

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

Dissertação de Natureza Científica

**Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem –  
Influência no *Burnout* dos Enfermeiros**

**Iolanda Sofia da Fonseca Santos**

**Lisboa**

**2017**



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

Dissertação de Natureza Científica

**Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem –  
Influência no *Burnout* dos Enfermeiros**

**Iolanda Sofia da Fonseca Santos**

Orientador: Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública







*“Era uma vez um Beija-Flor que fugia de um incêndio juntamente com todos os animais da floresta. Só que o Beija-Flor fazia uma coisa diferente: apanhava gotas de água de um lago e atirava-as para o fogo. A águia, intrigada, perguntou: “Ô bichinho, achas que vais apagar o incêndio sozinho com estas gotas?” – “Sozinho, sei que não vou”, respondeu o Beija-Flor, “mas estou a fazer a minha parte.”*

(Wangari Maathai – Prémio Nobel da Paz, 2004)

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer ao Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas, pela paciência, disponibilidade, orientação, colaboração e apoio, e por me motivar e tornar possível a realização desta dissertação, que se tornou um verdadeiro desafio, e uma experiência gratificante.

Agradeço à Enfermeira Diretora, e respetiva Instituição Hospitalar, pela autorização e oportunidade de poder realizar este estudo, bem como a todos os enfermeiros responsáveis pelos serviços que facilitaram a aplicação dos questionários, e a todos os enfermeiros que colaboraram respondendo a esses mesmo questionários, sem eles não seria possível a concretização desta etapa.

Quero ainda agradecer aos meus colegas, tanto académicos como profissionais, pelo apoio e incentivo que me foram transmitindo ao longo desta etapa.

## **DEDICATÓRIA**

À minha família e amigos, tão importantes em todo o percurso de vida, não sendo diferente nesta fase acadêmica/profissional, pelo seu importante contributo, apoio, compreensão, incentivo, motivação e paciência, demonstrados diariamente.

A alguém que perdi fisicamente no ano de 2016, mas que acredito continuar presente e a dar-me forças no meu dia-a-dia, ajudando-me na conclusão deste projeto. Obrigada Vó Saudade.

## LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

**CIE** – Conselho Internacional de Enfermeiros

**CNQ** – Conselho Nacional da Qualidade

**DR** – Diário da República

**IBM** – *Inventory Burnout Maslach*

**IQS** – Instituto da Qualidade em Saúde

**MAC** – *Media Access Control*

**MAR** – Modelo de Adaptação de Roy

**MBI** – *Maslach Burnout Inventory*

**NREM** – *Nurse Role Effectiveness Model*

**NWI-R** – *Nursing Work Index-Revised*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

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

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**SQS** – Sistemas de Qualidade em Saúde

## RESUMO

Os profissionais de saúde, mais concretamente da área específica de Enfermagem, têm enfrentado algumas dificuldades e desafios no que diz respeito à boa prestação de cuidados, entre eles, garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, num ambiente de trabalho, que nem sempre é o mais favorável para o seu desempenho profissional. Existem Instituições de Saúde que têm tudo isso em consideração, e procuram oferecer às equipas de enfermagem autonomia, colaboração entre a equipa multidisciplinar, o bom relacionamento entre a equipa de enfermagem e equipa médica, e o controlo sobre o ambiente, resultando em algo benéfico para os utentes, como um ambiente seguro e melhor qualidade nos cuidados prestados. Este estudo é pioneiro no Centro Hospitalar X, tendo como **pergunta de investigação** “será que as características do ambiente organizacional de cuidados, influenciam o *burnout* dos enfermeiros, em contexto hospitalar?”.

O **objetivo geral** foi:

- Analisar a influência das características organizacionais no *burnout* dos enfermeiros em contexto hospitalar,

e os **objetivos específicos** foram:

- Identificar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros mais valorizadas pelos enfermeiros da unidade hospitalar;
- Caracterizar os atributos organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na unidade hospitalar;
- Descrever as dimensões do *burnout* dos enfermeiros em contexto hospitalar;
- Identificar a relação entre as características do ambiente da prática profissional e o *burnout* dos enfermeiros.

Trata-se de um estudo Quantitativo, Observacional Descritivo e Transversal e Correlacional, realizado a enfermeiros de todos os Serviços de Medicina Y. Dos 110 enfermeiros que foram convidados a compor a amostra, colaboraram respondendo aos questionários, 80 enfermeiros, dos quais 62,72% eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 55, tendo a maioria 29 anos. Quanto às habilitações literárias, 60% são licenciados, desenvolvendo a sua atividade profissional há uma média de 5,48 anos. Os critérios de inclusão no estudo foram a

categoria profissional, cuja importância relaciona-se com o exercício de atividade assistencial no serviço específico, o tempo de atividade profissional e o tempo de atividade profissional na organização. As dimensões do ambiente da prática profissional de enfermagem estudadas foram: a Autonomia, o Controlo sobre a Prática Profissional, a Relação Multidisciplinar e o Suporte Organizacional, as quais apresentaram média positivas, entre os 3,23 e 3,83, ou seja, o ambiente da prática profissional foi considerado favorável, uma vez que a média global de concordância dos enfermeiros, no momento em que o mesmo foi realizado, foi superior a 3,00. O *burnout* foi avaliado segundo as dimensões: Exaustão Emocional, Realização Pessoal e Despersonalização, com valores médios entre 3,08 e 4,95, com baixo risco de *burnout*. Verificou-se uma relação baixa entre as dimensões do *NWI-R* e do *MBI*, concluindo-se que para os enfermeiros participantes no presente estudo, e no momento em que o mesmo foi realizado, a relação entre as características do ambiente da prática profissional de enfermagem e a influência no *burnout* dos enfermeiros é praticamente inexistente. A colheita de dados foi realizada com o auxílio do questionário de Aiken, L.H. & Patrician, P. – Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index, e do Inventário de *Burnout* de Maslach, de Christina Maslach e Susan Jackson, ambos versão portuguesa, autorizados pela linha de investigação da ESEL. Para a realização da análise, utilizou-se o programa informático IBM SPSS Statistics para MAC.

**Palavras-Chave:** Cuidados de enfermagem, Resultados, *Burnout*, Ambiente da Prática de Enfermagem, Gestão em Enfermagem

## ABSTRACT

Health professionals, more specifically in the specific area of Nursing, have faced some difficulties and challenges with regard to good care delivery, among them, to ensure the safety and quality of care provided, in a work environment, which is not always the most favorable for your professional performance. There are Health Institutions that take all this into consideration, and seek to offer nursing teams autonomy, collaboration among the multidisciplinary team, good relationship between the nursing team and the medical team, and control over the environment, resulting in something beneficial for the users, as a safe environment and better quality in the care provided. This study is pioneering in the Hospital Center X, having as a **research question** "will the characteristics of the organizational environment of care influence nursing burnout in a hospital context?"

The **overall goal** was:

- To analyze the influence of organizational characteristics on the burnout of nurses in hospital context,

And the **specific objectives** were:

- Identify the characteristics of the environment of the professional practice of the nurses most valued by the nurses of the hospital unit;
- Characterize the organizational attributes of nurses' professional practice environment in the hospital unit;
- Describe the dimensions of nursing burnout in a hospital setting;
- Identify the relationship between the characteristics of the professional practice environment and the nursing burnout.

