a sua competência envolvendo estas quatro etapas, encontra-se seguramente a implementar uma dinâmica de melhoria contínua nos processos de trabalho em busca dos melhores resultados.

Um outro campo de ação que compete ao gestor desenvolver no seu trabalho diário, prende-se com a prática profissional baseada na evidência objetivando a obtenção de ganhos em saúde. Na perspectiva de Camargo et al. (2017, p.10) “a utilização de pesquisas na prática de enfermeiros hospitalares requer conhecimentos e competências para além dos usuais no exercício quotidiano do trabalho. Acrescentando-se o exercício da liderança transformacional e maior aproximação com enfermeiros pesquisadores”. Já para Pereira, Cardoso e Martins (2012, p.61) “uma prática baseada na evidencia vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde e sustentando eventuais mudanças ao nível político”. Assim, o cuidar em enfermagem deve ser fundamentado na evidência científica produzida por estudos/trabalhos de investigação, como forma de melhorar a sua qualidade, mas também coadjuvado com a experiência profissional da equipa, estimulando o pensamento critico reflexivo, sendo por isso de extrema relevância que o gestor incentive, estimule e que atue como elemento facilitador dos seus enfermeiros para este caminho, alinhado com a frequência e desenvolvimento de formação académica. Michelan e Spiri (2020, p.116) no trabalho de revisão integrativa da literatura sobre as estratégias de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento de uma enfermagem baseada em evidencia, concluem que os profissionais devem “ter em suas mãos a garantia de uma prática livre de danos e iatrogenias, promovendo desta forma uma qualidade na assistência

e a segurança do paciente”, que por sua vez contribui para a competitividade da organização e para agregar mais valor à profissão.

No domínio da consultadoria a competência do enfermeiro gestor definido pela Ordem dos enfermeiros centra-se na

“reformulação e a implantação de sistemas de saúde, associada à incorporação cada vez mais acentuada e rápida de novas tecnologias vêm requerendo do enfermeiro um conjunto de conhecimentos políticos, teóricos, técnicos e operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde e aos processos de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão ampliar e consolidar novos espaços de atuação por meio da prática profissional crítica e competente” (Chaves e Tanaka 2012).

As atuações dos enfermeiros em ações não assistenciais representam um desafio crescente às políticas de formação e inserção no mundo do trabalho, destacando-se particularmente questões relativas à gestão e avaliação de políticas que, incidem sobre o sistema de saúde e, portanto, sobre o cuidado individual e coletivo. Nesse sentido, entende-se que é pertinente discutir a especificidade do campo da avaliação em saúde, com a perspectiva do trabalho do enfermeiro no âmbito da gestão, (Chaves e Tanaka 2012).

As competências exploradas, incorporam e organizam as atividades que os gestores desenvolvem ao longo do seu exercício profissional, tendo como pressupostos o garantir de uma prática profissional enquadrada nos valores éticos, normas legais e da deontologia profissional. Facilitam o desenvolvimento profissional e crescimento organizacional, tendo como objetivo principal a qualidade assistencial direcionada para os ganhos em saúde e eficiência dos processos baseados na evidencia científica, traduzindo a competitividade da organização e a agregação de valor para a profissão.

Analisar a importância deste perfil de competências no papel do gestor de enfermagem, verificamos que de acordo com Guerra (2016) enquanto presidente da APEGEL, que este conjunto de competências garantem uma melhor qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à população.

3-PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

O plano de trabalho de campo consiste no planeamento detalhado das atividades a serem realizadas, assim como na determinação do período em que irão ser implementadas, assumindo-se como roteiro ou guião ao qual o pesquisador deve estar sempre atento, por forma a não se desviar dos objetivos que norteiam sua investigação. Cruz (1997, p.95), reforça a importância do planeamento do trabalho de campo, referindo que “além de trazer os objetivos que norteiam a pesquisa de campo, dele devem constar, também, uma listagem dessas atividades, bem como um cronograma de realização das mesmas”.

Prado (2014) relativamente à fase do planeamento do trabalho de campo menciona que a mesma consiste, em construir um plano capaz de atingir a meta do projeto requerendo também, que preveja as quantidades de material, de equipamentos, de mão de obra etc.

Neste capítulo, apresenta-se a descrição da população e amostra, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados e o procedimento de recolha dados.

O presente trabalho de investigação pretende dar resposta a inquietações surgidas no contexto da prática na área da gestão de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Segundo Morais (2013, p.2) o processo de investigação científica “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento”. Na área da saúde, os contextos da prática constituem uma fonte inesgotável de fenómenos que enriquecem o conhecimento dos técnicos, contudo na perspetiva de Fortin (2009) para que este possa ser transmissível terá de ser validado segundo a metodologia da investigação científica.

Um dos desafios na elaboração do desenho do estudo, relaciona-se com o determinar do paradigma sob o qual se vai estruturar todo o processo de investigação, neste caso optou-se por uma investigação sustentada no paradigma positivista, quantitativo descritivo e transversal. Uma característica fundamental deste paradigma metodológico resulta do facto de se centrar numa explicação dos fenómenos numa perspetiva físico-numérica, desvalorizando a subjetividade e a individualidade.

Segundo Fortin (2009), esta metodologia possibilita colocar em evidência as diversas relações entre as variáveis em estudo e antever resultados possíveis de serem utilizados na prática. No que concerne ao desenho do estudo é descritivo, uma vez que tem como finalidade a descrição das atividades de gestão desenvolvidas pelos enfermeiros gestores.

Analisando o momento temporal, considera-se transversal, tendo em conta que os dados foram colhidos num determinado momento do tempo, ou seja, “a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado” (Hochman et al., 2005, p.3).

Segundo a perspetiva quantitativa o interesse recai sobre o coletivo, naquilo que pode ser predominante como característica do grupo. Neste sentido a capacidade de generalização constitui a principal característica tida em conta, o acontecido na amostra será assumido para a população, que não carece de ser estudada integralmente, podendo usar-se uma amostra representativa da mesma.

Na figura 5 ilustra-se o trajeto desenvolvido ao longo deste processo de investigação que objetiva estudar a perceção dos enfermeiros gestores de unidades de saúde mental e psiquiatria sobre o desempenho das suas atividades.

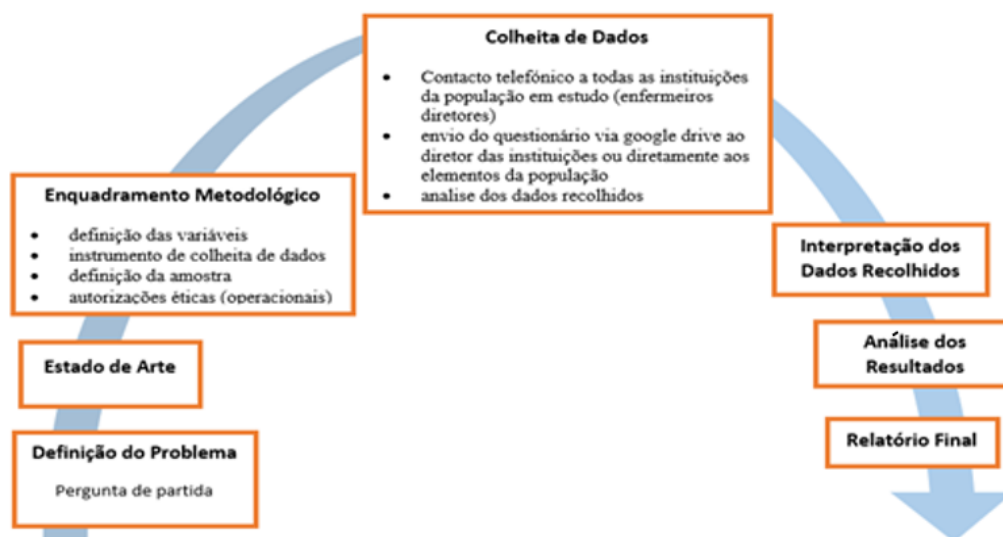


Figura 5 - Diagrama do estudo

3.1- Pergunta de Investigação

A necessidade de investigar surge no ser humano, por inquietações ou necessidade de compreender e explicar fenómenos observados nos contextos onde se movem. No caso dos enfermeiros, esta necessidade está associada a questões que emergem da sua prática clínica, ou de uma área do conhecimento pelo qual mostram especial interesse e sobre a qual pretendem obter respostas, como identificado por Fortin (2009, p.68) “a partir de

observações e de experiências pessoais, escolher um tema ou domínio de investigação (...) traduz a preocupação que incita a estudar tal fenómeno”.

Determinar a questão a investigar, torna-se num dos fatores mais importantes de toda a investigação, pois é a partir desta que se clarifica e delimita o tema de estudo. Sousa et al. (2018, p.32) afirmam que “a formulação de questões de pesquisa bem estruturadas é uma habilidade básica e uma característica determinante (...) para fazer face à exigência de respostas exaustivas e precisas”. Assim, formulámos a seguinte questão de partida: será que os enfermeiros gestores que desenvolvem a sua atividade nos serviços de saúde mental e psiquiatria demonstram um perfil específico na atividade de gestão? Desta questão central que orienta toda a investigação, emergem questões de investigação, que se pretendem responder de forma a aprofundar e divulgar conhecimento, sendo formuladas como: quais as atividades de gestão que os enfermeiros gestores que exercem funções em serviços de saúde mental e psiquiatria, consideram desenvolver mais frequentemente? Como distribuem os gestores de enfermagem de saúde mental e psiquiatria as suas atividades que decorrem do enquadramento da legislação em vigor? Qual o perfil do enfermeiro gestor dos serviços de saúde mental e psiquiatria? Que fatores se relacionam com a frequência da realização das atividades dos enfermeiros gestores em saúde mental e psiquiatria?

3.2- População e Amostra

Nesta investigação propusemo-nos incluir enfermeiros de todo o território nacional, continente e regiões autónomas da Madeira e Açores de forma a conseguirmos obter uma imagem representativa da realidade dos enfermeiros gestores que exercem funções em serviços de saúde mental e psiquiatria.

Como requisitos para integrar a amostra do estudo, determinou-se que esta seria constituída pelos Enfermeiros Gestores/Coordenadores que desempenham esta função, há pelo menos seis meses, em unidades de saúde mental e psiquiatria nos contextos de internamento completo, internamento parcial e consultas externas do setor público (SNS) e setor social.

A delimitação de gestores com pelo menos seis meses de experiência nesta área, deve-se ao facto de considerarmos este, o período mínimo, que permite ao gestor integrar-se no serviço e definir um plano de ação para o mesmo, assumindo a partir destas premissas a execução natural das atividades de gestão.

De acordo com os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2020), existem 1951 enfermeiros gestores, não estando especificado quantos exercem funções nas áreas de saúde mental e psiquiatria. Deste universo de gestores 1401 são mulheres e 550 serão homens.

A população em estudo, segundo Mello e Guimarães (2015, p.22) “é uma coleção de entidades para as quais estamos interessados num determinado tempo”. No presente estudo, foi determinada com base nas instituições identificadas na circular da ACSS nº 10/2014, datada de 31-03-2014 para Portugal continental, sendo as instituições das regiões autónomas da Madeira e Açores identificadas via telefone e email. Uma vez mapeadas as instituições, procedeu-se ao contacto institucional via email, dirigido aos conselhos de administração, solicitando-se aquando do pedido de submissão do projeto à comissão de ética a identificação do número de gestores que se enquadravam nos requisitos determinados, contabilizando-se desta forma 147 enfermeiros gestores ou responsáveis de serviços em unidades de saúde mental e psiquiatria.

Relativamente à amostra do estudo, Mello e Guimarães (2015, p.22) definem-na como “um subconjunto de uma população, selecionada com o objetivo de estudar propriedades particulares da população de interesse”. Neste sentido, estas devem garantir a representatividade da população alvo. Nesta investigação, o número de respondentes ao questionário enviado, compreendeu um total de 52 enfermeiros, que ao preencherem o mesmo declararam aceitar livremente os termos da investigação.

A amostragem é do tipo não probabilística por conveniência, selecionando os elementos a integrar, a partir dos critérios de inclusão, ou seja, exercer funções de gestão pelo menos há seis meses na área da saúde mental e psiquiatria.

Dos 147 profissionais que compunham o nosso universo, responderam livremente ao questionário enviado 35,4% (n=52), emergindo assim a amostra, cujo valor representa uma margem de erro de 9,23% e um grau de confiabilidade de 90%.

3.3 - Variáveis em Estudo

Num ambiente os fenómenos observados podem ser ligados a um dado conjunto de resultados possíveis. Neste sentido, variável pode ser entendida como qualquer quantidade ou qualidade, de uma característica que assume vários valores numéricos, podendo então ser medida e enumerada. Convencionalmente é definida como elementos representantes do conjunto de todos os resultados possíveis de um acontecimento. Mello e Guimarães (2015,

p.21) definem variável como “uma característica que muda de pessoa para pessoa, de local para local, de instante para instante”.

No presente estudo, as variáveis identificadas foram organizadas por áreas de afinidade, identificando-se dois grupos. No primeiro incluem-se as relacionadas com a caracterização da amostra e no segundo expõem-se as que dizem respeito às competências do enfermeiro gestor, atendendo aos domínios de atuação no seu exercício profissional.

Os conceitos em estudo serão apresentados em quadros, permitindo assim uma melhor compreensão da operacionalização das variáveis, codificadas em: categorias, dimensões e indicadores.

No quadro 1 apresentam-se as dimensões e categorias, das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e do contexto profissional identificadas como mínimas exigidas, para que seja possível determinar o perfil dos enfermeiros gestor/coordenador em unidades de saúde mental e psiquiatria. As variáveis relacionadas com as competências do enfermeiro gestor expostas também em quadros, foram igualmente decompostas em categoria, dimensão e indicadores de frequência, apresentando-se organizadas tendo em conta os cinco domínios de atuação em que se enquadram as competências do enfermeiro gestor (Prática Profissional, Ética e Legal, Gestão de Cuidados, Gestão de Recursos Humanos, Intervenção Política e Assessoria e Desenvolvimento Profissional).

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas, profissionais e contexto laboral da amostra

Variável	Categorias	Indicador
Sexo	Masculino/Feminino	Sim/Não
Idade		Anos completos
Grau Académico	Licenciado/ Mestrado/ Doutoramento	Sim/não
Formação profissional	Especialidade	Sim/não
	Área de especialidade	
Experiência profissional	Anos de exercício profissional	Anos completos
	Anos de exercício na área de gestão	
	Anos no atual serviço	
Área de atuação	Internamento Completo/ Consultas/ Internamento Parcial	Sim/não
Natureza do serviço onde trabalha	Unidades de Agudos; Unidades de Crónicos; Estáveis (seguimento em consultas e ambulatório)	Sim/não
Lotações do serviço	Taxa de atendimento diário; Taxa de ocupação anual	Porcentagem
Número de enfermeiros do serviço	Número total de enfermeiros que constitui a equipa que gere	Número
Accreditação de Serviço	Serviço Acreditado	Sim/não

No exercício da sua Prática Profissional, Ética e Legal o enfermeiro gestor deve desenvolver uma liderança priorizando as atividades (Quadro 2) que lhe permitam obter um bom desempenho.

Quadro 2 - Operacionalização da variável Prática Profissional, Ética e Legal na frequência de realização das atividades

Categoria	Dimensão	Indicador
Prática Profissional, Ética e Legal	Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	1-Não faço esta atividade 2-Faço esta atividade poucas vezes 3-Faço esta atividade muitas vezes 4-Faço esta atividade sempre
	Preocupa-se com os valores dos doentes	
	Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	
	Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	
	Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	

A gestão dos cuidados desenvolvida pelo gestor, deve ter por finalidade priorizar as práticas orientadas para a prestação de cuidados de qualidade e segurança dos clientes e profissionais. As atividades inerentes à competência Gestão de Cuidados encontram-se expostas no quadro 3.

Quadro 3 - Operacionalização da variável Gestão de Cuidados na frequência de realização das atividades

Categoria	Dimensão	Indicador
Gestão de Cuidados	Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	1-Não faço esta atividade 2-Faço esta atividade poucas vezes 3-Faço esta atividade muitas vezes 4-Faço esta atividade sempre.
	Promove a tomada de decisão clínica	
	Acompanha a execução de cuidados de forma planeada	
	Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados	
	Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço	
	Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes	
	Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão	
	Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas	
	Orienta cuidados de maior complexidade	
	Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade	
	Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material	
	Contribui para o desenvolvimento das boas práticas através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade	
	Garante ambiente seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas	
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa		

A variável gestão dos recursos humanos (Quadro 4) apela à execução de atividades do gestor no domínio da gestão de pessoas, suas competências, ambições, motivações, visando a promoção do espírito de equipa e a preservação da prestação de cuidados de excelência.

Quadro 4 - Operacionalização da variável Gestão de Recursos Humanos na frequência de realização das atividades

Categoria	Dimensão	Indicador
Gestão de recursos humanos	Promove reuniões com os enfermeiros	1-Não faço esta atividade 2-Faço esta atividade poucas vezes 3-Faço esta atividade muitas vezes 4-Faço esta atividade sempre
	Assiste à passagem de turno	
	Avalia o desempenho dos enfermeiros	
	Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência	
	Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços.	
	Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários	
	Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos	
	Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	
	Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)	
	Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	
	Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio	
	Atua como formador na equipe multi e intra disciplinar	
	Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa		

No domínio da Intervenção Política e Assessoria, o gestor desenvolve atividades inerentes à governação clínica, poder executivo, marketing, planeamento estratégico e operacionalização de projetos no serviço, constituindo-se um elemento dinâmico e promotor de mudanças no serviço e na organização (Quadro 5).

Quadro 5 - Operacionalização da variável Intervenção Política e Assessoria, na frequência de realização das atividades

Categoria	Dimensão	Indicador
Intervenção Política e Assessoria	Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital	1-Não faço esta atividade 2-Faço esta atividade poucas vezes 3-Faço esta atividade muitas vezes 4-Faço esta atividade sempre
	Participa no planeamento estratégico do serviço	
	Elabora relatórios de serviço	
	Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais	
	Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício	
	Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico	

No exercício do desempenho profissional, o gestor deve constituir-se com o garante do desenvolvimento profissional da equipa, proporcionando a realização de atividades que fomentem a atualização dos conhecimentos e melhoria contínua das práticas desenvolvidas (Quadro 6).

Quadro 6 - Operacionalização da variável Desenvolvimento Profissional na frequência de realização das atividades

Categoria	Dimensão	Indicador
Desenvolvimento Profissional	Promove a enfermagem baseada na evidência	1-Não faço esta atividade
	Promove a formação formal e informal da equipa	2-Faço esta atividade poucas vezes
	Estimula os enfermeiros à autoformação	3-Faço esta atividade muitas vezes
	Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	4-Faço esta atividade sempre

3.4 - Instrumento de Colheita de Dados

A colheita de dados de uma pesquisa constitui o processo de recolha de informação junto da amostra, para que o problema identificado possa ser comprovado. Freixo (2018), menciona que independentemente do método de investigação adotado, todo o processo de investigação implica necessariamente uma colheita de dados, cuja obtenção se realiza junto dos participantes, com o fim de se obter informação, com recurso a um instrumento de colheita de dados.

Considerando os propósitos da nossa investigação, optámos pelo questionário de autopreenchimento como instrumento de colheita de dados. Este é considerado o instrumento ideal e adequado à pesquisa desejada para o estudo quantitativo descritivo. Esta assunção é também corroborada por Freixo (2018) caracterizando o questionário como um instrumento que traduz os objetivos do estudo em variáveis mensuráveis, sendo geralmente preenchido pelos próprios sujeitos e sem necessidade de assistência, podendo ser enviado e recebido pelo correio, inclusivamente o eletrónico. A facilidade de aceder ao maior número de elementos da nossa amostra, recordando neste ponto a abrangência geográfica do estudo (todo o território nacional), assim como as limitações de tempo, a par de mobilizar um menor número de recursos, acrescido do garantir do anonimato, formaram o conjunto de pressupostos que decidiram a favor deste instrumento de colheita de dados.