This is a Quantitative, Descriptive and Transversal and Correlational Study, carried out to nurses of all Y Medicine Services. Of the 110 nurses who were invited to compose the sample, 80 nurses collaborated, responding to the questionnaires, of which 62.72 % were female, between the ages of 23 and 55, the majority being 29 years old. As for literacy, 60% are licensed, developing their professional activity for an average of 5.48 years. The inclusion criteria in the study were the professional category, whose importance is related to the exercise of care activity in the specific service, the time of professional activity and the time of professional activity in the organization. The dimensions of the nursing professional environment studied were: Autonomy, Control over Professional Practice, Multidisciplinary Relation and

Organizational Support, which presented a positive average, between 3.23 and 3.83, that is, the Environment of the professional practice was considered favorable, since the overall mean of agreement of the nurses, at the time it was performed, was higher than 3.00. Burnout was assessed according to the dimensions: Emotional Exhaustion, Personal Realization and Depersonalization, with mean values between 3, 08 and 4.95, with a low risk of burnout. There was a low relation between the dimensions of the NWI-R and the MBI. It was concluded that for the nurses participating in the present study, at the time it was carried out, the relationship between the characteristics of the environment of the professional practice of nursing and the influence on nursing burnout is practically non-existent. Data were collected with the help of the questionnaire from Aiken, L.H. & Patrician, P. - Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index, and the Maslach Burnout Inventory, by Chistina Maslach and Susan Jackson, both Portuguese version, authorized by the ESEL research line. To perform the analysis, the IBM SPSS Statistics for MAC software was used.

**Key words:** Nursing Care, Outcomes, *Burnout*, Nursing Practice Environment, Nursing Management

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b><u>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u></b> .....	4
<b>1 – GESTÃO EM ENFERMAGEM</b> .....	5
<b>2 – AMBIENTE ORGANIZACIONAL DA PRÁTICA DOS CUIDADOS</b> .....	18
<b>3 – <i>BURNOUT</i> DOS ENFERMEIROS</b> .....	25
<b><u>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO</u></b> .....	29
<b>1 – METODOLOGIA</b> .....	30
<b>1.1- Pergunta de Investigação e Objetivos</b> .....	30
<b>1.2- Tipo de Estudo</b> .....	30
<b>1.3- Caracterização da População Alvo e da Amostra</b> .....	31
<b>1.4 – Instrumentos de Colheita de Dados</b> .....	33
<b>1.5 – Questões Éticas</b> .....	38
<b>1.6 – Limitações do Estudo</b> .....	38
<b>2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	39
<b>CONCLUSÃO</b> .....	56
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	59
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice 1 – Carta de Autorização	
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 – Questionário	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição dos Enfermeiros por Sexo .....	39
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional .....	41
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros para a Dimensão Autonomia .....	44
<b>Gráfico 4.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros para a Dimensão Controlo sobre o Ambiente da Prática Profissional .....	45
<b>Gráfico 5.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros para a Dimensão Relação Multidisciplinar .....	46
<b>Gráfico 6.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros para a Dimensão Suporte Organizacional .....	47
<b>Gráfico 7.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros em Relação à Dimensão Exaustão Emocional .....	50
<b>Gráfico 8.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros em Relação à Dimensão Realização Pessoal .....	51
<b>Gráfico 9.</b> Distribuição das Respostas dos Enfermeiros em Relação à Dimensão Despersonalização .....	51

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Serviços Participantes no Estudo e Questionários Entregues e Recolhidos .....	32
<b>Tabela 2.</b> Descrição das Dimensões do <i>Nursing Work Index-Revised</i> e Distribuição dos Itens da Escala pelas Dimensões .....	34
<b>Tabela 3.</b> Descrição das Dimensões do <i>Maslach Burnout Inventory</i> e Distribuição dos Itens da Escala pelas Dimensões .....	36
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos Enfermeiros por Idades .....	40
<b>Tabela 5.</b> Distribuição dos Enfermeiros por Habilitações Literárias .....	40
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos Enfermeiros por Tempo de Atividade Profissional .....	42
<b>Tabela 7.</b> Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Atividade Profissional na Organização .....	42
<b>Tabela 8.</b> Medidas Descritivas das Dimensões do <i>Nursing Work Index-Revised</i> .....	48
<b>Tabela 9.</b> Medidas Descritivas das Dimensões do <i>Maslach Burnout Inventory</i> .....	52
<b>Tabela 10.</b> Pontos de Corte do <i>Maslach Burnout Inventory</i> para as Profissões relacionadas com a Medicina .....	53
<b>Tabela 11.</b> Interpretação dos Valores de <i>r</i> de Pearson .....	53
<b>Tabela 12.</b> . Correlação entre as Dimensões do <i>Nursing Work Index-Revised</i> e do <i>Maslach Burnout Inventory</i> .....	54

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Cascata de Competências Organizacionais .....	8
<b>Figura 2.</b> <i>Nursing Role Effectiveness Model</i> .....	16

## INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde prestados aos utentes, pelos enfermeiros, têm adquirido um importante papel, não apenas ao nível do reconhecimento social, mas na gestão de recursos das áreas hospitalares e por conseguinte na melhoria da qualidade de vida desses mesmos utentes, pelo que é importante compreender se o ambiente da prática profissional dos enfermeiros, influencia ou não, essa mesma qualidade.

A qualidade dos cuidados de saúde prestados é uma preocupação constante dos enfermeiros, como grupo profissional mais representativo no sector da saúde (sobretudo a nível hospitalar), pois assumem na prestação de cuidados o compromisso de assegurar a excelência dos cuidados aos seus utentes.

A prestação desses mesmos cuidados exige conhecimentos teóricos, experiência prática e saber comprovado. Todavia, a envolvência do ambiente da prática profissional raramente é avaliada naquilo que podem ser os resultados obtidos pela sua existência.

Com o desenvolvimento desta dissertação de mestrado, pretendeu-se estudar se as características do ambiente organizacional de cuidados, influenciam o *Burnout* dos enfermeiros em contexto hospitalar, e tem por base a utilização do questionário de Aiken, L.H., Patrician, P. – Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49 (3). 2000, já validado para o contexto cultural português, e também do Inventário de *Burnout* de Maslach, elaborado por Christina Maslach e Susan Jackson (1981).

Pretendeu-se assim saber a opinião dos enfermeiros face a esta temática, e de que forma o ambiente da prática profissional influencia os resultados da qualidade dos cuidados prestados aos utentes internados nos serviços de Medicina Y, do Centro Hospitalar X.

Para isso, delineou-se a seguinte **Pergunta de Investigação**: “Será que as características do ambiente organizacional de cuidados, influenciam o *burnout* dos enfermeiros, em contexto hospitalar?”

Este estudo, tem como **objectivo geral**:

- Analisar a influência das características organizacionais no *burnout* dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Quanto aos **objectivos específicos** pretendeu-se:

1. Identificar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros mais valorizadas pelos enfermeiros da unidade hospitalar;
2. Caracterizar os atributos organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na unidade hospitalar;
3. Descrever as dimensões do *burnout* dos enfermeiros em contexto hospitalar;
4. Identificar a relação entre as características do ambiente da prática profissional e o *burnout* dos enfermeiros.

O estudo realizado é Quantitativo, Observacional Descritivo e Transversal, e Correlacional.

Estruturalmente, este trabalho está organizado em duas partes: a primeira consiste no Enquadramento Teórico e a segunda parte é relativa ao Trabalho Empírico. A Parte I, o **Enquadramento Teórico**, está subdividida em três capítulos:

O **Capítulo 1**, aborda a temática gestão de enfermagem e o papel da teórica Florence Nigthingale na evolução do papel da gestão nos cuidados de enfermagem e engloba a descrição de alguns conceitos essenciais para uma melhor perceção da temática em causa, fundamentada por autores e estudos reconhecidos, que dão ênfase sobretudo à importância dos cuidados de enfermagem, e a qualidade com que são prestados pelos enfermeiros.

O **Capítulo 2**, descreve um enquadramento teórico direccionado para a temática ambiente profissional e a sua influência nos cuidados aos utentes, bem como o surgimento da escala de prática ambiental do índice de trabalho de enfermagem, *The Revised Nursing Work Index (NWI-R)*.

O **Capítulo 3**, incide sobre o *burnout*, e de que forma pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, com base na utilização do Inventário de *Burnout* de Maslach (*MBI*).

A Parte II, o **Trabalho Empírico**, tem início com o **Capítulo 1**, onde é descrita a metodologia utilizada, a pergunta de investigação e objetivos, o tipo de estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos de colheita de dados, as questões éticas e as limitações do estudo

Esta parte, termina com o **Capítulo 2**, e respectivas apresentação, análise e discussão dos resultados do estudo.

Por fim, destaca-se a conclusão, onde, de uma forma sintetizada, são evidenciados os principais “pontos” do estudo, seguindo-se as referências bibliográficas que serviram de fonte teórica para este projeto de investigação/dissertação de mestrado.

Em anexo constam os dois questionários aplicados à amostra deste estudo.

Esta dissertação foi elaborada segundo as normas APA, de acordo com as descritas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NP 450) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2017).

# **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. GESTÃO EM ENFERMAGEM

A origem da gestão remonta a alguns séculos, e foi com o início do capitalismo industrial, que se criou uma sociedade com interesse próprio e com contratos de trabalho entre empregador e empregado, altura em que a gestão se tornou relevante e imprescindível (Ferreira 2012, p.57), e é no século XX que Frederick Taylor e Henri Fayol, ambos engenheiros, desenvolvem trabalhos relacionados com a gestão, criando a Abordagem Clássica da Administração e dos princípios científicos para a gestão, essencialmente pela necessidade dos trabalhadores estarem cientes da maneira correta de desempenhar as suas funções e por sua vez, terem alguém que supervisionasse esse trabalho (Ferreira 2012, p.57).

A profissão de enfermagem tem sofrido ao longo de vários anos transformações na sua formação, sendo que Florence Nightingale, com o objetivo de melhorar as condições de vida humana, iniciou, na Inglaterra, a reforma da enfermagem, sendo reconhecida como protagonista de um projeto social da saúde, necessário no âmbito das transformações sociais na segunda metade do século XX, tendo como preocupações primordiais a administração de hospitais, a formação de enfermeiros e a educação em serviço (Formiga & Germano, 2005). A primeira escola de enfermagem foi fundada nesta época, iniciando-se um processo mais formal, evidenciando-se uma preparação formal e sistemática das enfermeiras (Abreu 2001; Tannure & Gonçalves 2008, citados por Augusto, 2013).

Pode então afirmar-se que a gestão em enfermagem, pode ser contextualizada historicamente desde essa altura, no momento da institucionalização da enfermagem por meio do trabalho de Nightingale, na Guerra da Crimeia, devido à necessidade de organizar e dirigir os hospitais de Scutari – Turquia, onde ficavam a maior parte dos feridos e enfermos de guerra, o que provocou fortes mudanças, como a diminuição da mortalidade, através da administração e assistência (Formiga & Germano, 2005).

Desde a importância demonstrada por Nightingale, a enfermagem tem absorvido funções de administração, quer a nível organizacional, quer a nível de unidade e de equipa. Para a realização de uma gestão de qualidade, é necessário que se reconheçam as transformações, no plano económico, político e tecnológico, o que nem sempre é fácil, o que faz com que no campo da gestão em enfermagem

tenha que se procurar uma mudança de paradigma, quer na gestão clínica quer na organizacional (Ferreira, 2012).

Nightingale relaciona a sua teoria com quatro principais conceitos:

- Enfermagem;
- Sociedade/Ambiente;
- Homem ou Indivíduo;
- Saúde/Doença.

O ambiente influencia a condição humana, com o trabalho de enfermagem, influenciando por sua vez, aquele ambiente, de modo que a saúde/doença passe a ser um processo reparador.

Cada um dos quatro principais conceitos causa impacto sobre o outro. A enfermagem influencia o ambiente humano, que por sua vez afeta a saúde. O indivíduo é afetado pelo ambiente e pelo profissional de enfermagem que influencia a saúde. A sociedade/ambiente causa impacto sobre o profissional e sobre a saúde do indivíduo. A Enfermagem tem como objetivo colocar o indivíduo numa condição favorável face à ação da natureza, que é influenciada pelo impacto do ambiente. A Sociedade/Ambiente, envolve as condições externas que afetam a vida e o desenvolvimento do indivíduo. O foco recai sobre: ventilação, calor, odor, ruído e iluminação. O Homem/ Indivíduo, possui as ferramentas necessárias para lidar com a doença, através de um processo reparador. Na Saúde/Doença, o foco recai sobre esse mesmo processo reparador de melhoria.

A função da gestão em enfermagem é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados, como aparece referenciado no Código Deontológico do enfermeiro na alínea d) do artigo 88 – *“assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”*.

O processo de gestão e o processo de cuidar, são dois conceitos distintos, enquanto o primeiro tem como objetivo a organização do trabalho e os recursos humanos necessários à efetivação do cuidado, o segundo é exatamente esse

Segundo Gaidzinski, Peres & Fernandes (2004), citados por Furukawa & Cunha (2010) “não há mais como negar a importância da função de gestão como elemento integrante do trabalho da enfermeira”, pelo que é de extrema relevância a definição e desenvolvimento das competências do enfermeiro gestor.

Apesar do tema competência ter vindo a ser, nos últimos anos mais evidenciado, sendo incluído nas discussões acadêmicas e empresariais, associado a diferentes instâncias de compreensão, no nível da pessoa (competência do indivíduo), das organizações (*core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências (Fleury & Fleury, 2000), na realidade o conceito de competência existe desde a Idade Média, e segundo Ruthes & Cunha (2007, p. 110), “era considerada como a capacidade de apreciar e julgar certas questões ou realizar determinados atos”.

Para Fleury & Fleury (2001, p.188), o conceito de competência está relacionado com um “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”.