O questionário elaborado é composto por uma nota introdutória que pretende enquadrar o respondente na temática a investigar, informando-o dos objetivos do estudo, instruções

sobre o seu preenchimento e esclarecimento relativamente ao consentimento, garantindo a confidencialidade dos dados e anonimato do participante. Seguem-se dois grupos de questões, o primeiro constituído por 15 questões, tem por objetivo colher dados sociodemográficos, profissionais e relativos aos contextos onde os gestores desenvolvem a sua atividade, permitindo assim a caracterização da amostra. O segundo grupo de questões, baseia-se na aplicação da Escala de Perceção do trabalho do Gestores em Enfermagem Martins e Gonçalves (2018) e Martins et al. (2020), composta por 43 questões, aferindo dados relativos aos cinco domínios das atividades funcionais do enfermeiro gestor, Prática Profissional, Ética Legal, Gestão de Cuidados, Gestão de Recursos Humanos, Intervenção Política e Assessoria e Desenvolvimento Profissional, pontuadas de 1 a 4. O questionário termina com o agradecimento ao profissional.

A escala mencionada demonstrou avaliar o que se pressupunha atendendo aos valores de Alfa de Cronbach obtidos relativos a: Prática Profissional, Ética e Legal 0,878; Gestão de Cuidados 0,952; Gestão de Recursos Humanos 0,923; Intervenção Política e Assessoria 0,869; Desenvolvimento Profissional 0,849, e quando analisada na totalidade verificámos um valor de alfa de 0,974 o que garante uma boa consistência interna da escala.

3.5 - Procedimento de Colheita de Dados

Em investigação científica pressupõe-se que um conjunto de procedimentos sejam respeitados e cumpridos, potencializando o sucesso e credibilidade de todo o processo. A salvaguarda na obtenção dos dados respeitando todas as dimensões da ética torna-se nestas abordagens imperioso, mas também o garantir que a investigação em curso construa conhecimento, gerando benefício para o indivíduo e para a sociedade.

O atender ao código deontológico profissional, constitui uma das exigências, considerando que se trata de investigação em enfermagem que pressupõe fundamentalmente produzir conhecimento para a saúde e para o cuidar da pessoa. O enfermeiro investigador deve assumir uma conduta respeitando sobretudo os valores absolutos da vida humana, como determinado pela Ordem dos Enfermeiros (2015, p.11), ao mencionar que o código deontológico está associado ao dever e obrigação, “É um conjunto de regras e princípios que assentam num agir por dever, dando à ação o seu valor moral, cuja perfeição só pode ser atingido por uma livre vontade”.

Respondendo aos requisitos descritos, o processo de colheita de dados teve como pressuposto prévio a submissão e aceitação do estudo, pelos conselhos de administração e

respetivas comissões de ética de todas as instituições envolvidas, após o pedido formal enviado via email.

O grau de exigência processual e documentação a associar, variou de instituição para instituição. Contudo, de forma transversal o pedido de viabilização do estudo enviado, fez-se acompanhar do Projeto de Investigação (Anexo I), Despacho do Conselho Técnico Científico da ESEP relativo ao Pedido de Admissão à Dissertação de Mestrado (Anexo II).

Nesta dialética face às instituições, fizemos questão de manter sempre um comportamento de honestidade, veracidade e de responsabilidade, assumindo a conduta ética centrada no respeito pelos órgãos representativos, de forma que se estabelecesse uma interação de confiança, mitigando as pequenas dificuldades e questões que por vezes surgiam. Vários foram os emails e telefonemas realizados, no sentido de dar resposta ao solicitado nomeadamente pelas comissões de Ética, culminando com a necessária autorização e viabilização do estudo (Anexo III).

No seguimento da confirmação para viabilização do estudo, contactámos todos os enfermeiros diretores no sentido de reencaminharem o questionário aos enfermeiros gestores/coordenadores, deixando também como alternativa a possibilidade de facultarem os emails institucionais dos elementos a integrar a amostra, podendo ser o investigador a proceder ao respetivo envio. Neste contacto com os enfermeiros diretores, foi igualmente apurado instituição a instituição, o número de profissionais a exercer a função de gestão na área de saúde mental e psiquiatria, construindo desta forma o nosso universo de 147 profissionais.

Sustentado nestes princípios, consideramos ter garantido aos participantes o direito do anonimato e confidencialidade, ao respeitar que a identidade dos respondentes não seja associada a qualquer resposta, como também não é possível ao investigador em momento algum identificar os participantes. Se futuramente se vier a produzir alguma publicação este direito será garantido.

De igual forma foi garantido o princípio do respeito pela dignidade humana e autonomia, autodeterminação, consentimento livre e esclarecido, fundamentado na liberdade dada aos respondentes em optarem livremente pelo preenchimento ou não do instrumento de colheita de dados, no caso o questionário.

Como já mencionado, a primeira parte do questionário para além da breve descrição da finalidade do estudo, foram disponibilizados os contactos dos investigadores, a fim de clarificar qualquer questão ou duvidas que surgisse aos respondentes

Focados nos princípios éticos, foram solicitadas as devidas autorizações da utilização da Escala de Perceção do Trabalho do Gestores em Enfermagem (EPTGE), às autoras Manuela Martins e Narcisa Goncalves, obtendo-se prontamente a devida autorização, com a finalidade de a utilizar como ferramenta no instrumento de colheita de dados (Anexo IV).

Após o preenchimento do questionário no aplicativo Google Drive, com acesso disponível desde 28 de novembro de 2019 a 15 de abril de 2020 no seguinte link,

https://docs.google.com/forms/d/1pw3y7u9L_f5sCysz99U9AmCPcqyPTEW9Dis22KLPXn0/edit, (Anexo V).

Expirado este período, foi cessado o acesso ao aplicativo e trabalhados os dados obtidos. Os questionários foram codificados e introduzidos numa base de dados do SPSS, garantindo que nenhum dos participantes possa ser reconhecido ou identificado pelo investigador ou qualquer leitor, no relatório final desta investigação. Todos os dados colhidos serão guardados até ao momento final desta investigação, sendo destruídos imediatamente após a defesa da tese.

4 - OLHARES CRUZADOS SOBRE AS ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS GESTORES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Para que seja possível ter uma imagem nítida do fenómeno em estudo, serão neste capítulo expostos os dados obtidos no percurso desta investigação, pela aplicação do questionário elaborado, e realizada a análise dos resultados. Os dados serão expostos com recurso a tabelas e gráficos, facilitando assim a leitura e interpretação dos mesmos. Para proceder à análise e tratamento dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 25.0, tendo em conta os procedimentos tradicionais da estatística descritiva e analítica

4.1 - Caracterização da Amostra

A caracterização sociodemográfica e profissional dos elementos que compõem a amostra, e a caracterização dos contextos laborais torna-se importante para o traçar do perfil dos gestores/coordenadores de serviços da saúde mental e psiquiatria. Definiu-se como parâmetros sociodemográficos e profissionais a idade, sexo, tempo de exercício profissional, tempo de serviço enquanto gestor na área de saúde mental e psiquiatria, tempo de exercício de gestão no atual serviço, grau académico, ser detentor de especialidade e área de especialidade.

Relativamente à idade dos gestores, oscilou entre um mínimo de 28 e um máximo de 65 anos, com uma média de 50,21 anos (DP= 9,428). Pela análise da Tabela 1 verifica-se que a maioria (51,9%; n=27) tem mais de 50 anos de idade.

Tabela 1- Idade dos enfermeiros gestores

Idade dos gestores (anos)	n	%
≤30	2	3,8
>30 a ≤40	7	13,5
>40 a ≤50	16	30,8
> 50	27	51,9
Total	52	100,0

Relativamente ao sexo, a amostra do estudo, compõe-se maioritariamente (57%; n=30) por enfermeiras.

O tempo de exercício profissional dos gestores de enfermagem, variou entre um mínimo de sete e um máximo de 42 anos ($M=26,87$; $DP=10,525$) anos. A variável foi codificada em cinco classes (Tabela 2), menor ou igual a 10 anos; maior que 10 anos e menor ou igual a 20 anos; maior que 20 anos e menor ou igual a 30 anos; maior que 30 anos e menor ou igual a 40 anos; maior que 40 anos, verificando-se que é na classe maior que 20 anos e menor ou igual a 30 anos que se identifica o maior número de casos (34,6%; n=18), enquanto a menor representação é encontrada na classe igual ou menor a 10 anos e na classe maior que 40 anos (7,7%; n=4, em ambas).

Tabela 2 - Tempo de exercício profissional dos gestores

Tempo de exercício profissional (anos)	n	%
≤ 10	4	7,7
> 10 a ≤ 20	11	21,2
> 20 a ≤ 30	18	34,6
> 30 a ≤ 40	15	28,8
> 40	4	7,7
Total	52	100,0

Relativamente ao tempo do exercício de gestão no contexto de saúde mental e psiquiatria (Tabela 3), observa-se uma variação entre o mínimo de um ano e um máximo de 30 ($M=13,08$; $DP=9,586$). Na distribuição por classes, verifica-se que a mais representada corresponde à dos gestores com mais de 15 anos de exercício de gestão no contexto de saúde mental e psiquiatria (40,4%; n=21).

Tabela 3 - Anos de exercício de gestão na área de saúde mental e psiquiatria

Funções de gestão em psiquiatria (anos)	n	%
≤ 5	18	34,6
> 5 e ≤ 10	5	9,6
> 10 e ≤ 15	8	15,4
> 15	21	40,4
TOTAL	52	100

No que concerne ao tempo de gestão no atual serviço (Tabela 4), verifica-se uma variação entre um mínimo de um ano e um máximo de 30 anos ($M=10,46$; $DP= 8,01$) de exercício de funções no atual serviço. A maior percentagem de casos (34,6%; n=18) ocorreu na classe com

um tempo de exercício menor ou igual a cinco anos e o menor valor (11,5%; n=6) foi encontrado na classe maior de cinco anos e menor ou igual a 10 anos.

Tabela 4 - Tempo de exercício de gestão no atual serviço

Funções de gestão no atual serviço (anos)	n	%
≤ 5	18	34,6
> 5 e ≤ 10	6	11,5
> 10 e ≤ 15	16	30,8
> 15	12	23,1
TOTAL	52	100

Analisando as habilitações profissionais, constata-se que a maioria (90,4%; n=47) dos gestores detinha uma especialidade em enfermagem, sendo 84,6% (n=44) especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e 5,8% (n=3) em Enfermagem de Reabilitação.

Quanto ao grau acadêmico constatamos que dos 52 gestores 34,6% (n=18) detêm o grau de mestre, não se identificando doutorados.

Analisados os dados sociodemográficos e profissionais apurados, constatamos que o perfil do gestor da nossa amostra é majoritariamente constituído por mulheres, com idade superior a 50 anos, licenciado e especialista em saúde mental e psiquiatria, que exerce enfermagem há mais de 20 anos, com uma média 13,08 anos de experiência em de gestão na área de saúde mental e psiquiatria, gerindo o atual serviço em média há 10,46 anos.

No que se refere à caracterização dos contextos laborais foram definidos como parâmetros a apurar: área de atuação, natureza e lotação do serviço, taxas de ocupação, número de atendimentos diários, número de enfermeiros por serviço e serviço acreditado.

Relativamente à área de intervenção, constata-se que a maioria dos gestores (82,7%; n=43) geriam unidades de internamento completo, que dão resposta às situações de crise e reabilitação e/ou manutenção das competências nas unidades de crónicos, 11,5% (n=6) exercia nos serviços de consultas e 5,8% (n=3) em unidades de internamento parcial.

Relativamente à natureza assistencial das unidades em que os participantes exercem (Tabela 5), observa-se 51,9% (n=27) exercem funções em unidades de utentes agudos.

Tabela 5 - Natureza do serviço onde os gestores exercem funções

Natureza do serviço onde trabalha	n	%
Unidades de Agudos	27	51,9
Consultas	6	11,5
Internamento parcial	3	5,8
Unidades de crónicos	16	30,8
Total	52	100,0

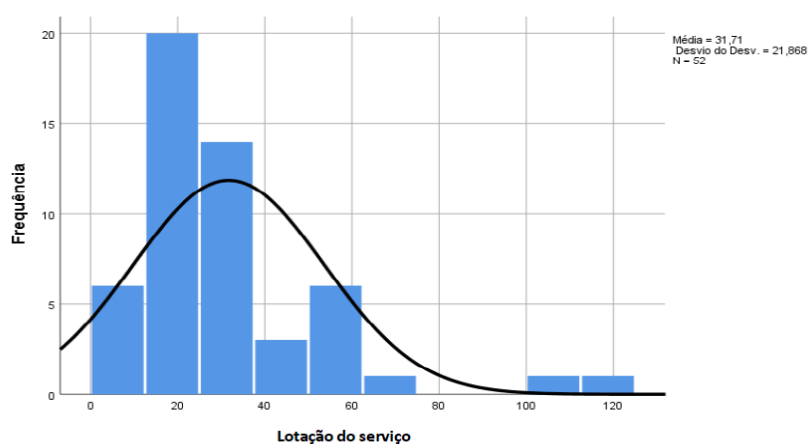
Considerando a variável lotação dos serviços (Tabela 6), constata-se que 42,3% (n=22) dos gestores geriam serviços com uma capacidade maior que 20 e menor ou igual a 30 clientes e 7,7% (n=4) unidades com 10 ou menos clientes.

Tabela 6 - Lotação dos serviços

Lotações dos serviços	n	%
≤ 10	4	7,7
>10 a ≤20	10	19,2
>20 a ≤30	22	42,3
>30 a ≤40	6	11,5
>40	10	19,2
Total	52	100,0

A média da lotação dos serviços (Gráfico 1) é de M=31,71 (DP=21,87).

Gráfico 1 - Distribuição gráfica da lotação dos serviços



No que diz respeito à taxa de ocupação anual dos serviços, constatou-se uma média 98,76%, com uma incidência de 73,1% (n=38) na classe dos 91 aos 100% de ocupação, com um mínimo de 68,36% e um máximo de 140%, enquanto que os atendimentos diários oscilaram entre um mínimo de 10 e um máximo de 120, correspondente a uma média de 35,63 clientes.

Apurou-se que os serviços onde os gestores exerciam a sua atividade eram maioritariamente unidades não acreditadas (78,8%; n=41).

No que concerne ao número de enfermeiros por equipe (Tabela 7), verificou-se que 50% (n=26) das equipas tinham mais de 10 e menos de 20 enfermeiros (M=12,56; DP=5,293).

Tabela 7 - Número de enfermeiros por equipe

Número de enfermeiros	n	%
≤ 10	24	46,2
>10 a ≤20	26	50
>20	2	3,8
Total	52	100,0

Em síntese face aos dados apurados, o perfil das unidades onde exercem os participantes, caracterizam-se por terem equipas de 10 a 20 enfermeiros, serem serviços não acreditados, integrarem internamentos completos, assistindo utentes agudos, com lotação para 20 a 30 clientes, uma taxa de ocupação anual média de 98,76%, e atendimentos diários de 20 a 30 utentes.

4.2- Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro de Gestão dos Serviços de Saúde Mental e Psiquiatria

O sucesso de uma organização de saúde depende de muitos fatores, entre eles o envolvimento das pessoas no desenvolvimento das suas competências, neste âmbito o gestor em enfermagem, revela-se um pilar essencial, competindo-lhe traduzir as orientações e objetivos estabelecidos pelas direções em dinâmica e motivação das equipas de enfermeiros que lidera. Este processo deve ser de tal forma desempenhado, que, para além de atingir as metas propostas e contratualizadas pelas instituições, promover envolvimento e motivação dos elementos que lidera, permita atingir níveis de excelência na qualidade e segurança de cuidados de enfermagem.

O presente capítulo, expõe os dados recolhidos que traduzem as frequências das atividades realizadas de acordo com o elencado pelos gestores considerando os cinco domínios das competências de gestão, permitindo responder às seguintes questões: quais as atividades de gestão que os enfermeiros gestores que exercem funções em serviços de saúde mental e psiquiatria, consideram desenvolver mais frequentemente? E ainda, como distribuem os gestores de enfermagem de saúde mental e Psiquiatria as suas atividades que decorrem do enquadramento da legislação em vigor?

As atividades enquadráveis na competência Prática Profissional, Ética e Legal (Tabela 8), revelam-se como um foco importante de atenção dos gestores de enfermagem, na medida em que não ocorreram registos no parâmetro de avaliação “não faço esta atividade”. Constatamos que no parâmetro “Faço esta atividade sempre” a atividade que mais gestores selecionaram foi “Preocupa-se com os valores dos doentes” (57,7%; n=30). Verifica-se uma sensibilidade especial dos gestores face à atividade “Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente” uma vez que na soma dos scores “Faço esta atividade muitas vezes” e “Faço esta atividade sempre” obtidos, se situava a maioria (96,2%; n=50) dos gestores e apenas 3,8% (n=2) referiu que realizava esta atividade poucas vezes. A atividade “Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe” surge como a atividade mais identificada pelos gestores (28,8%; n=15) como realizada poucas vezes.

Tabela 8 - Distribuição da perceção das atividades realizadas no âmbito da Prática Profissional, Ética e Legal

Prática Profissional e Ética Legal	Não faço esta atividade		Faço esta atividade poucas vezes		Faço esta atividade muitas vezes		Faço esta atividade sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	0	0,0	9	17,3	23	44,2	20	38,5
Preocupa-se com os valores dos doentes	0	0,0	3	5,8	19	36,5	30	57,7
Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	0	0,0	15	28,8	20	38,5	17	32,7
Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	0	0,0	2	3,8	24	46,2	26	50,0
Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	0	0,0	10	19,2	18	34,6	24	46,2

Na competência Gestão de Cuidados (Tabela 9), que integra um conjunto de atividades executadas pelo gestor no desenvolvimento do seu exercício profissional, identificamos “Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço” como a atividade mais reportada no parâmetro “Faço esta atividade sempre” (50%; n=26).

Constatamos uma valorização maior por parte dos gestores na atividade “Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes”, uma vez que na computação dos

scores dos parâmetros “Faço esta atividade muitas vezes” e “Faço esta atividade sempre” se situava a maioria 98,1% (n=51) dos gestores e apenas 1,9% (n=1) reportou que realizava esta atividade poucas vezes.

Observa-se também que 34,6% (n=18) dos gestores expressaram que não fazem ou fazem poucas vezes a atividade “Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão” sendo esta atividade a que mais gestores mencionaram como “Não faço esta atividade” (9,6%; n=5).

A atividade que atingiu scores mais elevados na computação de “Não faço esta atividade” e “Faço esta atividade poucas vezes” foi “Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento material”.

Tabela 9 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito da Gestão de Cuidados

Gestão de Cuidados	Não faço esta atividade		Faço esta atividade poucas vezes		Faço esta atividade muitas vezes		Faço esta atividade sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	0	0	5	9,6	29	55,8	18	34,6
Promove a tomada de decisão clínica	0	0	7	13,5	29	55,8	16	30,8
Acompanha a execução de cuidados de forma planeada	1	1,9	12	23,1	21	40,4	18	34,6
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados	0	0	8	15,4	22	42,3	22	42,3
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço	0	0	4	7,7	22	42,3	26	50,0
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes	0	0	1	1,9	27	51,9	24	46,2
Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão	5	9,6	13	25,0	25	48,1	9	17,3
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas	0	0	9	17,3	26	50,0	17	32,7
Orienta cuidados de maior complexidade	0	0	12	23,1	21	40,4	19	36,5
Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade	1	1,9	19	36,5	21	40,4	11	21,2
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento material	0	0	20	38,5	20	38,5	12	23,1
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade	0	0	7	13,5	26	50	19	36,5
Garante ambiente seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas	0	0	13	25	22	42,3	17	32,7
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa	0	0	9	17,3	22	42,3	21	40,4

A Gestão de Recursos Humanos, induz ao enfermeiro gestor a realização de um conjunto de atividades (Tabela 10), das quais, face aos dados apurados, as mais frequentemente

identificadas na opção de “Faço esta atividade sempre”, foram “Avalia o desempenho dos enfermeiros” (51,9%; n=27) e “Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos” (48,1%; n=25). Identificou-se uma menor valorização dos gestores relativamente à atividade “Afeta enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários” uma vez que é a atividade que mais gestores reportam como “Não faço esta atividade” e “Faço esta atividade poucas vezes” (7,7%; n=4 e 28,8%; n=15, respetivamente, score computado 36,5%; n=19).