Uma das primeiras referências para o movimento das competências na gestão de pessoas nas organizações foi de David McClelland (1973), que no artigo *Testing for competency rather than intelligence*, o conceito surge articulado com o de formação e mercado de trabalho. A competência, para este autor, é uma característica subjacente a um indivíduo, e encontra-se casualmente relacionada com o desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação. Distinguindo assim, competência de aptidão (talento natural do indivíduo, e que pode ser aprimorado de habilidades, demonstração de um talento particular na prática e conhecimentos) (Mirabile, 1997, citado por Fleury & Fleury, 2001).

Para além da existência das competências associadas às pessoas, é importante referir que existem outros autores que associam o conceito às equipas de trabalho e também às organizações, como é o caso de Chiavenato (2007), que defende que as competências organizacionais podem ser explicadas pela Cascata de Competências Organizacionais (figura 1), e na qual está representada uma hierarquia entre as competências essenciais, funcionais, gerenciais e individuais, também denominadas de pessoais.

**Figura 1 – Cascata de Competências Organizacionais**



Fonte: Chiavenato, 2007

As competências são interdependentes, articulando-se por forma a permitir resultados sistêmicos e adequados a cada organização, firmando-se nas competências individuais, resultando assim em melhoria da qualidade.

O enfermeiro gestor é peça chave na excelência dos cuidados e por conseguinte na qualidade dos mesmos, e tal como é definido no ponto 3.6 dos padrões de qualidade – a organização dos cuidados de enfermagem,

*“Na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, sendo elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem:*

- *A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;*
- *A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;*
- *A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;*
- *A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;*
- *O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;*

- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2002)

McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry (2012) evidenciam o papel do enfermeiro gestor, como um líder no caminho para a excelência e como um elemento fundamental na organização dos recursos existentes, criando um ambiente de segurança e excelência nos cuidados de enfermagem.

Balsanelli *et al* (2008), apontam como competências necessárias ao enfermeiro gestor:

- O ensino-aprendizagem;
- A gestão de recursos;
- A comunicação;
- O trabalho em equipa;
- A gestão integrada de processos;
- A tomada de decisão;
- A flexibilidade;
- A criatividade;
- O foco no cliente;
- A aquisição de conhecimento;
- O compromisso;
- O empreendedorismo;
- A liderança;
- A negociação;
- A visão estratégica.

Nos Estados Unidos da América, após algumas pesquisas, Sherman *et al* (2007) realizaram um estudo pelo *Nursing Leadership Institute*, com enfermeiros de gestão, resultando no desenvolvimento de um modelo de competência orientador para o planeamento académico e de formação contínua para enfermeiros gestores. Decorrente dos resultados desta investigação, os autores referem seis categorias de competência:

- Poder pessoal;
- Efetividade interpessoal;
- Gestão financeira;

- Gestão de recursos humanos;
- Cuidados (com o *staff*, utentes e consigo mesmo);
- Pensamento sistematizado,

e como atributos adicionais são apresentados o otimismo e a resiliência.

Para além destes resultados, outros também importantes surgiram com esta investigação, ou seja, concluiu-se que a falta de planeamento de carreira para os enfermeiros gestores e a necessidade de orientação formal no início da transição para a função, são evidenciadas pela falta de preparação dos enfermeiros gestores, melhorando gradualmente os seus conhecimentos e exercício da sua função, por meio de tentativa erro (Sherman *et al*, 2007).

Ainda assim, este modelo demonstra as competências, envolvendo os aspetos pessoais, do grupo e da organização, facultando aos colaboradores maior responsabilidade, por desenvolver capacidades valorizadas, fornecendo-lhe as informações de que necessita para definir, medir e alcançar a competência pretendida, delegando-lhe responsabilidade sobre a evolução na sua própria carreira (Marx, 2006).

No seguimento dos resultados deste estudo, é importante assinalar a importância da atualização constante das competências de gestão, dado que sofrem alterações com o passar dos tempos (Chiavenato, 2007), exigindo o desenvolvimento de habilidades operacionais, e a capacidade do gestor em lidar com as dinâmicas internas e externas das organizações, através do desenvolvimento de atitudes, valores e visões, adaptadas ao mundo envolvente (Dias & Paiva, 2011).

Nas suas competências, os enfermeiros gestores têm como objetivo a qualidade da saúde dos doentes e do exercício profissional dos enfermeiros nos serviços de saúde, assumindo o compromisso da criação de ambientes favoráveis à reflexão, assegurando a implementação e manutenção dos padrões de qualidade de enfermagem, e por conseguinte, a melhoria contínua dos cuidados prestados à população (Diário da República, 2015). São descritas as competências do domínio da gestão, e apresentadas neste jornal oficial da República Portuguesa, no artigo 5.º, da seguinte forma: o gestor,

- a) Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera;*
- b) Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;*

- c) Gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;*
- d) Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;*
- e) Garante a prática profissional baseada na evidência.*

Os padrões de qualidade servem então como instrumento para essa melhoria contínua da qualidade, e neste caso, na qualidade dos cuidados de enfermagem, existindo consenso da necessidade de implementação de Sistemas de Qualidade em Saúde (SQS), apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2002).

A preocupação com a temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde em geral. Deste modo, a gestão pela qualidade assume um papel fundamental na área da saúde, caracterizando-se, sobretudo, pela focalização nos utilizadores, excelência, efetividade e eficiência dos serviços.

Uma organização deve ter bem definida a sua missão e o seu papel perante a sociedade através das suas boas práticas, pelo que os padrões de qualidade de cada grupo profissional que integram essa mesma organização, devem também estar bem explícitos, para que exista uma adequada estratégia de atuação.

A enfermagem enquanto profissão deve garantir a qualidade do serviço prestado, tendo o compromisso de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Os padrões de qualidade surgem com a necessidade de uniformizar a prática do cuidado, protegendo as pessoas e dignificando a profissão. Para que se possa atingir a excelência dos cuidados de enfermagem, os padrões de qualidade devem estar aptos a serem medidos e avaliados, para que resultem em ganhos em saúde (OE, 2012).

Laschinger, Wong, Grau, Read & Stam (2011), dão ênfase à liderança transformacional para a melhoria da perceção de suporte organizacional, qualidade de cuidados e diminuição da intenção de abandono da organização, advertindo para a importância do papel dos enfermeiros na gestão de topo, para o fortalecimento das práticas de liderança dos gestores das unidades e por conseguinte, criarem ambientes mais adequados, da prática para os enfermeiros. Um bom

relacionamento entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros é a base para o empoderamento dos enfermeiros, resultando em baixos níveis de *burnout* e melhor satisfação profissional (Weber, E., Ward, J. & Walsh, T., 2015).

Os enfermeiros gestores, devem ser apoiados clínica e administrativamente e os enfermeiros, devem estar focados nas suas funções de enfermagem na prática profissional, com o objetivo de atingir e manter a melhoria na qualidade dos cuidados, e por conseguinte, a melhoria dos cuidados gerais aos utentes e suas famílias. O enfermeiro gestor, tem um papel preponderante, dentro da organização e a prestação de um atendimento de qualidade, que é o de possibilitar e proporcionar as ferramentas necessárias, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e futuros gestores (Weber, E., Ward, J. & Walsh, T., 2015).

De encontro a esta afirmação, a OE (2014), afirmam que as competências do enfermeiro gestor possibilitam o desenvolvimento de competências nos níveis individuais e funcionais, mobilizando pessoas para o alcance de resultados, estimulando o seu crescimento profissional, otimizando os recursos e atendendo às necessidades e expectativas dos utentes, envolvendo os novos líderes na organização, definindo os perfis de função, avaliando o desempenho, implementando estratégias de reconhecimento e recompensa e fomentando um feedback contínuo.

Canavarro (2000), ressalva que “o processamento de informação é um aspeto inerente à vida organizacional. Todas as organizações constituem-se como sistemas de comunicação e de tomada de decisão”.

O princípio base da gestão em saúde enfatiza a capacidade de implementar a mudança ao mesmo tempo que promove a melhoria contínua dos cuidados prestados, embora, o balanço entre a inovação e a gestão constitua um regulador importante na verdadeira gestão em saúde (Peak *et al*, 2005).

Existindo envolvimento de todos os colaboradores, neste caso, enfermeiros, com o mesmo empenho de obtenção de resultados de qualidade, os objetivos, a missão e a visão da organização, serão cumpridos/atingidos.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, emanados pela OE (2012), enfatizam que no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, e este na procura permanente da excelência do exercício profissional, previne complicações para a saúde dos utentes. São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros, a

identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do utente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.

Segundo a OE (2002), o enquadramento concetual dos padrões de qualidade, está estabelecido sobre quatro conceitos, são eles:

- A saúde;
- A pessoa;
- O ambiente;
- Os cuidados de enfermagem,

sendo a base de trabalho para o exercício profissional dos enfermeiros, incluindo os enfermeiros gestores, definindo assim cada conceito, como:

A saúde: é o estado e a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual, trata-se de um estado subjetivo (...) cada pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural;

A pessoa: é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, que interage com o ambiente, modificando-o e sofrendo influência dele em todo o seu processo de procura de equilíbrio e harmonia;

O ambiente: o que influencia e modifica cada pessoa, está relacionado com o meio onde estas vivem e se desenvolvem, e é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, condicionando e influenciando os estilos de vida, repercutindo-se no conceito de saúde;

Relativamente aos cuidados de enfermagem: estão centrados na relação interpessoal do enfermeiro com uma pessoa ou com um grupo de pessoas (família ou comunidade), que possuem quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual, que resultam das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, e visa prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando-se a satisfação das

necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, ajudando o utente a ser proactivo no seu projeto de saúde com o envolvimento das pessoas significativas (família, convivente significativo).

Todos estes cuidados de enfermagem, se resultarem de um planeamento de ações de enfermagem e saúde adequados, para a sistematização do processo de trabalho das organizações e serviços desta área, irá refletir-se na qualidade dos cuidados aos utentes (Lanzoni *et al*, 2009).

O desenvolvimento contínuo dos enfermeiros gestores dentro de uma organização pode ajudá-los a aumentar a satisfação entre os profissionais, relativamente ao seu papel, e por sua vez, diminuir o *burnout* dos enfermeiros. Sem habilidades e conhecimentos adequados, é difícil para os líderes de enfermagem projetarem e preservarem um ambiente de trabalho positivo. Líderes qualificados podem apoiar a consecução dos objetivos organizacionais através da manutenção dos profissionais experientes e criando ambientes que apoiem o o envolvimento, resultando em um melhor atendimento ao utente e melhoria dos cuidados prestados (Watkins, Corley, Cleeter, Moe, & Brockopp, 2014).

Nos padrões de qualidade, os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, procuram, de uma forma geral, explicitar a natureza da enfermagem e definir o mandato social da mesma. Existem seis categorias que emergem dos enunciados descritivos:

- A satisfação dos clientes;
- A promoção da saúde;
- A prevenção das complicações;
- O bem-estar e o autocuidado;
- A readaptação funcional;
- A organização dos cuidados de enfermagem.

A formulação dos enunciados descritivos, a partir dos conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, resulta num contributo essencial para o exercício profissional dos enfermeiros, na procura constante de cuidados de excelência e na garantia de melhoria contínua da qualidade desses mesmos cuidados.

Podemos afirmar, face a estes padrões, que o planeamento, a organização e a gestão em enfermagem, assumem aspetos relevantes a serem referidos, na medida em que a enfermagem insere-se nas principais ações de saúde, desde as

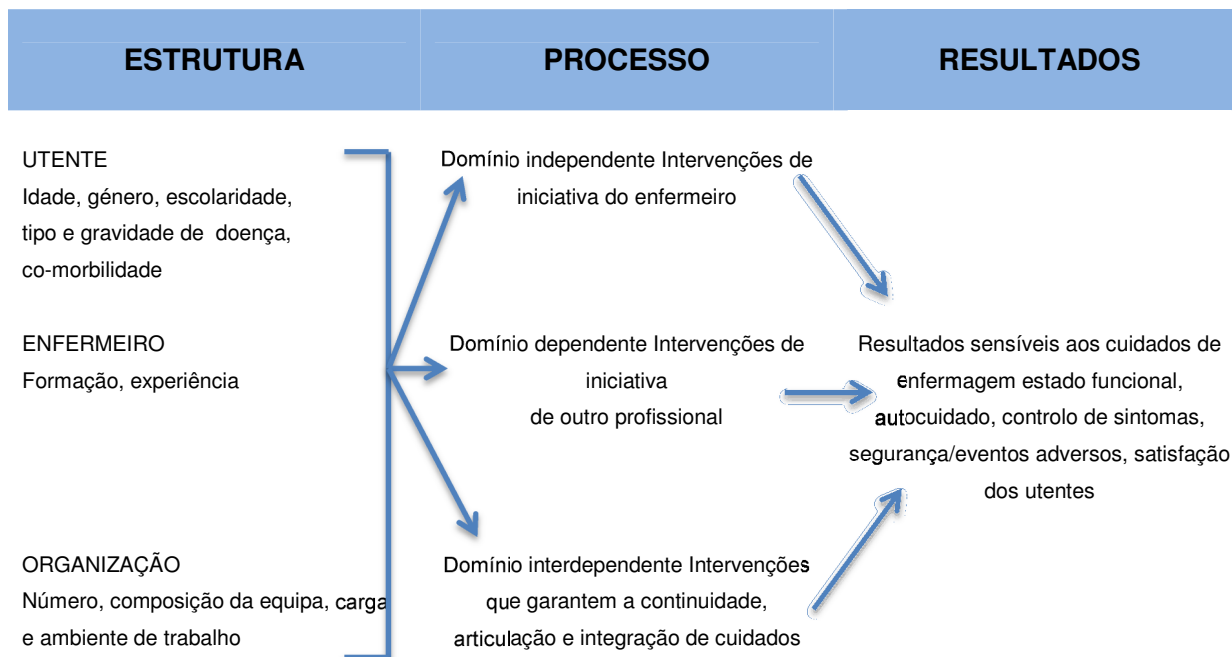
atividades de diagnóstico da situação de saúde, até à análise da organização dos processos de trabalho dos diversos serviços (Peres & Ciampone, 2006). Também Puccia (2007), assume que a gestão em enfermagem está presente em diferentes momentos, desde a gestão da assistência, prestada pelo próprio enfermeiro, ou pela equipa de enfermagem, a nível hospitalar e comunidade em geral, e em qualquer destes âmbitos de ação, a enfermagem destaca-se como prática social inserida no sistema de saúde. Para Peres & Ciampone (2006) e contrariando em parte o estudo realizado pelo *Nursing Leadership Institute*, no planeamento da gestão para a atuação, a formação do enfermeiro tem uma carga horária elevada em disciplinas relacionadas à gestão comparando com outras profissões da área da saúde, mas, e aqui sim, vai de encontro ao estudo supra, o enfermeiro gestor apresenta dificuldade em identificar o seu papel na equipa de saúde.