Tabela 10 - Distribuição da perceção das atividades realizadas no âmbito da Gestão de Recursos Humanos

Gestão de Recursos Humanos	Não faço esta atividade		Faço esta atividade poucas vezes		Faço esta atividade muitas vezes		Faço esta atividade sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Promove reuniões com os enfermeiros	0	0	12	23,1	25	48,1	15	28,8
Assiste à passagem de turno	1	2,1	7	13,5	22	42,3	22	42,3
Avalia o desempenho dos enfermeiros	0	0	0	0	25	48,1	27	51,9
Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência	0	0	11	21,2	23	44,2	18	34,6
Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços	1	1,9	8	15,4	25	48,1	18	34,6
Afeta enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários	4	7,7	15	28,8	21	40,4	12	23,1
Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos	0	0	5	9,6	22	42,3	25	48,1
Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	1	1,9	12	23,1	25	48,1	14	26,9
Promove o empenhamento e a motivação da equipa	0	0	3	5,8	30	57,7	19	36,5
Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	0	0	6	11,5	27	51,9	19	36,5
Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio	0	0	10	19,2	30	57,7	12	23,1
Atua como formador n equipa multi e intra disciplinar	2	3,8	13	25	28	53,8	9	17,3
Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	0	0	10	19,2	32	61,5	10	19,2
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa	0	0	10	19,2	27	51,9	15	28,8

Relativamente às atividades enquadradas na competência de gestão Intervenção Política e Assessoria (Tabela 11), pela análise das respostas dos gestores verifica-se que a atividade “Elabora relatórios de serviço” é a mais selecionada no parâmetro “Faço esta atividade sempre” (38,5%; n=20).

A atividade “Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital” identifica-se como a atividade menos valorizada pelos gestores, sendo a que maior número de participantes respondeu como “Não faço esta atividade” (13,5%; n=7) e “Faço esta

atividade poucas vezes” (53,8%; n=28), representando na computação destes dois parâmetros 67,3% (n=35) dos gestores.

A atividade “Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício” foi a que obteve scores mais elevados na computação das respostas nos parâmetros “Faço esta atividade muitas vezes” e “Faço esta atividade sempre” (71,1%; n=37)

Constata-se também, que todas as atividades apresentam registos no parâmetro de avaliação “Não faço esta atividade” e “Faço esta atividade poucas vezes”, bem como nos parâmetros “Faço esta atividade muitas vezes” e “Faço esta atividade sempre”.

Tabela 11 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito da Intervenção Política e Assessoria

Intervenção Política e Assessoria	Não faço esta atividade		Faço esta atividade poucas vezes		Faço esta atividade muitas vezes		Faço esta atividade sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital	7	13,5	28	53,8	12	23,1	5	9,6
Participa no planeamento estratégico do serviço	3	5,8	14	26,9	17	32,7	18	34,6
Elabora relatórios de serviço	2	3,8	15	28,8	15	28,8	20	38,5
Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais	2	3,8	14	26,9	21	40,4	15	28,8
Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício	1	1,9	14	26,9	19	36,5	18	34,6
Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico	6	11,6	19	36,5	18	34,6	9	17,3

No domínio do Desenvolvimento Profissional (Tabela 12) enquadra-se um leque de atividades que o gestor deve realizar tendo em vista o desenvolvimento profissional dos enfermeiros que integram a sua equipa. “Estimula os enfermeiros à autoformação” foi a atividade que mais participantes consideraram como “Faço esta atividade sempre” (38,5%; n=20) seguida pela atividade “Promove a formação formal e informal da equipa” (36,5%; n=19). Constata-se que a atividade “Promove a enfermagem baseada na evidência” é a que mais gestores responderam que não fazem ou fazem-na poucas vezes (23,1%; n=12 e 19,2%; n=10, respetivamente), sendo, igualmente, a única que obteve registos na opção “Não faço esta atividade”.

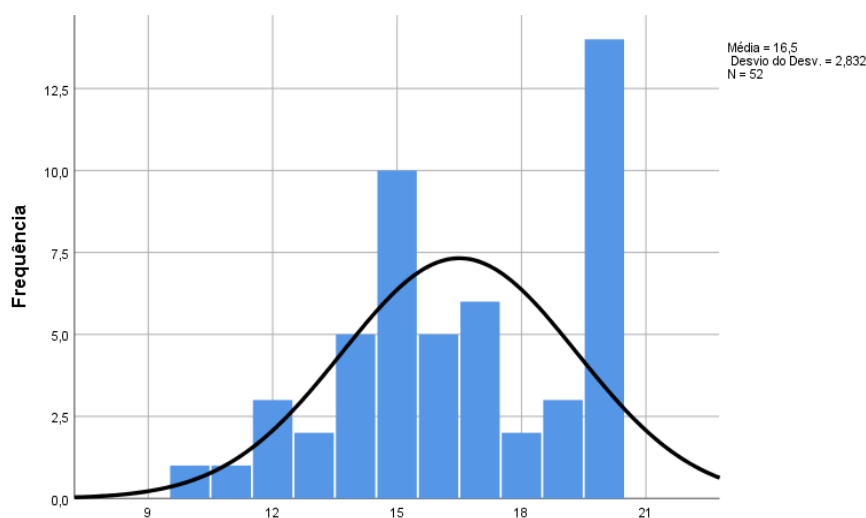
Tabela 12 - Distribuição da percepção das atividades realizadas no âmbito do Desenvolvimento Profissional

Desenvolvimento Profissional	Não faço esta atividade		Faço esta atividade poucas vezes		Faço esta atividade muitas vezes		Faço esta atividade sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Promove a enfermagem baseada na evidência	12	23,1	10	19,2	16	30,8	14	26,9
Promove a formação formal e informal da equipa	0	0	9	17,3	24	46,2	19	36,5
Estimula os enfermeiros à autoformação	0	0	9	17,3	23	44,2	20	38,5
Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	0	0	15	28,8	25	48,1	12	23,1

Para responder à questão “como distribuem os gestores de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria as suas atividades que decorrem do enquadramento da legislação em vigor?” realizaram-se diferentes testes estatísticos.

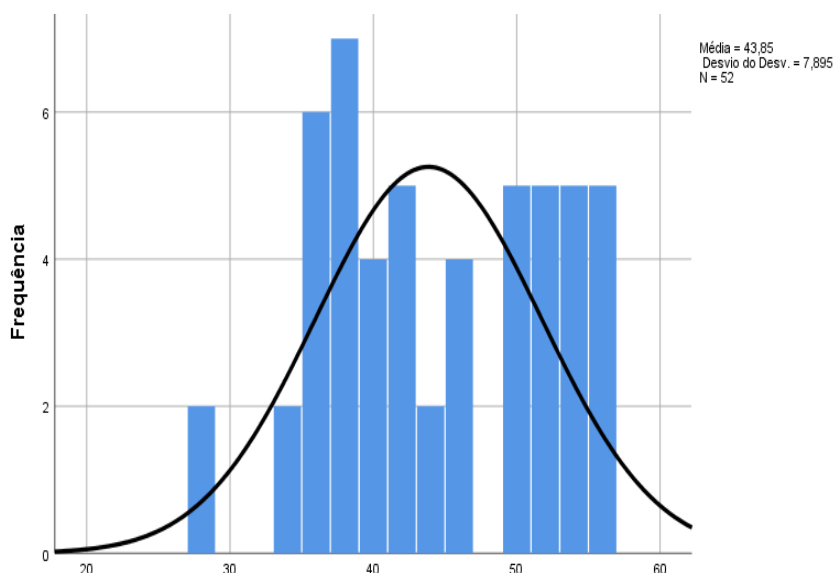
Pela análise do gráfico 2, verifica-se que na amostra a competência Prática Profissional, Ética e Legal não tem uma distribuição normal, identificando-se uma tendência de assimetria negativa, ocorrendo as maiores frequências nos valores mais elevados. Observamos também que os valores variaram entre 10 e 20 ($M=16,5$; $DP=2,832$).

Gráfico 2 - Distribuição das frequências da componente Prática Profissional, Ética e Legal



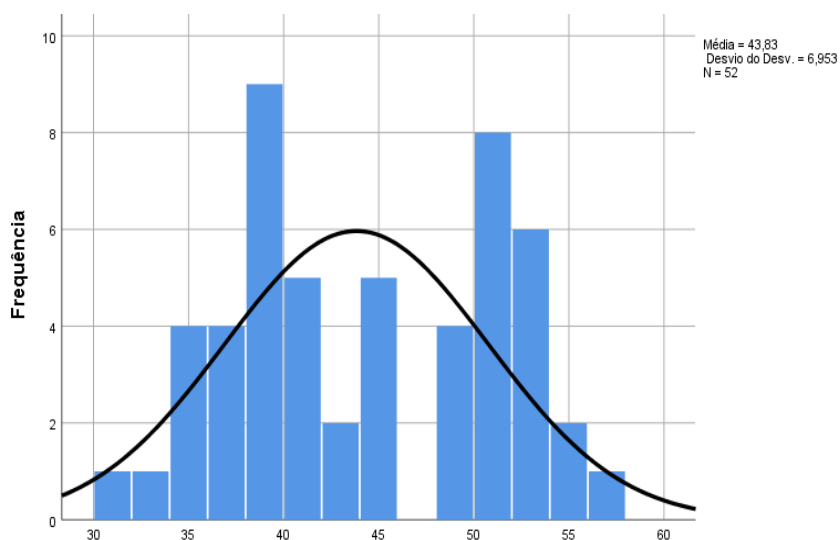
Quando analisada a competência Gestão de Cuidados (gráfico 3), pela sua distribuição, conclui-se que na amostra não se observa uma distribuição normal, verificando-se uma assimetria negativa, ocorrendo as maiores frequências nos valores 35 a 39 pontos. Constatase também que os valores variam entre 27 e 57 e que os mais baixos se encontram nas frequências mais baixas ($M=43,85$; $DP= 7,895$).

Gráfico 3 - Distribuição gráfica das frequências da componente Gestão de Cuidados



No gráfico 4, pode visualizar-se a distribuição das atividades na competência Gestão dos Recursos Humanos, verificamos que a amostra revela uma ligeira assimetria positiva, ocorrendo as maiores frequências nos valores [39-40] e nos [50-52], com frequências de nove e oito gestores. Consta-se ainda que os valores variaram entre o mínimo de 30 e um máximo de 58 ($M=43,83$; $DP=6,953$).

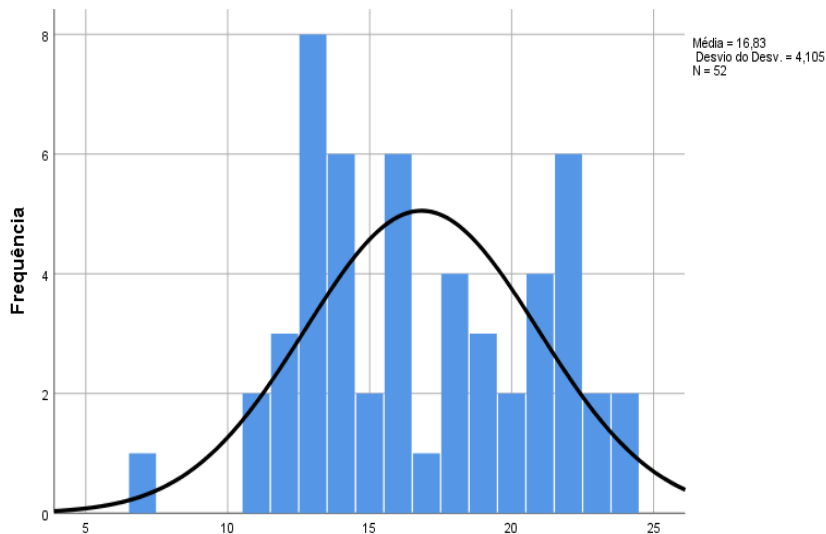
Gráfico 4 - Distribuição gráfica das frequências da componente Gestão de Recursos Humanos



No gráfico 5, visualiza-se a distribuição da frequência das atividades realizadas no domínio da Intervenção Política e Assessoria, constatando-se que a amostra não tem uma distribuição normal, ocorrendo a maior frequência no valor 13 com oito gestores e nas pontuações 14, 16 e 22 com frequências de seis gestores. De salientar que no intervalo de [8-10] não se

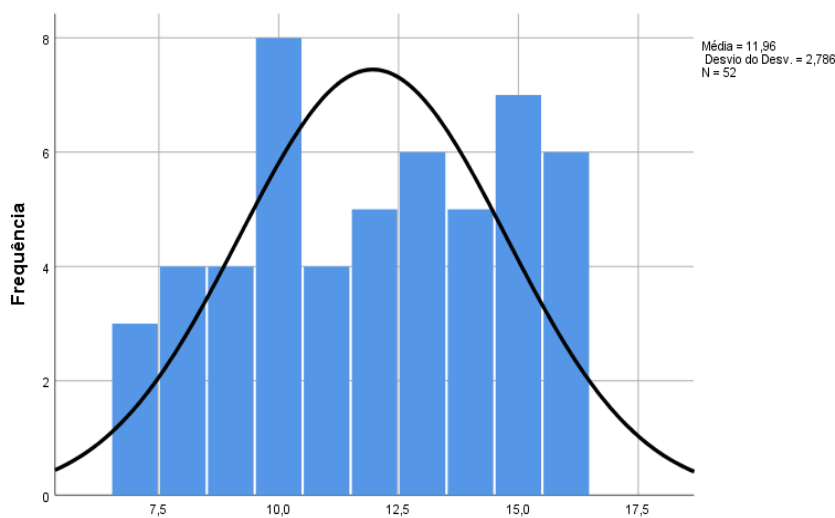
verifica qualquer frequência. Observa-se também que os valores variaram entre o mínimo de 7 e um máximo de 24 pontos ($M=16,83$; $DP=4,105$).

Gráfico 5 - Distribuição gráfica das frequências da componente Intervenção Política e Assessoria



Pela análise do gráfico 6, que reporta a distribuição das atividades na competência Intervenção Política e Assessoria, verificamos que a amostra não tem uma distribuição normal, identificando-se um ligeiro enviesamento à direita, com a maior frequência no valor 10 com ($n=8$) e no valor 15 com ($n=7$) elementos. Observa-se também que os valores variaram entre o mínimo de 5 e um máximo de 24 ($M=11,96$ pontos; $DP=2,786$).

Gráfico 6 - Distribuição gráfica das frequências da componente Desenvolvimento Profissional.



4.3- Das características e contextos às atividades mais frequentes

Nesta secção pretendemos analisar os resultados obtidos na investigação, desvendando as relações significativas existentes entre as variáveis definidas. Para tal cruzámos as competências de gestão, o resultado da frequência de realização das atividades que as constituem, com as variáveis inicialmente elencadas, recorrendo aos testes Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney de amostras independentes, cuja complementaridade entre si, nos permite obter resultados analíticos mais completos e fidedignos.

Afim de descrever o desempenho do enfermeiro gestor em saúde mental e psiquiatria, como metodologia de operacionalização, procedemos ao somatório dos resultados obtidos nas cinco competências da escala utilizada, cujo valor pode apresentar como ponderação mínima 43 e máxima 172. Os valores foram distribuídos por três categorias, classificando “desempenho insatisfatório” inferior a 60 pontos; “desempenho satisfatório” entre 60 a 120 pontos e “desempenho excelente” valores superiores a 120 pontos.

Com a aplicação desta metodologia pretendemos responder às questões: Qual o perfil do enfermeiro gestor dos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria? Que fatores se relacionam com a frequência da realização das atividades dos enfermeiros gestores em saúde mental e psiquiatria?

Na Tabela 13 apresentamos os resultados obtidos no estudo, considerando o atrás descrito, podendo observar que da avaliação total das competências, a maior representação identifica-se no parâmetro do “desempenho excelente” (63,5 %; n=33), não se identificaram elementos com desempenho insatisfatório.

Tabela 13 - Classificação das atividades dos gestores considerando o somatório da escala e sua ponderação.

Competências por classes	n	%
Desempenho satisfatório	19	36,5
Desempenho excelente	33	63,5
Total	52	100,0

Pela análise da variável o desempenho do enfermeiro gestor em saúde mental e psiquiatria em função da idade (Tabela 14) verificamos que só os enfermeiros da classe etária menor ou igual a 30 anos não se situam na sua maioria na avaliação de desempenho excelente. Também constatamos que é na classe maior que 40 e menor ou igual a 50 anos que se encontra a maior incidência de desempenhos excelentes com 87,5%, representando 26,9% (n=14) no total da amostra. O maior valor do desempenho satisfaz encontra-se na classe

referente aos gestores com idade igual ou menor que 30 anos com 50% (n=1), correspondendo a 1,9% (n=1) no total da amostra.

Tabela 14 - Tabulação cruzada da variável idade e competências por classes

Idade por classes		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
Idade por classes	≤30 anos	n	1	1	2
		%	50,0	50,0	100,0
		% do total	1,9	1,9	3,8
	>30 a ≤40	n	3	4	7
		%	42,9	57,1	100,0
		% do total	5,8	15,4	21,2
	>40 a ≤50	n	2	14	16
		%	12,5	87,5	100,0
		% do total	3,8	26,9	30,7
	>50	n	13	14	27
		%	48,1	51,9	100,0
		% do total	25	26,9	51,9
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Na distribuição da variável idade e as atividades no total da escala, encontramos o valor de $p=0,164$, concluindo-se não existirem assimetrias entre as cinco categorias. Individualmente os valores de p variaram entre 0,050 e 0,479, nas categorias Prática Profissional, Ética e Legal e Gestão de Recursos Humanos respetivamente.

Relacionando a variável sexo, com o resultado das frequências de todas as competências, (Tabela 15), observa-se que as mulheres se situam maioritariamente (73,3%; n=22) no desempenho excelente enquanto os homens se distribuem equitativamente pelo desempenho satisfaz e pelo excelente.

Tabela 15 - Tabulação cruzada da variável sexo e competências por classes

Variável sexo		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
Sexo	Mulher	n	8	22	30
		% em Sexo	26,7	73,3	100,0
		% do Total	15,4	42,3	57,7
	Homem	n	11	11	22
		% em Sexo	50,0	50,0	100,0
		% do Total	21,1	21,1	42,3
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Quanto à significância da variável sexo e a distribuição da frequência de atividades no total da escala, concluímos que não se verificam assimetrias entre as cinco categorias ($p=0,117$), confirmando-se a hipótese nula. Individualmente os valores de p variaram entre 0,052 e 0,738, para as categorias Gestão de Recursos Humanos e Intervenção Política e Assessoria respectivamente.

Explorando os dados obtidos no cruzamento da variável tempo de exercício profissional, com o desempenho das competências dos cinco domínios (Tabela 16) concluímos que a maior frequência surge no desempenho excelente, exceto nos participantes que se situam na classe entre 20 e 30 anos. Verifica-se que no desempenho excelente são os indivíduos cujo tempo de exercício profissional se encontra entre os 10 e 20 anos de profissão que têm maior representação (88,9%; $n=8$)

Tabela 16 - Tabulação cruzada da variável tempo de exercício profissional e competências por classes

Variável tempo de exercício profissional		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
Tempo de exercício profissional por classes	≤10 anos	n	1	3	4
		%	25,0	75,0	100,0
		% do Total	1,9	5,8	7,7
	>10 a ≤20 anos	n	1	8	9
		%	11,1	88,9	100,0
		% do Total	1,9	15,4	17,3
	>20 a ≤30 anos	n	11	8	19
		%	57,9	42,1	100,0
		% do Total	21,2	15,4	36,5
	>30 a ≤40 anos	n	5	12	17
		%	29,4	70,6	100,0
		% do Total	9,6	23,1	32,7
	>40 anos	n	1	2	3
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	1,9%	3,8	5,8
Total		n	19	33	52
		%	36,5%	63,5	100,0

Analisando a significância da variável tempo de exercício profissional, face à distribuição da frequência das atividades no total da escala, identifica-se um valor de $p=0,095$, contudo individualmente evidencia-se uma assimetria estatisticamente significativa na componente Prática Profissional, Ética e Legal ($p=0,022$) e igualmente na Gestão de Cuidados ($p=0,044$), sendo os gestores com menos tempo de exercício profissional (classes até aos 20 anos) os que desempenham mais vezes as atividades.

Explorando o comportamento da variável tempo de gestão em psiquiatria por classes, com o cruzamento da frequência das atividades nas cinco competências de gestão (Tabela 17), constatamos que o desempenho é majoritariamente excelente para os participantes de todas as classes. Destaca-se uma frequência bi-modal de 66,7% para o desempenho excelente situada nas classes menos de 5 anos e mais de 20.

Tabela 17 - Tabulação cruzada da variável tempo de gestão em saúde mental e psiquiatria e competências por classes

Variável tempo de gestão em saúde mental e psiquiatria			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Tempo de gestão por classes	≤5 anos	n	6	12	18
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	11,5	23,1	34,6
	>5 a ≥20 anos	n	8	11	19
		%	42,1	57,9	100,0
		% do Total	15,4	21,2	36,5
	>20 anos	n	5	10	15
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	9,6	19,2	28,8
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Constata-se que a distribuição da variável no desempenho total da escala, resulta em $p=0,804$, não revelando por isso assimetrias significativas, restando-se a hipótese nula.

Analisando o cruzamento do variável tempo no atual serviço, por classes, e a frequência das atividades nas competências (Tabela 18), podemos observar que a maior representação é assumida pelo desempenho excelente, surgindo o maior valor na classe dos gestores com mais de 15 anos de exercício profissional no atual serviço (83,3%), correspondente a 19,2% ($n=10$) da amostra. Constatando-se que os gestores com experiência no atual serviço entre mais de 5 e menos ou igual a 10 anos não seguem esta tendência situando-se o seu desempenho majoritariamente na classificação satisfaz (66,7%; $n=4$).

Tabela 18 - Tabulação cruzada da variável tempo no atual serviço e competências por classes

			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Tempo no atual serviço por classes	≤ 5 anos	n	6	12	18
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	11,5	23,2	34,7
	>5 a ≤10 anos	n	4	2	6
		%	66,7	33,3	100,0
		% do Total	7,7	3,8	11,5
	>10 a ≤15 anos	n	7	9	16
		%	37,5	62,5	100,0
		% do Total	13,5	17,3	30,8
	>15 anos	n	2	10	12
		%	16,7	83,3	100,0
		% do Total	3,8	19,2	23,0
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Analisando a significância de distribuição no total da escala, constatamos $p=0,128$, não se registrando assimetrias entre as cinco categorias. Individualmente os valores de p variaram entre 0,104 para Gestão de Recursos Humanos e $p=0,204$ na componente Prática Profissional, Ética e Legal.

No cruzamento da variável detentor de especialidade e o desempenho das atividades (Tabela 19), verificamos que os gestores habilitados com uma especialidade revelam maior representação na ponderação excelente (63,8%; $n=30$), respondendo por 57,7% da amostra.

Tabela 19 - Tabulação cruzada da variável detentor de especialidade e competências por classes

Detentor de especialidade			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Detentor de especialidade	Sim	n	17	30	47
		%	36,2	63,8	100,0
		% do Total	32,7	57,7	90,4
	Não	n	2	3	5
		%	40,0	60,0	100,0
		% do Total	3,8	5,8	9,6
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Quanto à distribuição das frequências no total da escala verificamos que não existem assimetrias na variável ser detentor de especialidade obtendo $p=0,468$. Na análise individualizada para variável em estudo observou-se na competência Prática Profissional, Ética e Legal e a Gestão de Recursos Humanos, ambas com $p=0,468$ e $p=0,763$, na Intervenção Política e Assessoria.

Considerando o cruzamento das componentes, frequência das atividades com a variável área da especialidade (Tabela 20), verifica-se que tanto os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria como os especialistas em reabilitação se situam maioritariamente ao nível do desempenho excelente. Contudo, os detentores da especialidade em Reabilitação, representam o maior valor 66,7% ($n=2$), face aos 63,6% dos especialistas de saúde mental e psiquiatria com uma representatividade de ($n=28$) dos indivíduos.

Tabela 20 - Tabulação cruzada da variável área de especialidade e competências por classes

Área de especialidade			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Área de especialidade	Saúde Mental e Psiquiatria	n	16	28	44
		%	36,4	63,6	100,0
		% do Total	30,8	53,9	84,7
	Reabilitação	n	1	2	3
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	1,9	3,8	5,7
	Sem especialidade	n	2	3	5
		%	40,0	60,0	100,0
		% do Total	3,8	5,8	9,6
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Analisando a distribuição da frequência das atividades da variável área de especialidade face ao total da escala, emergiu um valor de $p=0,199$, não se verificando assim assimetrias entre as cinco categorias, aceitando-se assim a hipótese nula. Os achados revelam valores mínimos de $p=0,195$ para a componente de Gestão de Cuidados e um máximo de $p=0,502$ para a Gestão de Recursos Humanos.

Analisando o cruzamento da variável grau académico com as cinco competências e o desempenho das atividades (Tabela 21), apura-se que a maior frequência de excelente é identificada nos gestores licenciados (64,7%), referente a 42,3% ($n=22$) do total da amostra.

Tabela 21 - Tabulação cruzada da variável grau acadêmico e competências por classes

Grau acadêmico		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
Grau acadêmico	Licenciatura	n	12	22	34
		%	35,3	64,7	100,0
		% do Total	23,1	42,3	65,4
	Mestrado	n	7	11	18
		%	38,9	61,1	100,0
		% do Total	13,5	21,2	34,6
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Relativamente à distribuição da frequência das atividades enquadradas na variável atendendo ao valor total da escala, observou-se $p=0,916$, retendo-se assim a hipótese nula. Individualmente, os valores apurados variaram entre $p=0,562$ e $p=0,992$, nas categorias Intervenção Política e Assessoria e Prática Profissional, Ética e Legal respetivamente.

O cruzamento da variável área de atuação com o desempenho das atividades inerentes às competências de gestão (Tabela 22), revela que globalmente os gestores têm um excelente desempenho, constatando-se que a maior frequência emerge nos internamentos completos (70,0%), representando 57,7% ($n=30$) da amostra, enquanto que enquanto os gestores das consultas ($n=6$) distribuem equitativamente pelo desempenho satisfaz e pelo excelente. Os gestores dos serviços dos internamentos parciais ($n=3$), situam-se todos no parâmetro de desempenho satisfaz.

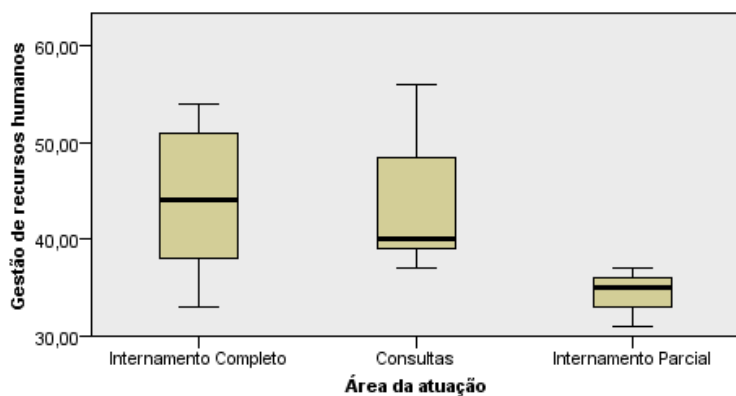
Tabela 22 - Tabulação cruzada da variável área de atuação e competências por classes

		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
Área da atuação	Internamento Completo	n	13	30	43
		%	30,0	70,0	100,0
		% do Total	25,0	57,7	82,7
	Consultas	n	3	3	6
		%	50,0	50,0	100,0
		% do Total	5,8	5,8	11,5
	Internamento Parcial	n	3	0	3
		%	100,0	0,0	100,0
		% do Total	5,8	0,0	5,8
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Obtivemos um valor de $p=0,028$ na distribuição da classificação total da escala, revelando assimetrias entre as cinco categorias. A componente Gestão de Cuidados expõe $p=0,041$ a Gestão de Recursos Humanos $p=0,044$ e a Prática Profissional, Ética e Legal $p=0,048$. Rejeitando-se a hipótese nula.

Como ilustrado no gráfico 7, constatamos assimetria na distribuição das áreas de atuação, revelando os gestores dos internamentos completos, uma maior distribuição e maior frequência de atividades realizadas na componente de Gestão de Recursos Humanos.

Gráfico 7 - Distribuição da frequência das atividades de acordo com a componente Gestão de Recursos Humanos.



Observando os resultados do cruzamento da variável serviço acreditado, com a frequência das atividades realizadas pelos gestor (Tabela 23), verificamos que globalmente desenvolvem um desempenho excelente. No entanto, os gestores dos serviços acreditados apresentam uma ponderação superior no desempenho excelente comparativamente com os gestores dos serviços não acreditados (81,8% vs 58,5%), respetivamente.

Tabela 23 - Tabulação cruzada da variável serviço acreditado e competências por classes

			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Serviço Acreditado	Sim	n	2	9	11
		%	18,2	81,8	100,0
		% do Total	3,8	17,3	21,2
	Não	n	17	24	41
		%	41,5	58,5	100,0
		% do Total	32,7	46,2	78,8
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Considerando a distribuição desta variável na classificação total da escala, verifica-se que existem assimetrias entre as cinco categorias ($p=0,022$), sendo que a Prática Profissional,

Ética e Legal emerge com $p=0,02$, a Intervenção Política e Assessoria com um $p=0,032$, revelando-se assim diferenças estatisticamente significativas na distribuição das frequências para os referidos domínios.

Relativamente à variável natureza do serviço onde trabalham os gestores da nossa amostra (Tabela 24), cruzando-a com o conjunto da ponderação das atividades por competências, encontramos a maior representação do desempenho excelente nos serviços de agudos com 70,4%, representando 36,5% ($n=19$) da amostra. Verifica-se também que os gestores dos serviços estáveis, onde se incluem as unidades de consultas externas e unidades de dia, têm maioritariamente desempenho satisfaz (55,6%).

Tabela 24 - Tabulação cruzada da variável natureza do serviço onde trabalha e competências por classes

			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Natureza do serviço onde trabalha	Unidades de Agudos	n	8	19	27
		%	29,6	70,4	100,0
		% do Total	15,4	36,5	51,9
	Unidades Estáveis (consultas e ambulatório)	n	5	4	9
		%	55,6	44,4	100,0
		% do Total	9,6%	7,7	17,3
	Unidades de crónicos	n	6	10	16
		%	37,5	62,5	100,0
		% do Total	11,5	19,2	30,8
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Observando a distribuição da frequência das atividades e a variável em estudo, identificou-se o valor de $p=0,292$, pelo que não se constatam assimetrias. Individualmente os valores identificados variaram entre $p=0,211$ e $p=0,551$, nas categorias Gestão de Recursos Humanos e Prática Profissional, Ética e Legal respetivamente.

O cruzamento da variável número de enfermeiros por serviço com o desempenho das atividades inerentes às competências de gestão (Tabela 25), revela que globalmente os gestores têm um excelente desempenho, constatando-se que a maior frequência emerge na classe com mais de 20 enfermeiros por serviço (100%), representando 3,8% ($n=2$) da amostra. Constituindo exceção à tendência geral da amostra, os gestores dos serviços com menos de 10 enfermeiros ($n=24$), que apresentam uma distribuição equitativa entre o desempenho excelente e satisfatório.

Tabela 25 - Tabulação cruzada da variável Número de Enfermeiros e competências por classes

		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
Número de Enfermeiros por classes	≤10	n	12	12	24
		%	50,0	50,0	100,0
		% do Total	23,1	23,1	46,2
	>10 a ≤20	n	7	19	26
		%	26,9	73,1	100,0
		% do Total	13,5	36,5	50,0
	>20	n	0	2	2
		%	0,0	100,0	100,0
		% do Total	0,0	3,8	3,8
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Observando a frequência das atividades da variável número de enfermeiros face ao total da escala, temos um valor de $p=0,242$, não se observando assimetrias entre as competências, restando-se assim a hipótese nula. Os achados revelam valores mínimos de $p=0,194$ e máximos de $p=0,395$, nas categorias Desenvolvimento Profissional e Gestão de Recursos Humanos respectivamente.

Analisando o cruzamento da variável lotações dos serviços com a ponderação das competências (Tabela 26), observamos que o desempenho dos gestores de enfermagem se mantém no excelente, identificando-se a maior frequência nos serviços com lotações entre 10 e 20 utentes (90%), representando 17,3% ($n=9$) da amostra. Os gestores dos serviços com 30 a 40 utentes não seguem a tendência geral da amostra uma vez que a maior representação se encontra no desempenho satisfaz, com 66,7% ($n=4$).

Tabela 26 - Tabulação cruzada da variável lotações dos serviços competências por classes

		Competências por classes		Total	
		Satisfaz	Excelente		
classes de lotações	≤10	n	2	2	4
		%	50,0	50,0	100,0
		% do Total	3,8	3,8	7,7
	>10 a ≤20	n	1	9	10
		%	10,0	90,0	100,0
		% do Total	1,9	17,3	19,2
	>20 a ≤30	n	10	12	22
		%	45,5	54,5	100,0
		% do Total	19,2	23,1	42,3
	>30 a ≤40	n	4	2	6
		%	66,7	33,3	100,0
		% do Total	7,7	3,8	11,5
	>40	n	2	8	10
		%	20,0	80,0	100,0
		% do Total	3,8	15,4	19,2
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Relativamente à distribuição da frequência das atividades enquadradas na variável atendendo ao valor total da escala, sobressai $p=0,533$, constatando-se simetria entre as categorias, aceitando-se a hipótese nula. Individualmente os valores de p identificados variaram entre $p=0,234$ e $p=0,908$, nas categorias Intervenção Política e Assessoria e Prática Profissional, Ética e Legal respetivamente.

Relativamente ao cruzamento da variável média de atendimento diário de utentes, com o conjunto da ponderação das atividades por competências (Tabela 27), a maior representação do desempenho excelente emergiu nos gestores de serviços com 10 a 20 atendimentos diários com 87,5%, representando 13,5% ($n=7$). À exceção dos gestores das unidades com atendimentos entre 30 a 40 doentes que tiveram maior representação (55,6%; $n=5$) na pontuação satisfaz, todos os restantes situaram-se no desempenho excelente.

Tabela 27 - Tabulação cruzada da variável número de atendimentos e competências por classes

			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Atendimentos por classes	≤10	n	2	4	6
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	3,9	7,8	11,8
	>10 a ≤20	n	1	7	8
		%	12,5	87,5	100,0
		% do Total	1,9	13,5	15,4
	> 20 a ≤30	n	8	11	19
		%	42,1	57,9	100,0
		% do Total	15,7	21,6	37,3
	>30 a ≤40	n	5	4	9
		%	55,6	44,4	100,0
		% do Total	9,8	7,8	17,6
	>40	n	3	6	9
		%	33,3	66,7	100,0
		% do Total	5,7	11,5	17,2
Total		n	19	32	51
		%	37,3	62,7	100,0

Analisando a frequência das atividades da variável média diária de atendimento e a classificação total da escala, revela $p=0,431$, concluindo-se não haver assimetrias entre as cinco categorias, retendo-se assim a hipótese nula. Os dados apurados revelam valores de $p=0,199$ a $p=0,626$ na componente Desenvolvimento Profissional e de Gestão de Recursos Humanos respectivamente.

Observando o cruzamento da variável taxa média de ocupação, com o conjunto da ponderação das atividades por competências (Tabela 28), constatamos que o desempenho dos gestores de enfermagem da amostra se mantem no excelente, emergindo a maior frequência nos gestores dos serviços com taxa média de ocupação superior a 100%, representando 7,7% ($n=4$) da amostra. Os serviços com taxas de ocupação de 90% a 100%, que representam 73,1% ($n=21$) da amostra, revelam uma ponderação na cotação máxima inferior à média total, com 55,3%.

Tabela 28 - Tabulação cruzada da variável taxa de ocupação e competências por classes

			Competências por classes		Total
			Satisfaz	Excelente	
Classes de taxas de ocupação	≤80%	n	1	3	4
		%	25,0	75,0	100,0
		% do Total	1,9	5,8	7,7
	>80% a ≤90%	n	1	5	6
		%	16,7	83,3	100,0
		% do Total	1,9	9,6	11,5
	>90% a ≤100%	n	17	21	38
		%	44,7	55,3	100,0
		% do Total	32,7	40,4	73,1
	>100%	n	0	4	4
		%	0,0	100,0	100,0
		% do Total	0,0	7,7	7,7
Total		n	19	33	52
		%	36,5	63,5	100,0

Analisando a distribuição da frequência das atividades enquadradas na variável taxa de ocupação face ao total da escala, encontramos $p=0,364$, não se identificando assimetrias entre as 5 categorias, retendo-se assim a hipótese nula. Individualmente os valores de p variaram entre $p=0,126$ e $p=0,508$, nas categorias de Desenvolvimento Profissional e Gestão de Recursos Humanos respectivamente.

Em síntese face aos dados apurados, constatamos que relativamente à associação das variáveis estudadas face à execução das atividades de gestão, a idade não se associa estatisticamente com as atividades executadas pelos gestores, sendo os que têm idades compreendidas entre os 40 e 50 anos os que desenvolvem mais atividades.

Relativamente à variável sexo, o fenómeno repete-se, não se associa estatisticamente com as atividades executadas pelos gestores, verificou-se que as mulheres realizam mais atividades.

Para o tempo de exercício profissional, constatou-se que este não se associa estatisticamente com a frequência do desempenho das atividades de gestão no seu conjunto, contudo, quando analisadas as componentes individualmente, verificou-se uma assimetria na frequência das atividades realizadas nas competências Prática Profissional, Ética e Legal e Gestão de Cuidados. Globalmente na escala os que executam mais vezes encontram-se entre os 10 e 20 anos de exercício profissional.

Olhando para o tempo de gestão em psiquiatria, observa-se que esta variável não se associa estatisticamente com o desempenho das atividades, sendo preocupação dos gestores com

menos de 5 anos e os com mais de 20 anos de gestão na área, desempenharem com mais frequência as atividades das suas competências.

No que concerne há variável tempo no atual serviço, constata-se que esta não se associa estatisticamente com o desempenho das atividades, sendo que a maior frequência de atividades realizadas, ocorre em gestores com mais de 15 anos no mesmo serviço.

Relativamente a ser detentor de especialidade, observamos que esta não se relaciona estatisticamente com a frequência das atividades desempenhadas pelos gestores, restando-se assim H0. Constata-se ainda que os especialistas desempenham com mais frequência as atividades do domínio de gestão.

Pela área de especialidade, face aos dados apurados, observa-se que os especialistas em reabilitação desempenham as atividades com maior frequência, e também que esta variável não se associa estatisticamente com o desempenho das mesmas.

Observando o desempenho de atividades pelo grau académico, constata-se que este não se associa estatisticamente com o desenvolvimento das atividades e a maior frequência é identificada nos licenciados.

Analisando a variável área de atuação, encontramos a maior frequência de realização das atividades nos internamentos completo, registando-se sensibilidade para a distribuição das mesmas nas competências de Prática Profissional, Ética e Legal assim como Gestão de Cuidados e Gestão de Recursos Humanos. Revelando os gestores dos internamentos completos, uma maior distribuição e maior frequência de atividades realizadas na competência de Gestão de Recursos Humanos.

Reportando-nos à variável serviços acreditados, verifica-se que a mesma se associa estatisticamente com a frequência das atividades de gestão realizadas, nomeadamente no domínio da Prática Profissional, Ética e Legal e Intervenção Política e Assessoria para os gestores dos serviços acreditados, e no global da escala a maior representatividade é encontrada também nos gestores dos serviços acreditados.

Considerando a natureza do serviço onde trabalha, constata-se relativamente às atividades executadas pelos gestores, que não demonstra relação com as mesmas, a maior representação foi apurada nas unidades de agudos.

Quanto ao número de enfermeiros por serviço observa-se que esta variável não se relaciona estatisticamente com as atividades executadas pelos gestores, e que a maior representação se encontra nos gestores dos serviços com mais de 20 enfermeiros.