Ainda assim, e perante esta situação, o enfermeiro deve ter a capacidade de adaptação a tais exigências, de forma crítica e reflexiva, principalmente, em relação às competências necessárias para o seu desempenho profissional adequado, procurando a sua valorização pessoal e profissional.

O *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) foi desenvolvido por Doran, Sidani e Hall (1998), com o objetivo de orientar a análise da contribuição da enfermagem para os cuidados de saúde, onde os domínios autónomo, dependente e interdependente do papel de enfermagem são estudados como um elo entre as estruturas organizacionais e as características do utente, bem como entre os resultados obtidos e o trabalho de equipa. Os resultados relevantes obtidos são: o controlo de sintomas, a ausência de complicações, as capacidades funcionais e de autocuidado, o conhecimento da doença e do tratamento e a satisfação com os cuidados (Amaral, 2010).

Este modelo, que tem por base o modelo de avaliação da qualidade, estrutura, processo e resultados, proposto por Donabedian (1966, 1980, 1992), ao proporcionar um guia de análise e explicitação das ligações entre os processos de cuidados de enfermagem e os resultados no utente, pretende desenvolver uma metodologia que permite dar visibilidade ao contributo dos enfermeiros nos resultados dos mesmos, valorizando as funções independentes, dependentes e interdependentes realizadas pelos enfermeiros no contexto multiprofissional da prestação de cuidados (Doran, 2011).

**Figura 2 – Nursing Role Effectiveness Model**



Fonte: Doran, D. M. (2011)

Este modelo, engloba na análise de estrutura, variáveis relacionadas com as características do utente, que podem influenciar quer os processos de cuidados quer os resultados (idade, gravidade da doença, co-morbilidade, formação, expectativas de saúde); variáveis relativas à organização (número, composição da equipa, carga de trabalho, liderança, e ambiente de trabalho, nomeadamente estruturas organizativas que suportem a clarificação e autonomia do papel do enfermeiro) e variáveis relacionadas com o enfermeiro (formação e experiência) (Doran, 2011).

Nos processos são analisados os papéis assumidos pelos enfermeiros no domínio das suas intervenções independentes, dependentes e interdependentes. As intervenções independentes incluem atividades de diagnóstico, implementação e avaliação de intervenções, iniciadas por prescrição do enfermeiro, nomeadamente a vigilância, o julgamento clínico, o acompanhamento e a ajuda aos utentes; as intervenções dependentes incluem a implementação e avaliação de ações prescritas por outros profissionais, nomeadamente médicos. O domínio interdependente inclui atividades e responsabilidades assumidas pelo enfermeiro, que garantem a continuidade, coordenação e integração dos cuidados ao utente, nomeadamente

gestão dos casos, comunicação, acompanhamento e reporte de intercorrências (Doran, 2011).

Nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, são avaliados aspetos como o estado funcional do utente, o conhecimento sobre a doença, medidas terapêuticas e controlo de sintomas, a segurança do utente, a satisfação do utente e outros resultados como complicações pós alta e taxas de reinternamento.

Kemp e Richardson, 1995 referem que “os resultados do processo de avaliação seriam essenciais para permitir aos enfermeiros melhorar as suas práticas”, alertando para a existência de algumas dificuldades quando a avaliação da qualidade é restringida apenas ao processo de enfermagem, uma vez que, sendo a informação pouco acessível, os utentes não compreendem as questões que lhes são colocadas e respondem inadequadamente, podendo ainda existir interferência do avaliador na recolha de resultados, nomeadamente com preconceitos ou juízos de valor.

Este modelo, o NREM, desenvolvido por Doran, Sidani e Hall (1998), permite de uma forma compreensiva, avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem dirigindo-se às características do ambiente onde os cuidados são prestados, às intervenções responsáveis pelo resultado nos utentes e aos efeitos das intervenções de enfermagem na obtenção dos resultados (Sidani *et al*, 2004).

Os instrumentos utilizados para avaliação e mensuração do ambiente da prática profissional de enfermagem, e as suas características, são essenciais para a prevenção de dificuldades nos serviços e respetivas organizações, como referem Van Bogaert *et al*, 2009).

Os enfermeiros gestores devem procurar trabalhar e preservar um bom ambiente de prática profissional, proporcionando as ferramentas necessárias aos enfermeiros, mantendo-os satisfeitos e interessados na sua atividade, logo, resultando em melhoria nos cuidados prestados ao utente.

## 2. AMBIENTE ORGANIZACIONAL DA PRÁTICA DOS CUIDADOS

Foi na década de 80 que o ambiente da prática dos cuidados se tornou como objeto de análise e tem vindo a ser referido como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem, pois a promoção de ambientes favoráveis pode ser fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (Lake, 2002).

Ambientes que favorecem a prática da enfermagem têm sido estudados desde que alguns hospitais foram reconhecidos por apresentarem facilidade em atrair e manter mais e por mais tempos os profissionais e, por conseguinte, terem a capacidade de prestar cuidados de alta qualidade (Aiken, 1997).

A existência de diversas características no ambiente pode promover o crescimento dos profissionais e beneficiar o desempenho de uma prática segura e eficaz, bem como, a filosofia de um cuidado focado na qualidade, a colaboração interdisciplinar, responsabilidade com autoridade profissional, promoção da liderança de enfermagem, apoio ao desenvolvimento profissional do enfermeiro e o desenvolvimento de relações adequadas entre os profissionais da saúde (American Association of Colleges of Nursing, 2002).

Jesus, Leal e Vivas (2010), sustentando os resultados de Santos (2000), referem que a perceção que os trabalhadores têm das tarefas, dos colegas, dos líderes, dos salários, das expectativas de desempenho, das oportunidades de promoção e justiça, são fatores que influenciam o bem-estar e a satisfação dos profissionais, e consequentemente o ambiente organizacional.

A qualidade e a segurança da assistência podem ser afetadas por importantes fatores, como as características do ambiente da prática profissional da enfermagem (Aiken, 2000).

Reforçando esta afirmação, Lake (2002), refere que os cuidados de enfermagem se desenvolvem sob a intervenção de vários fatores que podem influenciar a qualidade e efetividade, nomeadamente o ambiente onde a prática é desenvolvida. Alguns estudos internacionais descrevem o ambiente da prática dos cuidados como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken *et al*, 2002). Apesar de existirem diferentes definições, o ambiente da prática visto como um conjunto de características organizacionais que

facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002) parece ser a mais consensual entre os autores.