Verifica-se pela variável lotações dos serviços que esta não está associada à frequência do desempenho das atividades executadas pelos gestores, e que é nos serviços com lotações entre 10 e 20 utentes que emerge a maior frequência de atividades realizadas.

Debruçando-nos sobre a média de atendimento diário de utentes, observou-se o maior valor de frequência foi encontrado nos atendimentos superiores a 10 e inferiores a 20 e que a mesma não influencia a frequência das atividades do gestor.

Quanto à análise da taxa média de ocupação e a frequência de desempenho das atividades, constatou-se que não existe relação estatística significativa sendo a maior representação encontrada nas taxas de ocupação superiores a 100%.

5 - DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS - DO OLHAR CONCRETO DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA ÀS OUTRAS REALIDADES DA GESTÃO EM ENFERMAGEM

Este capítulo, constitui na perspectiva de vários autores uma das etapas mais importantes de todo o trabalho de investigação, na qual para além de se destacarem os dados e resultados mais significativos obtidos ao longo de todo este percurso, pretende-se também compará-los com os contidos na literatura resultantes de outras investigações já realizadas sobre a mesma temática.

A amostra do estudo é maioritariamente (57,7%) constituída por elementos do sexo feminino, valores que se encontram em linha com os dados revelados e publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2020) que contabiliza 1951 enfermeiros a exercer funções de gestão dos quais 1401 são mulheres, representando 72% do total dos gestores. Relativamente à idade dos gestores, os dados apurados, revelam maior predomínio na faixa etária mais de 50 anos de idade com uma média de 50,2 anos, exercendo funções entre 20 a 30 anos, achados que corroboram os de Silvino et al. (2011), que na revisão da literatura relativa ao perfil do enfermeiro gestor em unidades hospitalares, destacou que estes eram maioritariamente do sexo feminino, tinham entre 21 e 25 anos de exercício profissional embora no que concerne à idade fossem mais novos (entre os 44 e 48 anos). A média de idades dos participantes do estudo, 50,2 anos, é superior à dos gestores do estudo de Martins, et al. (2020a) que tinham média de 48,8 anos e por Lelli et al. (2012) que identificou uma média de idades de 49,8 anos, embora ambos os estudos se reportem a contextos diferentes. Relativamente ao tempo de exercício no atual serviço, na nossa amostra verificou-se que 34,6% dos gestores permanecem menos que cinco anos no mesmo serviço, com uma média de 10,46 anos. Valores que também estão em linha com os identificados por Martins et al. (2020a), encontrando na sua amostra uma permanência média de oito anos no atual serviço. Também se constata que 34 gestores permanecem no mesmo serviço há mais de cinco anos, equivalendo a 65,4% do total da amostra. Este conjunto de dados possibilita-nos classificar estes gestores como peritos, tendo em conta Benner (2001) o enfermeiro com mais de cinco anos de experiência num serviço, interpreta as situações como um todo, diagnosticando mais rapidamente o problema, sem desperdiçar tempo na problematização de soluções alternativas ou diagnósticos colaterais. Fruto da sua experiência acumulada, consegue antecipar ações assertivas, sustentadas na sua maior capacitação da previsão dos problemas. Para esta autora, este conjunto de aptidões permitem que o enfermeiro experiente atue perante as múltiplas situações de forma intuitiva, sendo desta forma mais

eficiente. Sustentando-nos na mesma teoria e premissas de Benner (2001) e no que se refere à experiência no exercício de gestão em saúde mental e psiquiatria, neste estudo constatamos que 36,5% dos gestores têm uma experiência em gestão entre 5 e 20 anos, 65,4% têm mais de cinco anos de experiência de gestão na área. Dados que também estão em consonância com os encontrados por Martins, et al. (2020b) no seu estudo com gestores de enfermagem identificou que em média tinham 11,4 anos de experiência em gestão M=26,3 anos de experiência profissional.

Quanto à formação acadêmica, verificamos que 34,6 % (n=18) eram detentores de um mestrado e relativamente à especialização a maioria 90,4% (n=47) possuía uma formação especializada, sendo esta maioritariamente na área da saúde mental e psiquiatria 84,6% (n=44), constatação que se considera compreensível pois dado o contexto do estudo seria de esperar que esta especialidade surgisse com um predomínio superior. Martins et al. (2020b), embora em contextos diferentes, obtiveram achados semelhantes nestes parâmetros, reportando 90,6% dos gestores da sua amostra possuíam uma especialização e 19,6% possuíam um mestrado.

Analisando o contexto laboral, a liderança da amostra tem por base a área de atuação em internamento completo e como natureza os doentes agudos, o que não se encontra em consonância com o Plano Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria em Portugal, que tem como objetivo promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização DGS (2015). Os serviços em que os gestores laboram caracterizam-se por não serem acreditados. Apesar de se desconhecer todas as circunstâncias envolventes a estes contextos, a atualidade nas organizações de saúde remete-nos para acreditação como caminho na qualidade, o que é corroborado por Oliveira e Matsuda (2016, p.65), ao afirmar que “As expressões dos gestores da qualidade apontam que as vantagens advindas da Acreditação hospitalar se relacionam com a melhoria da qualidade do gerenciamento e também, da assistência ao usuário”. Relativamente às lotações dos serviços entre 20 e 30 utentes, taxa de ocupação anual compreendidas entre 90 a 100%, e atendimentos diários entre os 20 e 30 utentes, acreditamos que estas variáveis se encontrem de acordo com a qualidade percebida dos serviços de saúde mental, uma vez que na literatura não se encontram parâmetros ideais para estas especificidades, contudo segundo Oliveira e Matsuda (2016), o atendimento das unidades de saúde deve ser focalizado nas necessidades dos clientes externos. Verificou-se que 50% dos gestores geriam equipas de enfermeiros constituídas por 10 a 20 profissionais, na literatura consultada não foram encontrados dados que possam aferir estes achados.

Analisando os achados do estudo referentes às questões: quais as atividades de gestão que os enfermeiros gestores que exercem funções em serviços de Saúde Mental e Psiquiatria, consideram desenvolver mais frequentemente? Como distribuem os gestores de enfermagem

de Saúde Mental e Psiquiatria as suas atividades que decorrem do enquadramento da legislação em vigor?

Para a Prática Profissional, Ética e Legal, observamos que os gestores revelam importância no desempenho de todas as atividades, apesar da variação das frequências entre elas. Executadas na opção de fazer sempre assumem maior frequência no estudo as atividades “preocupa-se com os valores dos doentes” e “controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente”, o que se encontra de acordo com Ruthes, et al (2010,p.319), ao referir que “o gestor de enfermagem deve-se colocar como o líder inspirador de sua equipe para alcançar as metas estabelecidas no compromisso da melhoria da assistência, uma vez que competência de liderança abrange o desenvolvimento organizacional dos recursos humanos e a excelência no atendimento dos clientes”.

No domínio da competência Gestão de Cuidados, emergiu na percepção do gestor, com frequência mais alta no parâmetro “Faço esta atividade sempre”, a atividade “Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço” o que se coaduna com os achados da literatura quando “é de considerável relevância investir nos enfermeiros assistenciais, permitindo sua participação nos processos de análise permanente das condições do serviço para continuarem identificando os riscos e incorporando práticas seguras e baseadas em evidência na instituição” (Oliveira et al. 2014, p.128). Este investimento na equipe, no âmbito da temática riscos dos contextos dos serviços, quer por discussão, formação ou uso de outra estratégia, culmina nos resultados de qualidade, mas sobretudo na segurança dos doentes. Ao encontro do descrito, a atividade que se segue com maior frequência de executabilidade, é “Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes”, o que revela que os gestores se encontram em consonância com Fradique e Mendes (2013, p.51), quando enfatizam que uma das funções dos enfermeiros chefes passa pela capacidade de tomar decisões, na procura de “Racionalizar os serviços, identificando os processos ineficientes no que toca à prossecução dos objetivos, bem como à sua capacidade em envolver os seus colaboradores neste processo, de uma forma ativa”.

Analisando as atividades enquadráveis na competência Gestão de Recursos Humanos, identificamos para a opção de executar sempre e com maior relevância, a atividade “Avalia o desempenho dos enfermeiros”. Este resultado revela que os gestores se encontram atentos ao legislado para as suas competências, conforme “A avaliação do desempenho dos enfermeiros integra-se no ciclo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde e, tendo por referência padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem previamente definidos...” (Diário da República, 1.ª série, N.º 118, 21 de Junho de 2011, p.3632). De seguida com maior frequência e ainda dentro desta componente encontramos a atividade “Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos”, dados em concordância com os resultados do estudo com enfermeiros gestores sobre estratégias de gestão de conflito de Martins et al. (2020b, p.5), concluindo que

“a maioria das atividades gerenciais ocupam “pouco” ou “algum tempo” dos gestores, sendo que todos eles realizam avaliação de desempenho, buscam criar, manter e desenvolver a coesão, o espírito de equipe e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos (...) envolvem-se em promover o empenho e a motivação do grupo de trabalho, na busca por garantir mecanismos de comunicação formal da equipe e de outros colaboradores”.

Estes achados reforçam a pertinência dos valores das frequências encontradas para as duas atividades do presente estudo, neste domínio de intervenção do gestor de saúde mental e psiquiatria.

No âmbito da Intervenção Política e Assessoria, as atividades mencionadas pelos elementos como mais realizadas no parâmetro “Faço esta atividade sempre”, consistem no “Elabora relatórios de serviço” e “Participa no planejamento estratégico do serviço” o que se revela em consonância com os trabalhos de Rocha, Sousa e Martins (2016, p.103), quando destacam a importância dos gestores de enfermagem no planejamento estratégico dos serviços referindo que “Relatório de atividades é um documento de análise e avaliação da execução global do plano de atividades, cujo objetivo, é analisar o percurso efetuado, a atividade desenvolvida e os resultados obtidos e, ainda, perspetivar o futuro”, o que nos leva a compreender o valor destas atividades. Emergiu ainda com valor significativo a atividade “Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício”, o que igualmente corrobora os estudos dos autores acima mencionados ao referirem uma das responsabilidades do enfermeiro chefe como o “Assegurar os materiais e equipamentos disponíveis em quantidade e qualidade, de forma a garantir a qualidade dos cuidados tendo em conta o custo-benefício” (Rocha, Sousa e Martins 2016, p.103).

Considerando o Desenvolvimento Profissional, identificamos a atividade “Estimula os enfermeiros à autoformação” e “Promove a formação formal e informal da equipa” obtendo as maiores frequências no parâmetro “Faço esta atividade sempre”. Estes resultados revelam-se na linha de pensamento de Andrade, Bem e Sanna (2015, p.44), quando afirmam “É preciso considerar que a formação, e a preparação adequada é uma importante forma de estimular o empreendedorismo no enfermeiro, provocando mudanças efetivas na visão desse profissional”. Nesta perspetiva também Macedo, Padilha e Püschel, (2019), defendem que de acordo com a cultura e os princípios organizativos das instituições, se espera que as atividades de formação valorizem a dimensão informal e/ou não-formal, e que o enfermeiro chefe é visto como o elo de motivação para a educação e formação em contexto de trabalho.

Qual o perfil do enfermeiro gestor dos serviços de serviços de Saúde Mental e Psiquiatria? Que fatores se relacionam com a frequência da realização das atividades dos enfermeiros gestores em saúde mental e psiquiatria?

Os achados do estudo confrontam-nos com um perfil de gestor em saúde mental e psiquiatria com desempenho excelente quando temos em consideração a avaliação total das

competências, assumindo uma representação de 63,5 % da amostra investigada. É inquestionável que são vários os fatores que concorrem para a satisfação dos profissionais de saúde e conseqüentemente conduzem a um excelente desempenho. Neste alinhamento Miguel (2009, p.49), refere que “Os profissionais desempenham as suas funções inseridas em grupos profissionais com os quais se identificam, donde uma maior identificação profissional irá ter como consequência um elevado desempenho profissional”. Considerando as variáveis que caracterizam a amostra em estudo, podemos inferir que estas características contribuíram para o culminar do excelente desempenho observado. Assim, destaca-se o perfil do gestor de desempenho excelente como enfermeira, com idade entre 40 a 50 anos, tempo de exercício profissional entre 10 a 20 anos, cuja experiência em gestão reflete uma distribuição bimodal inferior a cinco e superior a vinte, exercendo no atual serviço há mais de 15 anos, licenciados, especialistas em saúde mental e psiquiatria. Exercem funções predominantemente em serviços acreditados de internamentos completos, cuja natureza dos clientes são doentes agudos, com lotações de 10 a 20, encontrando-se a média de atendimento diário de 10 a 20 clientes, taxa de ocupação anual superior a 100%, sendo as equipas que lideram constituídas por mais de 20 enfermeiros.

Quanto às variáveis em estudo, a idade, sexo, tempo de exercício no atual serviço, detentor ou não de especialidade, área de especialidade, grau académico, tempo de gestão em psiquiatria, natureza do serviço, número de enfermeiros que constituem as equipas, lotações do serviço, médias de atendimento diários e taxa média de ocupação, estas não revelaram associação com o desempenho das atividades descritas na legislação vigente para as competências do gestor. No entanto os achados comprovam que nas restantes variáveis estudadas existe uma sensibilidade na distribuição. Assim, para as áreas de atuação descritas como internamento parcial existem variações estatisticamente significativas nas competências Prática Profissional, Ética e Legal, Gestão de Cuidados e Gestão de Recursos Humanos, com menor execução das atividades que compõem estes domínios, o que pode ser interpretado à luz de Benevides et al. (2010, p.132) quando refere que “as atividades terapêuticas grupais desenvolvidas no hospital de dia (...) desempenham um papel importantíssimo na reabilitação do paciente”. Sendo os hospitais de dia incluídos nos internamentos parciais, com vertente reabilitativa e não de agudos, os resultados do estudo encontram-se em conformidade com o autor, na medida em que exigem outro nível de cuidados e exigências não menosprezando a sua competência.

A variável serviço acreditado emergiu com sensibilidade na frequência de Prática Profissional, Ética e legal e Intervenção Política e Assessoria, observando-se que os gestores dos serviços acreditados realizam mais vezes as atividades dentro destas competências. Considerando que os achados se enquadram na procura de qualidade, então corroboram Manzo, Brito e Corrêa (2012, p.393) quando argumentam em relação aos processos de acreditação que “significam suas ações quotidianas, incluindo o fazer (...) a qualidade é tudo o que agrega valor ao trabalho, às relações e está diretamente ligada à produtividade”

A variável tempo de exercício profissional, revelou gestores com desempenho global excelente, destacando-se os mais jovens (até aos 20 anos) com mais atividades realizadas, dado que contraria os achados de Silva et al. (2017, p.5) constatando que “o maior tempo de assistência de enfermagem hospitalar confere ao enfermeiro maturidade profissional, promovendo desenvoltura e visão crítica ampliada diante das situações impostas pelo exercício profissional, o que pode favorecer práticas de liderança na gerência de enfermagem”, expectando-se face ao exposto que fossem os mais velhos a realizarem mais atividades.

CONCLUSÃO

O desempenho profissional corresponde à performance de cada indivíduo no seu local de trabalho, considerando as atividades específicas das suas funções, objetivos da organização e satisfação das necessidades dos clientes. Nesta perspectiva, nos contextos clínicos, cabe ao gestor de enfermagem, orientar e organizar o serviço a prestar, sustentando-se nas competências descritas no Regulamento 76/2018 - Diário da República n.º 21/2018, recorrendo a estratégias adequadas e pertinentes para cada procedimento a implementar, perspectivando segurança e qualidade de cuidados aos clientes assistidos e simultaneamente manter equipas presentes, motivadas e identificadas com a missão organizacional. Portanto, podemos considerar apesar da diferente nomenclatura, o enfermeiro gestor é pois, o elemento-chave dentro de um grupo de trabalho de enfermagem hospitalar enquanto gestor da liderança. É decisivo para o funcionamento eficaz da organização e motivador da equipa que lidera.

Conduzindo processos em constante mudança, considerando as exigências da sociedade que procura cuidados, a evolução tecnológica e inteligência artificial, a persistente transformação do conhecimento científico, não esquecendo a especificidade pessoal e profissional dos clientes internos da instituição, torna-se relevante que o gestor, tome consciência do seu papel enquanto gestor. Os últimos 30 anos representaram um salto para a enfermagem, para o desenvolvimento da saúde e para o cuidado humano, resultantes de condições políticas, éticas, técnicas e humanas, facto que desafia a operacionalização das competências do gestor nos contextos da prática clínica.

Como explanado no estado da arte, facilmente identificamos uma evolução e adaptação constante no cuidar, e também na assistência em saúde mental e psiquiatria, pautada por avanços mínimos, no entanto sempre focalizados na perceção filosófica, do melhor cuidado ao doente, interpretada à luz dos conhecimentos de cada época. Este cenário revela assim a grande importância do papel do gestor, adjetivos como chefiar, coordenar e liderar, conduzindo as atividades que constituem os projetos do serviço ao sucesso, atendendo a princípios de básicos de gestão e governação, que promovam mudanças, conhecimento, crescimento e tomadas de decisão acertadas, inovando os modelos de atuação das práticas vigentes, fazem a diferenciação no desempenho das suas competências em prol de cuidados ao ser humano.

Neste âmbito, a finalidade da investigação, pretende contribuir para o desenvolvimento dos enfermeiros gestores das unidades de saúde mental e psiquiatria, compreendendo a problemática da execução das atividades que compõem as cinco competências da sua área de intervenção. Para tal, equacionaram-se objetivos, enumerando quais as atividades que os enfermeiros gestores consideram desenvolver com maior frequência, qual o perfil do enfermeiro gestor das unidades de Saúde Mental e Psiquiatria e os fatores que se relacionam com a escolha das atividades executadas, considerando-se que a consecução dos mesmos foi atingida.

Em benefício das atividades desenvolvidas para cuidados ao indivíduo doente psiquiátrico, ou na promoção da saúde mental, o gestor de enfermagem deve considerar a execução de atividades alicerçadas na Prática Profissional, Ética e Legalidade para com os profissionais e doentes. Na procura de cuidados de qualidade a tomada de decisão deve equacionar a prevenção de riscos, melhorias contínuas dos procedimentos, fundamentados em boas práticas e essencialmente em ambientes e dotações seguras. Os recursos humanos são meios de grande valor nas instituições de saúde, cabendo ao gestor o zelo dos mesmos, utilizando as ferramentas, aptidões e competências ajustadas para agregar e manter os profissionais empenhados e motivados. Igualmente, deve o gestor revelar-se um ator diferenciado no contexto de gestão, assumindo atividades em projetos de Intervenção Política e Assessoria, disponibilizando-se para colaborar em programas, grupos de trabalho e metodologias interventivas em prol da construção de políticas de gestão estratégica operacional, alinhadas com a organização e orientações de saúde nacionais. O Desenvolvimento Profissional, é também uma das competências que o gestor de enfermagem deve equacionar implementar nas suas práticas diárias, perspetivando a prestação de cuidados baseados em evidência científica, estimulando e incentivando para isso a equipe à formação, pesquisa e reflexão sobre o seu desempenho nas práticas.

No alinhamento das atividades descritas, considera-se que os resultados do estudo, podem ser difundidos para os contextos de saúde mental e psiquiatria, conforme o desenho inicial da investigação. Desta forma, evidencia-se que os enfermeiros gestores revelam no domínio global da escala um desempenho excelente na frequência das atividades de gestão. Contudo, a investigação, revelou sensibilidade para a gestão na frequência das atividades do papel de gestor enquadradas nas variáveis, área de atuação nas competências de Prática Profissional, Ética e Legal, Gestão de Cuidados e Gestão de Recursos Humanos. Da mesma forma a variável, para serviço acreditado emergiu com sensibilidade na frequência de Prática Profissional, Ética e Legal e Intervenção Política e Assessoria. Por fim o tempo de exercício profissional apresentou assimetria no desenvolvimento da frequência das atividades nas competências da Prática Profissional, Ética e Legal e Gestão de Cuidados.

Estes resultados não devem nunca, ser considerados com estanques e singulares no estudo da temática em causa, mas sim evidenciarem o início de um percurso que possa contribuir e aliciar para novos estudos e dinâmicas interpretativas, sobre a perceção das condutas do

enfermeiro gestor de saúde mental e psiquiatria. Principalmente, procura-se proporcionar reflexão sobre as suas práticas, sensibilizando-se a amostra para a realização das atividades que cada um tem de ajustar no seu dia a dia, envolvendo-se na instituição, fomentando o auto conhecimento e crescimento pessoal, na procura de uma gestão eficiente e gratificante, a todos os intervenientes nos processos de produção e consumo de bens e serviços, pelos clientes internos e externos das organizações prestadoras de cuidados psiquiátricos, considerando a complexidade dos mesmos.

Alicerçando a problemática em estudo, para aperfeiçoar a sua exploração e exposição, recorreremos à estatística descritiva, revelando o enriquecimento pessoal e a satisfação obtida por cada fase concretizada. Contudo, na trajetória delineada para a presente investigação, algumas dificuldades foram sentidas, uma delas e numa fase inicial, relacionada com todos os documentos exigidos por cada comissão de ética, de cada organização, não existindo um procedimento único e plausível para solicitar a sua autorização, para de seguida nos confrontarmos com a resposta tardia das mesmas emanadas pelos conselhos de administração, contrariando o plano inicialmente perspectivado. Igualmente a participação dos gestores no preenchimento do questionário, impôs um compasso de espera para considerar o fecho na recolha dos dados.

Explanar novas ideias e contributos, são essencialmente os objetivos que se pretende transmitir com a conclusão deste trabalho, acreditando que o conhecimento construído estimule e impulse a mudança de paradigmas na execução das atividades que se encontrem menos satisfatórias.

Nesta ótica, propõem-se a divulgação do estudo na comunidade científica, considerando-o uma mais valia para o crescimento dos enfermeiros enquanto gestores líderes, sendo logo que oportuno divulgado pelas instituições estudadas e que solicitaram a difusão dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T., Ribeiro, A., Ribeiro, J., Fonseca, M., Doellinger, O. (2017). O Impacto da Criação de Uma Equipa de Internamento num Serviço de Internamento Agudo de Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE Psilogos*, 15(2), 33–42.
<https://doi.org/10.25752/psi.13263>
- Alves, A., Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>
- Amarante, P., (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª ed. ISBN: 8585676515
- Andrade, A., Ben, L., Sanna, M. (2015). Empreendedorismo na Enfermagem: panorama das empresas no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (1), 40-44.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680106p>
- Associação Portuguesa Enfermeiros Gestores e Liderança. (2020) Referencial De Competências Para Enfermeiros Da Área Da Gestão.
<http://www.apegel.org/paginas/pagina14>
- Banome, J. (2009). *Princípios de Administração*. Curitiba: IESDE Brasil S.A. ISBN:9788576387442
- Bastos, A., Alves, S. (2013). The family as a significant element in the treatment of a patient with mental disorders. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 90–107.
<https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/196/106>
- Benevides, D., Pinto, A., Cavalcante, C., Jorge, M. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 127-138.
<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Bertero, O. (1968). A Evolução Do Poder Nas Organizações. *Revista de Administração de Empresas*, 8(29), 22–44.
<https://doi.org/10.1590/S0034-75901968000400002>
- Bichuetti, L., Bichuetti, J. (2020). *Gestão de Pessoas Não é Com o RH*. (3ª Edição) São Paulo: S. P. E. Ltda.

- Boterf, G. (2006). Três Dimensões a Explorar. *Pessoal, Reflexão RH* 60–63.
<http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Brusamarello, T., Guimarães, A., Paes, M., Borba, L., Borille, D., Maftum, M. (2009). Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. *Cogitare Enfermagem*, 14(1).
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14523>
- Budde, C., Silva, N. (2020). Impactos Na Percepção de Felicidade No Trabalho Após Um Processo de Redução nas Políticas e Nas Práticas de Gestão de Pessoas. *Psicología Desde El Caribe*, 37(1).
<https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3aee4858-4f2f-4da6-9307-ea017d005172%40pdc-v-sessmgr04&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc210ZT11ZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=143372762&db=a9h>
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Monteiro, D., Goulart, M., Garcia, L. (2017). Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e2070017. Epub 08 de janeiro de 2018.
<https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Camelo, H., Soares, M., Chaves, L., Rocha, F., Silva, V. (2016). Enfermeiros Gerentes de Um Hospital de Ensino: Formação Profissional, Responsabilidades e Desafios. *Revista Enfermagem*, 24(3), 11637. DOI:
<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016>.
- Camelo, S. (2012). Competência Profissional Do Enfermeiro Para Atuar Em Unidades de Terapia Intensiva: Uma Revisão Integrativa, 1.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100025&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Cardoso, L. (2020). *A enfermagem em internações psiquiátricas: da reforma aos dias atuais*, (Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia) Recuperado de
<http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/29328>
- Carneiro, O., Rocha, L. (2004). O Processo de Desospitalização de Pacientes Asilares de Uma Instituição Psiquiátrica Da Cidade de Curitiba. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 66–75.
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-8932004000300009&script=sci_arttext
- Chaves, L., Tanaka, O. (2012). O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1274-1278.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500033>
- Chiavenato, I. (2014). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Brasil, Barueri: Editora Manole Ltda.

- Comissão Nacional Reestruturação Serviços de Saúde Mental. (2007) Relatório de Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016. Ministério da Saúde. Lisboa.
<http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2018/05/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-dos-Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-Mental-em-Portugal-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-2007-2016.pdf>
- Comissão Das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde Melhorar a Saúde Mental Da População Rumo a Uma Estratégia de Saúde Mental Para a União Europeia*: Bruxelas.
https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal – Um desafio para a próxima década. Lisboa
<http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa, Ministério da Saúde.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Copas, F., Loyola, C. (2005) Transferência E Contratransferência Na Enfermagem Psiquiátrica. REME – Revista Mineira de Enfermagem; 9(4): 378-382, out/dez.
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/488>
- Cruz, R. de C. A. da. (1997). Os caminhos da pesquisa de campo em geografia. *GEOUSP: Espaço e Tempo (Online)*, (1), 93.
<https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.1997.123230>
- Cunha, J., Abreu, V. (2019). Aplicação do Método PDCA para melhoria do Processo Construtivo de uma Empresa de Grande Porte. *Boletim Do Gerenciamento*, 9 (9), 11-18.
https://nppg.org.br/revistas/boletimdo_gerenciamento/article/view/240
- Curral, R., Lopes, R., Silveira, C., Norton, A., Domingues, I., Lopes, F., Ramos, E. Roma-Torres, A. (2014). Quarenta Anos de Um Hospital-Dia de Psiquiátrico. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(1), 52–58.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892014000100052&lang=pt
- Danski, M., Oliveira, G. e Pedrolo, E. (2017). Importancia da Pratica Baseada em Evidencia nos Processos de Trabalho do Enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde* 16(2).
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304>

- Decreto-Lei n.º 437/1991. Diário da República Eletrónico. *Diário da República n.º 257/1991, Série I-A de 1991-11-08.*
<http://data.dre.pt/eli/dec-lei/437/1991/11/08/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 36/1998. Diário da República Eletrónico. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24.
<https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 104/1998. Diário da República Eletrónico. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html>
- Decreto de Lei N.º101/2006 (6 Junho) Diário Da República - I Série -A (2006) 3856-3865.
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Despacho 11411/2006 (2.ª Série), 2006-05-25 - DRE.” DR 7515–16.
<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2718994/details/normal?q=despacho+411%2F200>.
- Decreto-Lei n.º 248/2009. Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, Lei de Bases da Saúde.
<https://dre.pt/application/file/a/490351>.
- Decreto-Lei 8/2010, 2010-01-28 - DRE.” consultado a 11 de outubro, 2020
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/616776/details/maximized>.
- Decreto-lei n.º 71/2019. Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27.
<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>
- Diário do Governo n.º 79/1963, Série I de 3 de abril de 1963, Lei de Saúde Mental n.º 2118 de 1963.
<https://dre.tretas.org/dre/94657/lei-2118-de-3-de-abril>
- Diário da República, 1.ª série — N.º 118 de Junho de 2011. Portaria n.º 242/2011. Sistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública Artigo 2.º, Parâmetros da avaliação.
<https://dre.pt/application/conteudo/670283>
- Diário da República n.º 145/2015, Série I de 2015-07-28, Decreto-Lei n.º 136/2015
<https://dre.pt/application/conteudo/69879425>
- Diário da República, 1.ª série — N.º 153 — 7 de agosto de 2015. Portaria n.º 234/2015
<https://dre.pt/pesquisa/-/search/69968713/details/maximized>

- Diário da República, 2.^a série - N.º 48 - 10 de Março de 2015. Regulamento n.º 101/2015, Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. <https://dre.pt/application/conteudo/66699805>
- Diário da República, 2.^a série - N.º 21 - 30 de janeiro de 2018. Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Regulamento n.º 515/2018. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>
- Diário da República, 2.^a série- N.º 184 de 25 de Setembro de 2019. Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Direção Geral de Saúde. (2004). Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-psiquiatria-e-saude-mental-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). Portugal Saúde Mental Em Números-2015: Programa Nacional Para a Saúde Mental. Lisboa. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). “Modelo de Governação a 2020 Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários.” Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde. Consultado a 4 de outubro de 2020. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2020). “Direção-Geral Da Saúde: Programa Nacional Para a Saúde Mental.” <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2020). "Porque se fala em Saúde Mental". <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Dutra, S. (2016). *Gestão de Pessoas: Modelos, Processos, Tendências e Perspectivas*. Atlas. <https://repositorio.usp.br/item/002749794>
- Esquinsani, R., Dametto, J. (2017). A Loucura, o Demônio e a Mulher: Sobre a Construção de Discursos No Mundo Medieval - Dialnet. *Dialnet* 190–203. <https://doi.org/10.5216/hr.v22i2.36992>
- Faria, J. (2014). *Fundamentos da Gestão da Qualidade: Principios Da Gestão Da Qualidade*. [Apresentação Power Point]. Porto: FEUP.

- Fernandes, A., Abreu, V. (2014). *Implantando a Governação de Ti- da estratégia à Gestão dos Processos e Serviços*. Rio de Janeiro, Editora, Brasport, 4ª edição. ISBN: 9788574526584.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., Jorge, L., (2019). Perspetiva Histórica dos Cuidados de Enfermagem ao Doente Mental. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernandes da Fonseca*. <http://psilogos.com/Revista/Vol3N1/ferreira.pdf>
- Figueroa, C., Zurita, J., Castolo, M. (2011). Analysis of Deinstitutionalization of Psychiatric Care in Chronic Non Restorable Patients. *CONAMED*, 199–203. http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2011.pdf
- Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., Peres, M., Vidinha, T., Rodrigues, M. (2015). Historical Trajectory of the Psychiatric Reform in Portugal and in Brazil. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 117–25. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14074>
- Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5,183-196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Forti, T., Vila, S. (2016). Trajetória histórica da saúde mental no brasil: entendendo a criação do caps ad iii. *Revista Salusvita*, 35(4), 1
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Lusociência-Edições Técnicas e científicas: Loures
- Fradique, M., Mendes, L. (2013). Efectos de liderazgo en la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 45-53. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000200006
- Freixo, M. (2018). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget, 5ª Edição. IBSN:9789897591204
- Goulart, M., Durães, F. (2010). *A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização reform and psychiatric hospitals: Histories of the institutionalization*. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14>
- Foucault, M., Teixeira, J. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. Editora Perspectiva, São Paulo 1–608.
- Guerra, N. (2016). Competências Dos Enfermeiros Gestores Têm Que Ser Reconhecidas. *Jornal Enfermeiro*, 4–6. http://www.jornalenfermeiro.pt/images/pdf/JE15_37b1d.pdf

- Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R., S., Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (Suppl.2),2-9.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002&lng=pt&tlng=pt
- Junior, A., Eiro, N. (2013). Comparação Entre Modelos Da Qualidade Total e Lean Production Aplicados à Área Da Saúde – Estudo de Caso Em Serviço de Medicina Diagnóstica. *Revista Latino-Americana*.
<http://www.marco.eng.br/piep-III/Cases/LH-01.pdf>
- Júnior, J., Miranda, F., Santos, R., Dantas, M., Cosme, N. (2014). Ações e cuidados de enfermagem em saúde mental num hospital-dia psiquiátrico: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6 (2), 821-829.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/505750622038>
- Lacchini, A., Ribeiro, D., Soccol, K., Terra, M., Silva, R. (2013). A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 565-568.
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1579>
- Lacombe, F. (2009). *Teoria geral da administração*. São Paulo: Editora Saraiva. ISBN 9788502121676
- Lelli, L., Bernardino, E., Peres, A., Fabríz, L. (2012). Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*. 2(17), pp. 262 - 269.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932/18480>
- Lisboa, J., Coelho, F., Coelho, A., Almeida, F. (2004). *Introdução à gestão de organizações*. Coimbra: VidaEconómica.
- Lopes, M. (2020). 7 Princípios Da Qualidade Definidos Pela ISO 9001:2015.
<https://www.voitto.com.br/blog/artigo/sistema-de-gestao-da-qualidade-iso-9001>
- Macedo, A., Padilha, K., Püschel, V. (2019). Práticas profissionais de educação/formação dos enfermeiros em uma unidade de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 321-328.
<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>
- Manzo, B., Brito, M., Corrêa, A. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 388-394.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200017>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Artigos de Reflexão Pensar em Enfermagem*, 12 (2) , 62-63
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

- Martins, M., Dias, M. (2010). Representação socioprofissional dos enfermeiros - percepção dos utentes. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, p.253-269.
https://www.researchgate.net/publication/277194310_Representacao_socioprofissional_dos_enfermeiros_-_percepcao_dos_utenes
- Martins, M., Gonçalves, M., Teles, P., Bernardino, E., Guerra, N., Ribeiro, O. (2020) Construção e validação de um instrumento de percepção do gestor. *Ver enferm UFPE online*. 2021;15:e245192
[DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245192](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245192)
- Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Leite, M., Pereira, C., Landeiro, M. (2020a). Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190294. Epub 13 Jullo de 2020.<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190294>
- Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Amestoy, S., Prata, A., Vilela, C. (2020b). Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Supl. 6), e20190336. Epub 28 de outubro de 2020.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Mazur, C., Labronici, L., Wolff, G. (2007). *Ética e gerência no cuidado de enfermagem ethics and management in nursing care ética y administración en el cuidado de la enfermería*. Vol. 12.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10037>
- Mello, F., Guimarães, R. (2015). *Métodos Estatísticos Para o Ensino e a Investigação Nas Ciências Da Saúde. Com Utilização Do SPSS*. 1ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mendes, F., Mantovani, M., (2010). Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 209-215. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200007>
- Michelan, V., Spiri, W. (2020). Journal Club Estratégia de Ensino e Aprendizagem Para Desenvolvimento Da Enfermagem Baseada Em Evidência. São Paulo: *Revista Pesquisa Qualitativa*, 8(16), 105-117.
<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/319>
- Miguel, S. (2009). Desempenho profissional numa Organização de Saúde: Um modelo de análise. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 8(4), 37-53.
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642009000400005&lng=pt&tlng=pt.](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642009000400005&lng=pt&tlng=pt)
- Monteiro, A., Mourão, L., Freitas, C., (2019). Impacto das Políticas de Gestão de Pessoas sobre o Desenvolvimento Profissional dos Trabalhadores. *Psico*, 50(4), 29665.
<https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.4.29665>

- Muniz, M., Tavares, C., Abrahão, A., Souza, Â. (2015). A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 61-65.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Morais, C. (2013). *Investigação: Do Problema Aos Resultados*. Bragança.
<http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/DaInvProblema.pdf>
- Moreira, D., Ferraz, C., Costa, I., Amaral, J., Lima, T., Brito, M. (2020). A prática profissional do enfermeiro e suas influências na sensibilidade moral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190080.
<https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190080>
- Oliveira, A., Oliveira, O., Almeida, R. (2010). Diretrizes gerais para a implantação de sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho em empresas produtoras de baterias de automotivas. *Revista Gestão Industrial*, 4(3).
<https://www.scielo.br/pdf/gp/v17n2/a14v17n2.pdf>
- Oliveira, J. L.C. ; Matsuda, L. M. (2016) *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* ; 20(1): 63-69, jan.-mar. 2016. Artigo em Inglês | LILACS, BDENF - Enfermagem | ID: lil-775723
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>
- Oliveira, L., Silva, R. (2017). Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, 1-6.
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.10726>
- Oliveira, R., Leitão, I., Silva, L., Figueiredo, S., Sampaio, R., Gondim, M. (2014). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery*, 18(1), 122-129.
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155-161.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional De Enfermagem*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Anuário estatístico 2019.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/estatistica/2019_AnuarioEstatisticos.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2009). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primário: Uma perspetiva global.
https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

- Organização das Nações Unidas. (2017). "OMS: Mais de 300 Milhões de Pessoas Sofrem de Depressão No Mundo." *ONU News*. consultado a 2 outubro, 2020 <https://news.un.org/pt/story/2017/02/1578281-oms-mais-de-300-milhoes-de-pessoas-sofrem-de-depressao-no-mundo>
- Padilha, R., Gomes, R., Lima, V., Soeiro, E., Oliveira, J., Schiesari, L. e Oliveira, M.. (2018). Principles of clinical management: Connecting management, healthcare and education in health. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(12), 4249-4257. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32262016>
- Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, serIII* (7), 55-62. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200006
- Prado, D. (2014). *Planejamento e Controle de Projetos*. 8ª ed. Nova Lima:Falconi Editora, vol. 2. ISBN: 978-98254-71-5
- Rafael, D., Aquino, S. (2019). Processo de Acreditação ONA: Desafios Para Gestores de Qualidade Em Serviços de Apoio Às Organizações de Saúde. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 8(3), 327-41. <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13470>
- Ravazolo, R. (2013). *Gestão de Pessoas*. Casa do Concurseiro. Banco Central do Brasil.http://concursos.acasadoconcurseiro.com.br/wp-content/uploads/2012/07/BACEN_GEST%C3%83O_DE_PESS.pdf
- Ravazolo, R. (201... Noções de administração e situações gerenciais. São Paulo: Casa do Concurseiro
- Rivera, F., Artmann. E., (2012). "Planejamento e Gestão Em Saúde: Conceitos, História e Propostas" - *Fiocruz* 41.
- Rocha, M., Sousa, P., Martins, M. (2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 18(2), 89-105. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aoad>
- ROTHER, M. (2010). *Toyota Kata: Managing People for Improvement, Adaptiveness and Superior Results*. New York: McGraw Hill.. ISBN: 978-0071635233 https://www.researchgate.net/publication/216744993_Toyota_Kata_Managing_People_for_Improvement_Adaptiveness_and_Superior_Resul
- Ruthes, R., Feldman, L., Cunha, O., Kowal, I. (2010). Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (2), 317-321. <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000200023&script=sciabstract&tlng=pt>

- Sailaxmi, G., Sangheetha, G., Ahmed, N., Chaturvedi, S. (2014). Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25440565/>
- Santos, G., Alves, M., Goldbaum, M., Cesar, C., Gianini, R. (2019). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados Em Moradores Da Área Urbana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11).
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305008
- Santos, M. (2004). O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. *Revista de Administração Contemporânea*, 8(2), 243.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-65522004000200017>
- Santos, M. (2014). *Percepção dos Enfermeiros Sobre Os Líderes em Enfermagem. Dissertação de Mestrado, Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e políticas*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/14270/1/Perce%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Enfermeiros%20sobre%20os%20L%C3%ADderes%20em%20Enfermagem.pdf>
- Scherer, Z., Scherer, E. (2001). O doente mental crônico internado: uma revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 56-61.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400010>
- Serrano, M., Costa, A., Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(3), 15-23.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002
- Silva, A., Fonseca, R. (2005). Processo de Trabalho Em Saúde Mental e o Campo Psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-49.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300020>
- Silva, V., Camelo, S., Soares, M., Resck, Z., Chaves, L., Santos, F. e Leal, L. (2017). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.*, Vol. 207,
https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03206.pdf
- Silvino, R., Jesus, D. Ferreira. S., Pompeu, C., Moreira C. (2011). A atuação do enfermeiro nas práticas de gerenciar em unidades hospitalares: uma revisão integrativa. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental Online*. 3 (3), 2233-2243.
https://www.redalyc.org/pdf/5057/Resumenes/Resumen_505750889028_1.pdf
- Siqueira-Silva, R., Nunes, J., Moraes, M. (2013). Portugal e Brasil No Cenário Da Saúde Mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 475-96.
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000300005&script=sci_arttext&tlng=pt

- Soares e Freitas (2004). História Florence Nightingale – 1820-1910 Enfermagem. Lisboa: APE.. n° 21 (2ª Série), pp. 34-41.
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5, 31–39.
- Sousa, S., Rosa, M. (2014). Social Policies in Mental Health. 10. Retrieved October 6, 2020. <https://www.researchgate.net/publication/266967700>
- Sousa, T. (2012). Competências de liderança nas chefias de enfermagem. Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto.
- Souza, A., Cortes, H., Pinho, P., (2018). Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: Uma revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 72-80.
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n20/n20a10.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2020). Políticas de Saúde Mental: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM). *Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental*. [Online] 12 de dezembro de 2014.
<https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/politicas-de-saude-mental/>
- Stella, M., Durães, F. (2010). *A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização reform and psychiatric hospitals: Histories of the institutionalization*.
<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14>
- Suleman, F. (2007). *O Valor Das Competências Um Estudo Aplicado Ao Sector Bancário*. Livros Horizonte.
- Rivera, F., Artmann, E. (2012). *“Planejamento e Gestão Em Saúde: Conceitos, História e Propostas”* - Brasil: Fiocruz. ISBN: 978-85-7541-579-5.
- Vietta, E., Kodato, S., Furlan, R. (2001). Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 97-103.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200014>
- Weber, C., Juruena, M. (2014). *Estratégias Terapêuticas de Um Hospital-Dia No Cuidado Ao Doente Mental*. São Paulo.
- Willrich, J. (2016). *A Crise Psíquica No Discurso Da Atenção Psicossocial: Um Acontecimento de Saber, Poder e Subjetivação*. Universidade Federal De Pelotas.