Os enfermeiros são os profissionais em maior número na prestação de cuidados de saúde, representando 90% (Davis, 2012), pelo que é relevante ter em conta a sua contribuição para a qualidade e efetividade dos cuidados (Aiken *et al*, 2002).

O ambiente organizacional, segundo Chiavenato (1999) “é a qualidade ou propriedade do ambiente interno que é percebida ou experimentada pelos membros da organização e que influencia o seu comportamento, estando intimamente relacionado com o grau de motivação dos seus participantes”.

O ambiente organizacional compreende um conjunto de percepções globais, compartilhadas pelos indivíduos, relacionadas com as variáveis organizacionais que formam o ambiente de trabalho, defendendo a importância do relacionamento social nesse mesmo ambiente, o que leva a que não seja uma característica estática, mas dinâmica, e a sua estrutura não é definida apenas pela presença-ausência de determinado elemento, mas pelo tipo de relação demonstrada entre eles (Puente-Palácios, 2002).

Existem características do ambiente vistas como favoráveis à prática, e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2007), define cinco:

- Enquadramentos políticos inovadores focados no recrutamento e retenção de enfermeiros;
- Estratégias que permitam a continuidade de formação e promoção;
- Compensações adequadas;
- Programas de reconhecimento;
- Equipamento e materiais suficientes e adequados e um ambiente de trabalho seguro.

É do conhecimento geral, que as necessidades relacionadas com os cuidados de saúde dos indivíduos, têm vindo a aumentar intensamente, tal como aumentam também as restrições financeiras, o que resulta numa limitação significativa e importante para o fortalecimento das infraestruturas e do potencial dos profissionais de saúde. Associado a esta situação, os ambientes de trabalho pouco saudáveis e prejudiciais para o desempenho ou alheamento dos enfermeiros, provocam o afastamento dos locais de trabalho e da própria profissão (CIE, 2007).

Como referido supra, Florence Nightingale, na segunda metade do Séc, XX, foi a primeira enfermeira a destacar a importância do papel das enfermeiras no controlo do ambiente físico e administrativo, uma vez que teve a capacidade de reconhecer a influência de fatores externos relacionados com o ambiente dos utentes na saúde e recuperação da doença (Pfetscher, 2014).

Existem alguns estudos internacionais que caracterizam o ambiente da prática da enfermagem a partir de um conjunto de hospitais norte-americanos, denominados por *Magnet Hospitals*. Estes hospitais “têm em comum determinantes que promovem e sustentam a prática de enfermagem, incluindo estruturas organizacionais mais planas, a tomada de decisão estruturada, grande influência dos enfermeiros gestores e o investimento na formação e qualificação dos profissionais de enfermagem (Aiken, Havens & Sloane, 2000).

Estes hospitais foram denominados por *Magnet*, porque, ao estimular o desenvolvimento de fatores favoráveis ao ambiente das práticas profissionais, como a participação do enfermeiro na tomada de decisão, o desenvolvimento da autonomia sobre as práticas do cuidado, uma liderança de enfermagem forte, efetiva e visível, a colaboração entre os profissionais, uma equipa qualificada e flexibilidade nos horários, atraíram profissionais, que permaneciam nas instituições e apresentavam satisfação profissional (McHugh *et al*, 2013).

Lake (2002), propôs um instrumento para avaliar o ambiente da prática dos cuidados denominado *Practice Environment Scale of Nursing Work Index* (PES-NWI), em que um dos objetivos foi exatamente, providenciar valores de referência obtidos a partir dos *Hospitais Magnet*.

Este tipo de hospitais não pertence à realidade nacional, mas à realidade americana. Ao contrário desta realidade, que resulta em profissionais satisfeitos, a nível nacional observa-se carência de profissionais, apesar da existência de licenciados, mas que se encontram desempregados, e acabam por procurar oportunidades de trabalho noutros países, como reforçam, Amaral *et al* (2013). Estes autores referem ainda que, para além desta realidade surge ainda a reforma dos profissionais no ativo e a redução constante do número de admissões de enfermeiros devido à necessidade das organizações de melhorarem a sua eficiência, aumentando a carga de trabalho a cada enfermeiro e, conseqüentemente, piorar a qualidade dos cuidados de saúde.

As organizações hospitalares são sistemas complexos e muitos exigentes, com necessidade de uma gestão com capacidade de garantir o seu bom funcionamento. A organização pode basear-se em dois modelos distintos:

- O profissional, em que são valorizadas as competências e qualificações individuais e a existência de sistemas de autorregulação dentro de cada uma das profissões;
- O burocrático, em que a organização é centrada na tarefa e em que se privilegia um controlo hierárquico e a utilização de regras formais (Lake, 2002).

Dos dois modelos apresentados, o que poderá ser mais benéfico para o melhor desempenho e melhoria dos cuidados de saúde, é o profissional, uma vez que facilita a tomada de decisão e a autonomia dos profissionais e privilegia a presença de profissionais qualificados (Lake, 2002). Para além disto, o modelo profissional permite que os enfermeiros permaneçam mais tempo junto dos utrentes, e trabalhem numa equipa multidisciplinar, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados, originando melhores resultados para os doentes (Doran 2011).

Pode assim concluir-se, que existem várias características que influenciam positivamente o ambiente da prática de enfermagem, como:

- Maior autonomia do enfermeiro;
- Boa relação entre o enfermeiro e o médico;
- Envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão e nos assuntos do hospital;
- Boa colaboração com o gestor;
- Investimento da organização na formação dos enfermeiros;
- Investimento da organização na melhoria da qualidade (Aiken *et al*, 2012)

As características descritas, vão de encontro aos atributos que definem o ambiente organizacional adequado, referidos por Aiken & Patrician (2000) e que são avaliados nas quatros dimensões no NWI-R:

- Autonomia;
- Controlo sobre o ambiente da prática profissional;
- Relação enfermeiro-médico;
- Suporte organizacional (Aiken & Patrician, 2000).

A autonomia do enfermeiro, consiste na autoridade para tomar decisões centradas no utente e na liberdade para agir com base no conhecimento profissional e nos sistemas de leis e direitos do contexto em que se está inserido (Skar, 2010). Esta característica é uma mais-valia em termos de trabalho, uma vez que resulta numa maior satisfação dos enfermeiros, numa comunicação mais eficaz com os médicos e restante equipa multidisciplinar, na eficiência e eficácia da organização, e consequentemente melhores resultados para os utentes (Aiken, Smith & Lake, 1994; Aiken & Patrician, 2000).

O controlo sobre a prática profissional de enfermagem consiste na liberdade e autoridade dos enfermeiros, para se envolverem em decisões relativas ao contexto da prática de enfermagem, incluindo as estruturas organizacionais, regras, políticas e decisões operacionais (Weston, 2008).

A relação cordial e positiva entre enfermeiro e médico é essencial para a comunicação precoce de alterações no estado do utente, boas relações promovem melhorias na qualidade de cuidados e menos efeitos adversos no utente (Aiken, Smith & Lake, 1994; Aiken & Patrician, 2000).

O suporte organizacional está relacionado com a perceção que os profissionais têm da valorização por parte da instituição/organização, e quanto maior for essa perceção maior é o compromisso dos enfermeiros para com a mesma (Rhoades & Eisenberg, 2002).

Os fatores considerados importantes pelos enfermeiros no seu ambiente profissional são conhecidos, todavia é importante associar as características mais relevantes ao ambiente da prática profissional de enfermagem, e para isso, o NWI-R é uma ferramenta essencial na determinação dos atributos organizacionais que caracterizam esse mesmo ambiente (Aiken & Patrician 2000).

A utilização deste tipo de instrumentos é essencial, para avaliar e mensurar o ambiente da prática profissional de enfermagem, por forma a serem antecipados problemas e dificuldades que possam surgir nas organizações.

Existem diversos fatores inerentes às características organizacionais que devem ser valorizados, para o sucesso e qualidade da organização, como é o caso da partilha e divulgação de informação, que permitem, para além da aquisição de conhecimento, a modificação de comportamentos, originando assim, ações e inovação. Uma boa gestão engloba, saber articular recursos físicos, humanos,

materiais e financeiros, apurando custos, com o objetivo de garantir qualidade dos serviços prestados (Chiavenato, 2000).

A responsabilidade do enfermeiro em termos da promoção da segurança e da qualidade, ao avaliar os estímulos, ao estabelecer intervenções e ao proceder à sua aplicação e avaliação é revelado por Callista Roy, enfermeira norte americana, através do Modelo de Adaptação de Roy (MAR).

Os enfermeiros são os profissionais que passam mais tempo junto dos utentes, tornando evidente que os cuidados de enfermagem estão inevitavelmente envolvidos na sua segurança, seja como fatores protetores ou ameaçadores (Portugal, 2009). Este modelo apresenta características teleológicas – teoria de resultado, direcionada para os fins. A pessoa, a família, a comunidade ou a sociedade são considerados, neste modelo, os receptores dos cuidados de enfermagem sendo, cada um deles, um sistema adaptativo holístico.

Assim sendo, este modelo “constitui a base para a compreensão do indivíduo como sistema capaz de se adaptar. A pessoa é a receptora dos cuidados de enfermagem, a saúde é entendida como um estado e um processo de tornar-se uma pessoa total e integrada, o ambiente inclui todas as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e o desenvolvimento da pessoas, e por fim, a meta da enfermagem é a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos (fisiológicos, autoconceito, função de papel e interdependência)” (Braga, 2011 & Roy, 2001). Por conseguinte, o alvo dos cuidados de enfermagem, enquanto sistema aberto, está em constante interação com o ambiente, promovendo e submetendo-se a trocas de informação, matéria e energia (Roy & Andrews, 2001).

A pessoa é vista como um sistema holístico e adaptável, ou seja, como um sistema composto por vertentes de ordem biopsicossocial, a qual requer respostas para a adaptação da pessoa aos estímulos ambientais, tendo a capacidade de criar mudanças para se adaptar ao ambiente, onde a habilidade e a capacidade de criação dessas mudanças é o nível de adaptação da pessoa (Roy, 1990).

O MAR torna-se pertinente na prática do cuidado em enfermagem, essencialmente quando existem necessidades adaptativas por parte das pessoas, devido à alteração do padrão de saúde das mesmas.

São diversos os estudos relacionados com o ambiente da prática profissional, ainda que na sua maioria sejam internacionais e poucos realizados a nível nacional.

Aiken & Patricia (2000), referem que os fatores que os profissionais consideram relevantes para o bom ambiente da prática profissional de enfermagem são conhecidos, ainda assim a utilização do *NWI-R*, irá determinar a existência de atributos favoráveis ou não, e qual a influência dos mesmos, no desempenho profissional e qualidade dos cuidados prestados ao utente.

Também Amaral & Ferreira (2013) nos seus estudos, constataam a importância da identificação dos atributos que possam influenciar o bom ambiente da prática profissional de enfermagem, alertando para “melhorias mais significativas verificadas em ambientes mais favoráveis da prática”.

Na perspetiva de Lake (2002), os ambientes da prática de enfermagem favoráveis caracterizam-se pela adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos enfermeiros e boas relações entre os diferentes grupos profissionais (Amaral, Elvio & Roque, 2015).

### 3. **BURNOUT DOS ENFERMEIROS**

O termo *burnout* foi utilizado inicialmente em 1953 numa publicação de estudo de caso de Schwartz & Will, conhecido como *Miss Jones*, no qual é descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho.

No ano de 1960, Green publicou um caso, denominado *A Burn Out Case*, onde descreveu a história de um arquiteto que abandonou a sua profissão devido aos sentimentos de desilusão gerados pela mesma. Os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais são, o que se conhece hoje, como *burnout* (Maslach & Scaufeli, 1993).

O termo *burnout* deriva da conjugação de *burn* (queima) e *out* (exterior), e é caracterizado por uma síndrome que envolve exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal e ocorre, principalmente, entre os profissionais de saúde, pela exposição contínua a situações com pessoas portadoras de doenças crónicas (Maslach, 1996).

A síndrome de *burnout* tem sido definida como um fenómeno psicossocial que emerge como uma resposta crónica dos causadores interpessoais de *stress* ocorridos na situação de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), desenvolve-se em indivíduos expostos a fontes crónicas de stress, presentes no local de trabalho e ocorre principalmente nos profissionais que se relacionam intensamente com outras pessoas (Grazziano & Bianchi, 2010). É constituída por três dimensões que se relacionam de forma independente:

- Exaustão emocional;
- Despersonalização;
- Diminuição da realização pessoal

Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) caracterizam a exaustão emocional, pela falta ou carência de energia e entusiasmo, e sentimento de esgotamento de recursos. É possível a ocorrência paralela de sentimentos de frustração e tensão, uma vez que o profissional percebe que não tem condições para despender mais energia nas suas funções.

Segundo Grazziano & Bianchi (2010), a exaustão emocional é o que define a síndrome, é a primeira reação causada em resposta à sobrecarga de trabalho, aos conflitos sociais e ao *stress*, decorrentes das exigências constantes, o que pode

resultar, como estratégia de enfrentamento, no distanciamento emocional e cognitivo do profissional em relação ao seu trabalho.

A despersonalização ocorre como tentativa do profissional se proteger da exaustão e começa a distanciar-se do trabalho e das outras pessoas (Grazziano & Bianchi, 2010).

Para Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) a despersonalização é situação em que o profissional passa a tratar utentes, colegas e a organização como objetos, desenvolvendo uma insensibilidade emocional.

Relativamente à baixa realização pessoal no trabalho, esta é definida como a tendência do trabalhador em auto avaliar-se de forma negativa. As pessoas sentem-se infelizes e insatisfeitas com o seu desenvolvimento profissional, sentindo um declínio no sentimento de competência e êxito, bem como na sua capacidade de interagir com os outros (Maslach & Jackson, 1981). Ou seja, uma das situações influenciadoras e que interferem no ambiente da prática profissional é o *stress*, relacionado, quer com o excesso de trabalho, quer por falta de recursos humanos ou pelo relacionamento interpares, e que pode resultar em *burnout*.

Grazziano & Bianchi (2010), referem que a diminuição da realização leva o profissional a desenvolver um sentimento de inadequação pessoal e profissional em relação ao trabalho, perdendo a confiança em