ANEXOS

Anexo - I Projeto de investigação

Anexo - II Despacho do Conselho Técnico Científico Da ESEP relativo ao Pedido de Admissão

Anexo - III Autorizações das comissões de Ética

Anexo - IV Gestor de Enfermagem das atividades à utilização do tempo

Anexo - V pedido de solicitação para a devida utilização de escala

Anexo - I Projeto de investigação

Anexo I - Projeto de Investigação



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem

Projeto de Investigação:

Gestor de enfermagem: das atividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria

Porto, 2019



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem

Projeto de Investigação:

Gestor de enfermagem: das atividades á utilização do
tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria

Elaborado por:

- Paula Pires (ep6329)
- Rui Alferes (ep6328)

Orientação: Professora Doutora Maria Manuela Martins

Porto, 2019

ÍNDICE

1 – Identificação dos investigadores.....	4
2 – Projeto de Investigação.....	5
Problema a Investigar / Motivação	5
Metodologia	7
Perguntas de Partida	8
Finalidades	8
Objetivos	8
Tipo de Estudo	8
Questões de investigação	8
População e amostra.....	9
Instrumento de colheita de dados	9
Procedimento de recolha de dados	10
Variáveis	10
Palavras-chave.....	10
Cronograma.....	11
Bibliografia	12
Anexos.....	144



1 – IDENTIFICAÇÃO DOS INVESTIGADORES

Orientadora e Investigadora: Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins (curriculum vitae anexo I)

Contacto telefónico: 964172291

Correio eletrónico: mmartins@esef.pt

Investigadora: Luísa Paula da Silva Pires Alferes (curriculum vitae anexo I)

Contacto telefónico: 933459717

Correio eletrónico: luisalferes@gmail.com

Investigadora: Rui Paulo Asseiro Alferes (curriculum vitae anexo I)

Contacto telefónico: 933545060

Correio eletrónico: rualferes@gmail.com

2 – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Domínio: Gestão em Enfermagem

Título: Gestor de enfermagem: das atividades á utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria

Problema a Investigar / Motivação

A gestão é uma atividade que surgiu há milhares de anos caracterizando-se pela mobilização e coordenação de recursos diversos, mas só nas últimas décadas é que se tornou alvo de estudo como área de investigação (Moura e Sá, 2004). Efetivamente é inquestionável que a sociedade mudou e esta mudança é transversal em todos os contextos no quotidiano do indivíduo. Nesta linha, também na saúde, o avanço tecnológico desenvolveu-se a uma velocidade incrível, promovendo uma maior diferenciação dos recursos humanos e materiais, sendo por isso um desafio constante para os gestores e organizações a prestação de cuidados de qualidade, atendendo em simultâneo á constante pressão política e

económica em que o país se encontra, mas também às exigências dos indivíduos que consomem cuidados em saúde.

Neste processo de mudança é exigido aos enfermeiros gestores, estratégias de gestão para com a equipe que coordena que culminem na oferta de um produto de qualidade, constituído por saber científico, tecnológico, saber ser e saber estar, em harmonia com os valores e objetivos organizacionais. O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros 2018).

Estas estratégias envolvem por parte do gestor, habilidades específicas inatas ou adquirias tais como as competências relacionais e de comunicação, coesão do grupo, motivação e

promoção do trabalho em equipa entre outras. No entanto, e não menos relevantes são estratégias de planeamento, organização, implementação e avaliação dos cuidados prestados, as quais devem ser obtidas e complementadas pela formação académica.

O enfermeiro gestor tem uma visão da organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação (Ordem dos Enfermeiros 2018).

Assim, e de acordo com toda esta panóplia de competências que o enfermeiro gestor deve apresentar no desempenho do seu exercício profissional, para com a equipe que coordena, inseridas num contexto específico, surge-nos a questão, **que atividades são valorizadas e implementadas e qual o tempo a elas disponibilizado**, mediante a área da especialidade em que são exercidas? Atendendo que o tempo é um dado utilizado de acordo com a perceção das necessidades e prioridades de cada gestor, muito escasso, insubstituível e precioso, quando estamos a falar, nomeadamente em cuidados de saúde, parece-nos que o mesmo, deva ser utilizado com rigor e valorização na implementação das competências centrais da gestão em enfermagem, reconhecendo no entanto que haja discrepâncias no tempo consumido de acordo com a especificidade de contexto organizacional. Os gestores em enfermagem tem que compreender e acompanhar o impacto da atualidade no que concerne às reformas da saúde resultantes da conjuntura política e económica, revelando um

pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, produzindo a mudança de acordo com as exigências institucionais, a sua visão e competência assim como as características, objetivos e motivações dos elementos da equipe que gere. Neste sentido, o desafio será criar estratégias que conduzam a eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados garantindo a satisfação do cliente e profissionais (Motta, et al., 2009) (Rocha, et al., 2016) (Sampaio, 2014).

Serão então as competências em gestão valorizadas e geridas no tempo em saúde mental e psiquiatria de forma diferente das outras especialidades de cuidados em enfermagem. A gestão do tempo é um conceito abrangente associado à promoção do desempenho dos enfermeiros gestores, tornando o tempo um recurso cada vez mais importante para os profissionais de saúde (Ziapour, et al., 2015). No domínio da saúde a gestão do tempo assume um fator vital, pois está diretamente relacionado à saúde das pessoas, podendo a falta de

gestão do mesmo causar uma redução na eficiência dos cuidados prestados. É portanto consensual que o tempo e competências são realidades constantes na prática dos gestores.

No cuidar em saúde mental e psiquiatria, o tempo revela-se como uma ferramenta importantíssima, dado tratar-se de um contexto desprovido de dispositivo e equipamentos técnicos, sendo o capital humano e as suas relações interpessoais o maior valor desta especialidade. O tempo do cuidar organiza-se num tempo onde a urgência e o imediatismo da resposta se tornam um apelo e uma exigência constante aos profissionais, no sentido de restabelecerem o mais rapidamente possível o equilíbrio perdido pela pessoa doente (Ana Monteiro e José Manuel Pinto).

Metodologia

As pesquisas científicas devem assentar numa metodologia que congregue um determinado conjunto de métodos e técnicas que guiem de forma rigorosa, credível e comprovável todo o processo de investigação científica para se chegar a um resultado efetivo. Esta ideia é corroborada por (Jolivet, 1979. P.71) ao afirmar que o método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado (...) é o caminho a seguir para chegar à verdade nas ciências.

Nesta perspetiva procuraremos adotar os métodos considerados necessários e essenciais para que seja possível obter as respostas às questões de investigação levantadas. No entanto, objetivando a produção de conhecimento científico consideramos a possibilidade de ser alterada a trajetória da investigação recentrando o caminho a seguir de acordo com o que consideramos pertinente face aos objetivos e aos recursos disponíveis, pelo que optamos por um método quantitativo, descritivo e de corte.

A nossa metodologia pressupõe então um percurso que descreva um determinado fenómeno, verifique e relacione variáveis e as suas associações e diferenças. Assim, será delimitada uma determinada população, a respetiva amostra, e os instrumentos de colheita de dados. Serão igualmente definidos os recursos necessários e elaborado um cronograma do desenho do estudo.

A metodologia torna-se num instrumento vital, mantendo a organização de todo o processo de investigação ao longo de todo o seu percurso.

Perguntas de Partida

- Será que a especificidade do serviço de Saúde Mental e Psiquiatria determinam o desenvolvimento de atividades diferentes dos outros gestores em enfermagem?
- Como priorizam as atividades os gestores de enfermagem considerando a especificidade da gestão dos serviços de saúde mental e psiquiatria e a exigência do seu trabalho?

Finalidades

- Contribuir para o desenvolvimento e gestão do tempo dos gestores na área da Saúde Mental e Psiquiatria;

Objetivos

- Identificar as atividades mais frequentes dos enfermeiros gestores em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Analisar a associação entre as características sociodemográficas e o desenvolvimento das atividades de gestão;
- Analisar a associação entre a de formação dos gestores e as atividades mais frequentes;
- Compreender como distribuem o seu tempo os enfermeiros gestores na área de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Descrever as atividades que ocupam mais tempo do gestor, face às suas competências;
- Analisar as diferenças de ocupação de tempo e as características do gestor e do serviço.

Tipo de Estudo

Estudo descritivo exploratório correlacional de natureza quantitativa.

Questões de investigação

- Quais as atividades mais frequentes dos enfermeiros gestores em Saúde Mental e Psiquiatria?
- O que influência a escolha das atividades mais frequentes dos enfermeiros Gestores em Saúde Mental e Psiquiatria?

- Qual o perfil do enfermeiro Gestor que trabalha nos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria?
- Quais as atividades que o gestor de Saúde Mental e Psiquiatria consideram que ocupam a maior parte do seu tempo?
- Será que os gestores de Saúde Mental e Psiquiatria distribuem dentro da normalidade do tempo que dispõem, todas as atividades enquadradas nas suas competências?
- Será que as características de trabalho e pessoais influenciam a gestão do tempo face às suas atividades necessárias para o seu papel?

População e amostra

Serão incluídos todos os Enfermeiros gestores na área de Saúde Mental e Psiquiatria, que exerçam funções em unidades de internamente completo, parcial e consultas, sendo também critério de Inclusão, desenvolverem atividades de gestão em serviços de Saúde Mental e Psiquiatria há mais de 3 meses.

Serão excluídas todas as unidades que se relacionem com os comportamentos aditivos.

A população geral de enfermeiros na área da gestão situa-se nos 1950 elementos (OE2018), não havendo no momento dados sobre a especificidade de quantos trabalham em psiquiatria.

Instrumento de colheita de dados

O instrumento a utilizar para a colheita de dados, consiste num questionário de auto, preenchimento, composto por duas escalas, que terão como pressuposto, por um lado identificar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro gestor em contexto psiquiátrico e por outro qual o tempo despendido ao desenvolvimento das mesmas (anexo II). No total o instrumento tem 43 perguntas.

A escala é da autoria de Martins, MM; Gonçalves, MM (2016) para a qual já obtivemos a devida autorização para a sua utilização.

Procedimento de recolha de dados

Afim de proceder á recolha de dados, os investigadores solicitaram consentimento aos conselho de administração das instituições psiquiátricas com regimes assistenciais de internamento completo, parcial e consultas.

Serão solicitados aos Conselhos de Administração das Instituições da amostra, os emails institucionais dos enfermeiros gestores, afim de posteriormente lhe ser enviado o questionário para colheita de dados.

Variáveis em estudo

- Dados sociodemográficos (género; idade; estado civil)
- Dados de formação (Licenciado; Mestrado; Doutoramento)
- Dados de atividades profissionais (tempo de serviço; tempo de gestão);
- Enfermaria que gere (internamento total ou parcial; área de dia)
- Dotação do serviço;
- Média de atendimento diário;
- Taxa de ocupação média anual;
- Número de enfermeiros do serviço;
- Acreditação da instituição;
- Tipologia dos doentes (agudos; crónicos/residentes; estáveis);

- As atividades do enfermeiro gestor;
- A ocupação do tempo para atividades de gestão.

Palavras-chave

- Enfermagem;
- Gestão e administração;
- Saúde Mental e Psiquiatria;
- Competências;
- Gestão do tempo;
- Atividades de gestão;

BIBLIOGRAFIA

Asumeng, Maxwell. 2014. Managerial Competency Models: A Critical Review and Proposed Holistic-Domain Model. *Macrothink Instituto Journal of Management Research*. 1 de Outubro de 2014, Vol. 6. doi:10.5296/jmr.v6i4.5596.

Balsanelli, Alexandre Pazetto e Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm. 2014. Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 48, 2014, Vol. 5.

Carragher, Jean e Gormley, Kevin. 2017. Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. Janeiro de 2017, Vol. 73, pp. 85-96.

Fortin, Marie-Fabienne. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : LUSODIDACTA, 2009.

Motta, Kátya Alexandrina Matos Barreto, Munari, Denize Bouttelet e Costa, Fernanda Nunes da. 2009. Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*. 1, 2009, Vol. 1, pp. 73-99.

Ordem dos Enfermeiros. 2014. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 12 de dezembro de 2014. [Citação: 26 de outubro de 2016.]

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/cópia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf (consultado em 03/05/2019)

Rocha, Mara do Carmo de Jesus, Sousa, Paulino e Martins, Manuela. 2016. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigação em Enfermagem*. 18, 2016, Vol. 2, pp. 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aod>.

Said, Nizar. 2014. Time Management in Nursing Work. *International Journal of Caring Sciences*. 3, setembro - dezembro de 2014, Vol. 7, pp. 746-749.



Mestrado Direção e Chefia em Serviços de
Enfermagem | 2019/2020

Sampaio, Andreia Filipa Duarte. 2014. *O perfil de um gestor de uma unidade de saúde: Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde.* Tomar : Instituto Politécnico de Tomar, 2014.

Monteiro, Ana. Pinto José Manuel. 2016. A temporalidade no cuidado: a importância do tempo na relação terapêutica. capítulo VIII, Série monográfica Educação e investigação em saúde. Um olhar psicodinâmico da psicologia e outros olhares.

Ziapour, Arash, et al. 2015. Evaluation of Time Management Behaviors and Its Related Factors in the Senior Nurse Managers, Kermanshah-Iran. *Global Journal of Health Science.* 2, 2015, Vol. 7, pp. 366-373.

[Regulamento n.º 76/2018 – Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30](#)
consulta online 18 de março 2019



Mestrado Direção e Chefia em Serviços de
Enfermagem | 2019/2020

ANEXOS



Mestrado Direção e Chefia em Serviços de
Enfermagem | 2019/2020

Curriculum Vitae da Orientadora e Investigadora:

Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

<https://www.cienciavitae.pt/portal/3A1D-066F-1F85>

Curriculum Vitae da Investigadora:



Curriculum vitae

INFORMAÇÃO PESSOAL

Luísa Paula da Silva Pires Alferes

Rua D. Antão de Almada nº62, 4435-011 Rio Tinto (Portugal)

933459717

luisalferes@gmail.com

PROFISSÃO

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria. Cédula Profissional - 24413

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- 09/2017–Presente Enfermeira Coordenadora da Área Funcional da Unidade de Colheitas e Amostras Biológicas
Hospital de Magalhães Lemos
- 01/10/2014–Presente Enfermeira do Grupo Coordenador Local para o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
Hospital de Magalhães Lemos, Porto (Portugal)
- 1997–Presente Enfermeira Especialista de saúde Mental e Psiquiatria
Hospital de Magalhães Lemos
- 06/04/1993–Presente Enfermeira de Psiquiatria
Hospital de Magalhães Lemos, Porto (Portugal)
- 2015–2017 Enfermeira Coordenadora de Enfermagem da Clínica de Repouso O Aconchego I
Clínica de Repouso "O Aconchego", Rio Tinto (Portugal)
- 03/2008–30/09/2014 Repensável de Serviços de Internamento (Póvoa/Vila do Conde; B1)
Hospital de Magalhães Lemos, Porto (Portugal)
- 1998–2003 Enfermeira coordenadora da Unidade Domiciliar
Centro Médico e Enfermagem do Corim, Rio Tinto (Portugal)
- 1999–2001 Hospital Psiquiátrico Conde Ferreira
Porto (Portugal)
- 1996–1998 Serviço de Urgência do H. Santo António - Porto
- 1994–1995 Enfermeiro de cuidados gerais/Enfermeira de cuidados gerais
Hospital Joaquim Urbano, Porto (Portugal)
- 1992–1993 Enfermeiro de cuidados gerais/Enfermeira de cuidados gerais
ARS-Norte Centro Saúde Brás-Oleiro, Rio Tinto (Portugal)



Curriculum vitae

Luisa Paula da Silva Pires Aiferes

06/01/1992–1993 Enfermeiro no serviço Medicina I Mulheres
H. São João- Porto, Porto (Portugal)

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

2015–2016 Pós Graduação em Gestão dos serviços de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto (Portugal)

25/03/1996–13/02/1998 CESE em Saude Mental e Psiquiatria (Especialidade em
Psiquiatria)
Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto (Portugal)

01/1989–18/12/1991 Curso de Enfermagem Geral
Escola superior de Enfermagem de Bragança, Bragança (Portugal)

1978–1988 Ensino Preparatório e Secundário - Vinhais e Bragança
(Portugal)

1974–1978 Ensino primário Negage, Macedo de Cavaleiros e Vinhais
(Angola e Portugal)

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Lingua materna Português

Competências de comunicação Apresenta boa capacidade relacional e comunicacional.
Preza trabalhar em equipas multidisciplinares.
Domina com facilidade o estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes.

Competências relacionadas com o trabalho Apresenta competências técnicas a nível do cuidar ao longo das várias etapas do ciclo de vida da pessoa com patologia mental (saúde/doença).
Experiencia profissional em gestão de cuidados e funcionalidades de serviço.
Experiencia como Enfermeiro Formador de Serviço.
Habilitações em supervisão clínica com experiencia em orientação de alunos de Enfermagem do curso Base, Especialidade e Mestrado, contando também com a integração de vários colegas aos contextos da pratica quando iniciam funções.

Competências digitais Bom domínio do software Office™ (Word™, Excel™ e PowerPoint™).
Experiencia profissional com os aplicativos em saúde: S. Clínico; E-Requisições.

Curriculum Vitae do Investigador:

INFORMAÇÃO PESSOAL

Rui Paulo Asseiro Alferes



Rua D. Antão de Almada nº62, 4435-011 Rio Tinto (Portugal)

933545060

ruialferes@gmail.com

PROFISSÃO

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria; Cédula Profissional Nº 24407

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- 06/01/1992–01/02/1997 Enfermeiro no serviço de Medicina Interna no H. São João- Porto
- 16/09/1992–Presente Enfermeiro de Psiquiatria
Hospital de Magalhães Lemos, Porto (Portugal)
- 02/04/1996–Presente Enfermeiro Chefe na Clínica de Repouso O Aconchego
Clínica de Repouso O Aconchego, Rio Tinto
- 1996–13/02/1998 Curso de estudos Superiores Especializados em Saúde Mental e Psiquiatria
Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto
- 01/10/1996–31/08/1999 Enfermeiro
Clínica de toxicod dependência Dr. Pinto Coelho, Gondomar (Portugal)
- 01/03/2002–31/03/2006 Serviço de Urgência do H. Santo António - Porto
- 01/03/2010–31/03/2011 Enfermeiro Responsável pela Gestão da Unidade de Vida Apoiada de Costa
Cabral (Psiquiatria)
Hospital de Magalhães Lemos, Porto
- 01/01/2013–01/09/2014 Enfermeiro responsável pela Gestão da Unidade D1
Hospital de Magalhães Lemos, Porto

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

- 01/1989–18/12/1991 Curso de Enfermagem Geral
Escola superior de Enfermagem de Bragança, Bragança (Portugal)
- 25/03/1996–13/02/1998 Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Mental e
Psiquiatria (CESE) com classificação de 17 valores.
Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto

- 09/2011-08/2012 Assistente convidado - Professor na ESEP (Escola Superior de Enfermagem do Porto)
ESEP, Porto (Portugal)
- 2015-28/06/2016 Curso de Pós Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem do Porto, porto
- 29/07/2019 Admissão no Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna português

Línguas estrangeiras

	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
alemão	C2	C2	B2	B2	B1
inglês	A2	A2	A2	A2	A2

Níveis: A1 e A2: Utilizador básico - B1 e B2: Utilizador independente - C1 e C2: Utilizador avançado
Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas.

- Competências de comunicação** Apresenta boa capacidade de trabalhar em equipas multidisciplinares, assim como facilidade em estabelecer relações terapêuticas construtivas com os utentes.
- Competências relacionadas com o trabalho** Apresenta competências técnicas a nível do cuidar do utente, assim como a nível de gestão de Unidades de saúde e formação de profissionais, tendo orientado inúmeros estagiários e profissionais de enfermagem, na sua formação de base, especialização e Mestrados.
- Competências digitais** Bom domínio do software Office TM (Word TM, Excel TM e PowerPoint TM)

INFORMAÇÃO ADICIONAL

- Outras Funções** 2015 - presente - Membro do Conselho Nacional de Saúde Mental
- 2016-2017 - Secretário da Comissão de Atribuição de Títulos da Ordem dos Enfermeiros (Órgão Estatutário da OE).
- 2017-2019 - Vice Presidente da Comissão de Atribuição de Títulos da Ordem dos Enfermeiros (Órgão Estatutário da OE).

Gestor de Enfermagem das atividades à utilização do tempo

No âmbito do Curso de Mestrado Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem, Paula Pires e Rui Paulo Alferes, enquanto alunos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vêm solicitar a sua colaboração no estudo que se encontram a desenvolver "Gestores de enfermagem: das atividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria", sob orientação da Srª Professora Doutora Manuela Martins.

O enfermeiro gestor é o responsável, em primeira linha pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (OE, 2018).

Este questionário destina-se a identificar as atividades priorizadas pelos Enfermeiros Gestores em Saúde Mental e Psiquiatria exigidas pelos contextos da prática, inseridas no seu campo ação e qual o tempo despendido na execução das mesmas.

Garantimos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um caráter confidencial, cujo preenchimento requer no máximo 5 minutos.

Para esclarecimento de eventuais dúvidas: ruialferes@gmail.com

Grupo I - Caracterização

Área da atuação

- Internamento Completo
- Consultas
- Internamento parcial

Natureza do serviço onde trabalha

- Unidades de Agudos
- Unidades de crónicos
- Estáveis (seguimento em consultas e ambulatório)

Dotação do serviço

- Média de atendimento diário
- Taxa de ocupação anual

Número de enfermeiros do serviço

Serviço Acreditado

- Sim
- Não

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade (data de Nascimento)

Dia / Mês / ANO

Tempo de exercicio profissional (data de admissão)

Dia / Mês / ANO

Tempo de exercicio na área da gestão (data de inicio de funções)

Dia / Mês / ANO

Tempo no atual serviço (data do inicio de funções no serviço atual)

Dia / Mês / ANO

Detentor de especialidade

- Sim
- Não

Área de especialidade

Grau académico

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

GRUPO II - Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem

(Adaptado: Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem (EPTGE)
Autores: MARTINS, MM; GONÇALVES, MN.)

Pedimos que com base na sua experiência profissional enquanto gestor e líder de Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria, exprima a sua opinião relativamente à frequência com que realiza as atividades identificadas e ao tempo consumido na realização das mesmas atendendo à escala de 1 a 4.

1 - Nunca faço; 2- Faço poucas vezes; 3 - Faço muitas vezes; 4 - Faço sempre.

1 - Não ocupo tempo; 2 - Ocupo pouco tempo; 3 - Ocupo algum tempo; 4 - Ocupo muito tempo.

Frequência das atividades

- 1- Nunca Faço esta atividade;
- 2- Faço esta atividade poucas vezes;
- 3- Faço esta atividade muitas vezes;
- 4- Faço esta atividade sempre.

Gestão do tempo

- 1- Não ocupa tempo;
- 2 - Ocupa pouco tempo;
- 3 - Ocupa algum tempo;
- 4 - Ocupa a maior parte do tempo.

				Prática Profissional, Ética e legal									
1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Preocupa-se com os valores dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1	2	3	4	Gestão de Cuidados	1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Promove a tomada de decisão clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanha a execução de cuidados de forma planeada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Orienta cuidados de maior complexidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Contribui para o desenvolvimento das boas práticas através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Garante ambiente seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1	2	3	4	Gestão de recursos humanos	1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Promove reuniões com os enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Assiste à passagem de turno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avalia o desempenho dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Intervenção Política e Assessoria								
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Participa no planeamento estratégico do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elabora relatórios de serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Desenvolvimento Profissional								
1	2	3	4		1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Promove a enfermagem baseada na evidência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Promove a formação formal e informal da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estimula os enfermeiros à autoformação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Faça um comentário positivo sobre a atividade na área da gestão

Faça um comentário negativo sobre a atividade na área da gestão

Muito obrigado pela sua participação. Caso pretenda o conhecimento dos resultados da investigação, por favor contacte via email: rualferes@gmail.com

Anexo - II Despacho do Conselho Técnico Científico Da ESEP relativo ao Pedido de Admissão

Exmos.(as) Senhores (as),

Exmos.(as) Senhores (as),

Relativamente ao assunto em epígrafe, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico de 11/11/2019:

«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 com as seguintes alterações na orientação da dissertação: como orientadora da dissertação a Professora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins (Professora Coordenadora da ESEP), e como coorientadora a Professora Maria Margarida Reis Santos Ferreira (Professora Coordenadora da ESEP), tendo ambas as docentes aceite a alteração. Fica registado o tema.»

Com os meus melhores cumprimentos.

Otilia Barbosa
Secretariado do Conselho Técnico-Científico
E-mail: secretariado.ctc@esenf.pt



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00 Ext. 190
Fax +351 22 509 63 37

Anexo - III Autorizações das comissões de Ética

Bom dia Srs. Enfermeiros

Vem esta informar que todos os documentos se encontram reunidos para que o projeto proposto se desenrole na nossa instituição.

Apenas estivemos a aguardar a indicação do tutor interno para orientação na instituição.

O tutor interno será a Sr^ª Enf.^ª Chefe do Departamento de Saúde Mental Antonieta Domingues.

Envio o endereço da Sr^ª Enf^ª para que a contactem, com o fim de agendarem o trabalho

Darei início à recolha das autorizações internas, não invalidando o contacto com a Sr^ª Enf^ª Antonieta Domingues

maria.a.domingues@hff.min-saude.pt

Com os melhores cumprimentos

Paula Madaleno/Dina Pereira

Gabinete de Apoio à Unidade de Investigação Clínica

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE

IC 19 - Venteira | 2720-276 Amadora | Portugal

Tlm: | Tel:214348260 | Geral/Fax: 214 348 200 / 214 345 566

[\[uic@hff.min-saude.pt\]](mailto:uic@hff.min-saude.pt)

Boa tarde,

Após parecer da Comissão Científica e Pedagógica do CHPL e por Deliberação do Conselho Diretivo, vimos informar que foi autorizada a divulgação do questionário em plataforma digital relativo ao tema “Gestor de Enfermagem: das atividades á utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria”, pelo que enviamos o nosso mail para recepcionar o respetivo link/questionário por forma a podermos reencaminhar para os enfermeiros gestores do CHPL (internamento completo e parcial e consultas).

idaliacardoso@chpl.min-saude.pt

Com os melhores cumprimentos,
Pela Comissão Científica e Pedagógica do CHPL
Idália Cardoso
Enfermeira Gestora

Com os melhores cumprimentos,

Celia Novo Monteiro

Assistente Técnica

Exmo. /a Senhor/a
Enfermeiro Rui Alferes
Enfermeira Luísa Pires

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, em conformidade com o parecer da Senhora Enfermeira Diretora, Enf.ª Nélia Faria e da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do trabalho de investigação e que o mesmo se encontra autorizado.

Mais me incumbiu a Senhora Enfermeira Diretora de remeter a V/Exas. o contacto de correio eletrónico da Senhora Enfermeira Gestora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Enf.ª Alzira Ferreira:

Email: alzira.ferreira@ulsguarda.min-saude.pt

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Machado

Secretariado do Conselho de Administração

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, E.P.E. | LOCAL HEALTH UNIT OF GUARDA

Av. Rainha D. Amélia, 5/N
6300-858 Guarda, PORTUGAL
TEL +351 271 210 840 FAX +351 271 223 104

www.ulsguarda.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

*As em nome
Autorizações*
Enf.ª Carina Portugal
Enfermeiro Diretor
20-12-19

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	03/16/12/2019
Designação	Pedido de autorização à Comissão de Ética do CHTV para realização do estudo subordinado ao tema "Gestores de enfermagem: das atividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria".
Coordenador(a) Principal	Paula Pires Rui Paulo Alferes
Data do documento	27 novembro 2019
Data de Entrada na CES	04 Dezembro 2019
Data de Deliberação CES	16 Dezembro 2019

Analisado o pedido de autorização à Comissão de Ética do CHTV para realização do estudo subordinado ao tema "Gestores de enfermagem: das atividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria", a realizar pelos alunos do curso de mestrado direção e chefia em serviços de enfermagem do Porto, Paula Pires e Rui Alferes sob orientação da Professora Doutora Manuela Martins, esta CES, deliberou que o mesmo não envolve doentes, pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 16/12/2019

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Boa tarde Dr.ª Luísa,

A Comissão de Ética e o Enfermeiro Diretor, Enf. João Formiga, já se pronunciaram e o parecer é favorável.

O Enfermeiro Diretor tinha apenas uma sugestão relativamente à abrangência do estudo e que seria pertinente se fosse possível o alargamento a outros gestores, até porque as conclusões se restringirão a uma população específica e seria interessante generalizá-las.

Face a esta informação, não sei se pretendem entrar em contacto com o Enfermeiro Diretor, para esclarecimentos adicionais.

Aproveito para perguntar quais os próximos passos e se implicam o envolvimento do Hospital de Santarém.

Ao dispor.

Com os meus melhores cumprimentos,

Marta Bacelar

Gabinete de Investigação



HOSPITAL DISTRIAL DE SANTARÉM, EPE

Av. Bernardo Santarém, 2005-177 Santarém, PORTUGAL

TEL +351 243 300 883 MÓVEL +351 92 441 27 30 | Ext. 5167 FAX +351 370 220

www.hds.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

At CA
Maria Elisa Brissos
Enfermeira Diretora
28/01/2020

Título do Projeto: Gestor de enfermagem das atividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiátrica

Nome: Luisa Paula Silva Pires Alferes/ Rui Paulo Asseiro Alferes

Instituição: Hospital Espírito Santo de Évora, EPE

Investigador Responsável/Orientador: Maria Manuela Martins

Enquadramento Académico: Mestrado

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão Sim Não
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados Sim Não
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos Sim Não
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes Sim Não

Autenticação
Ata n.º 3 de 28, 01, 20
O Conselho de Administração
Maria Manuela Martins
Presidente
Francisco Chalça
Vogal
Luis Cavaco
Vogal
Maria Elisa Brissos
Enfermeira Diretora
Isabel Pito
Diretora Clínica

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável X

Condicional

NOTAS:

Data: 16/01/2020

O Presidente da Comissão de Ética
Rui Rosado
(Dr. Rui Rosado)

Senhores Enfermeiros Luisa Alferes e Rui Alferes, mestrandos,

Venho informar que a proposta de investigação, no âmbito do curso de mestrado de Direcção e Chefia de Serviços em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, intitulada *Gestor de Enfermagem: das actividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria*, foi autorizada a 28.02.2020 pelo Conselho de Administração do CHUA.

Desta forma, a investigação, no que respeita ao CHUA, pode ser desenvolvida, tal como foi proposta, através do envio de questionário para os seguintes endereços institucionais dos Enfermeiros Gestores dos Serviços de Psiquiatria:

enfchosoint@chalarve.min-saude.pt

ecserosi@chalarve.min-saude.pt

Devem informar-nos quando derem por concluída a investigação. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

☒ Emanuel Mourão.

Enfermeiro

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC)

- Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem (NFIE)

Unidade Hospitalar de Faro

289001900, exts 11530/11534; cfic-nfie@chalarve.min-saude.pt



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

Boa tarde Sr.ª Enf.ª. Luísa Pires, e Enf. Rui Alferes

Começo por agradecer o contacto que connosco estabeleceste no âmbito de um estudo de investigação.

Informo que dispõem de autorização para implementação do projeto.

Seguem os emails institucionais dos enfermeiros com funções de coordenação:

- Antonio.ferreira@isjd.pt
- Ana.silva@isjd.pt
- Rui.marques@isjd.pt
- Monica.murraceira@isjd.pt
- David.pinto@isjd.pt
- Vitoria.paiva@isjd.pt
- Sara.ramos@isjd.pt
- Ivo.silva@isjd.pt
- Joao.cabral@isjd.pt

Com os melhores cumprimentos,



Luís Gens

Diretor de Enfermagem

INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Casa de Saúde do Telhal – Mem Martins

Estrada do Telhal | 2775-588 Mem Martins

Tel.: (+351) 219 179 200 | Fax: (+351) 219 162 702



luis.gens@isjd.pt

www.isjd.pt

Aviso legal: Esta mensagem é destinada exclusivamente ao destinatário. Pode conter informação confidencial ou legalmente protegida. A incorreta transmissão desta mensagem não significa a perda da confidencialidade. Se esta mensagem for recebida por engano, por favor avise de volta para o remetente e apague o seu sistema de imediato. É proibido a qualquer pessoa que não o destinatário de usar, revelar ou distribuir qualquer parte desta mensagem. Antes de imprimir esta e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer. Há cada vez menos árvores.

Direção Enfermagem CSI <dir_enf.csi@irmashospitaleiras.pt>

Bom dia Srs. enfermeiros

Faço votos que o vosso estudo corra bem.


No dia em que falei com a Sra. enfermeira Luísa dei uma informação incorreta. O total de enfermeiros Gestores sem Unidade de Saúde Mental e Psiquiatria são 6 (o nº que dei foi o total de enfermeiros Gestores)

Envio em anexo uma Declaração de Compromisso que peço o favor de fazerem chegar assinada.

Com os melhores cumprimentos

Alda Ramos

dir_enf.csi@irmashospitaleiras.pt



Irmãs Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE DA IDANHA

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO REFERENTE À EXECUÇÃO E DIVULGAÇÃO DO ESTUDO

Eu, Luisa Paula da Silva Pires Alferes e Rui Paulo Asseiro Alferes, alunos Do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, declaro que todos os processos do estudo "Gestor de Enfermagem das atividades à utilização do tempo", serão realizados por mim ou pela equipa que coordeno, tal como descrito no projeto de investigação/ Protocolo do Estudo previamente enviado para a Vossa instituição.

Declaro ainda que:

1. Farei menção à Casa de Saúde Irmãs Hospitaleiras – Idanha, na seção de agradecimentos, em todas as publicações que forem efetuadas com este estudo;
2. Irei enviar-vos todas as referências de eventuais publicações deste estudo;
3. Estarei disponível, em data a acordar, para apresentar uma breve comunicação sobre o estudo no Vosso estabelecimento de saúde, quando este estiver finalizado;
4. Deixarei uma cópia com os resultados do estudo referentes às pessoas atendidas no estabelecimento de saúde (quando aplicável).

Porto, 28, Janeiro de 2010

O Investigador

Luisa Paula da Silva Pires Alferes.
Rui Paulo Alferes

89.01
Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus



No âmbito do Curso de Mestrado Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem, Paula Pires e Rui Paulo Alferes, enquanto alunos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vêm solicitar a sua colaboração no estudo que se encontram a desenvolver "Gestores de enfermagem: das atividades à utilização do tempo em Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria", sob orientação da Sr^a Professora Doutora Manuela Martins.

O enfermeiro gestor é o responsável, em primeira linha pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde (OE, 2018).

Este questionário destina-se a identificar as atividades priorizadas pelos Enfermeiros Gestores em Saúde Mental e Psiquiatria exigidas pelos contextos da prática, inseridas no seu campo ação e qual o tempo despendido na execução das mesmas.

Garantimos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um caráter confidencial, cujo preenchimento requer no máximo 5 minutos.

Para esclarecimento de eventuais duvidas: rualferes@gmail.com

Grupo I - Caracterização

Área da atuação

- Internamento Completo
- Consultas
- Internamento parcial

Natureza do serviço onde trabalha

- Unidades de Agudos
- Unidades de crónicos
- Estáveis (seguimento em consultas e ambulatório)

Dotação do serviço

- Média de atendimento diário
- Taxa de ocupação anual

Número de enfermeiros do serviço

Serviço Acreditado

- Sim

- Não

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Idade (data de Nascimento)

Dia / Mês / ANO

Tempo de exercício profissional (data de admissão)

Dia / Mês / ANO

Tempo de exercício na área da gestão (data de início de funções)

Dia / Mês / ANO

Tempo no atual serviço (data do início de funções no serviço atual)

Dia / Mês / ANO

Detentor de especialidade

- Sim
- Não

Área de especialidade

Grau acadêmico

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado

GRUPO II - Escala de Percepção do Trabalho do Gestor em Enfermagem
(Adaptado: Escala de Percepção do Trabalho do Gestor em Enfermagem (EPTGE) Autores: MARTINS, MM; GONÇALVES, MN.)

Pedimos que com base na sua experiência profissional enquanto gestor e líder de Unidades de Saúde Mental e Psiquiatria, exprima a sua opinião relativamente as atividades identificadas e ao tempo consumido na realização das mesmas atendendo à escala de 1 a 4.

Gestão do tempo

- 1- Não faço esta atividade;
- 2- Faço esta atividade poucas vezes;
- 3- Faço esta atividade muitas vezes;
- 4- Faço esta atividade sempre.

Prática Profissional, Ética e legal	1	2	3	4
Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se com os valores dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gestão de Cuidados	1	2	3	4
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Promove a tomada de decisão clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanha a execução de cuidados de forma planeada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienta cuidados de maior complexidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante ambiente seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gestão de recursos humanos	1	2	3	4
Promove reuniões com os enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assiste à passagem de turno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia o desempenho dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atua como formador na equipe multi e intra disciplinar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Intervenção Política e Assessoria	1	2	3	4
Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa no planeamento estratégico do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elabora relatórios de serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Desenvolvimento Profissional	1	2	3	4
Promove a enfermagem baseada na evidência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove a formação formal e informal da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula os enfermeiros à autoformação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Faça um comentário positivo sobre a atividade na área da gestão

Faça um comentário negativo sobre a atividade na área da gestão

Esta é uma pergunta obrigatória

Muito obrigado pela sua participação. Caso pretenda o conhecimento dos resultados da investigação, por favor contacte via email:

rualferes@gmail.com inferior do formulário

Anexo - V pedido de solicitação para a devida utilização de escala



Declaração

Eu Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem e membro efetivo da comissão Coordenadora e Científica do Doutoramento em Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto, autora principal da escala PERCEÇÃO DO TRABALHO DO GESTOR EM ENFERMAGEM (2018), informa que autoriza a utilização da escala para fins de investigação.

Porto, 09 de Março 2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins', is positioned below the date.

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins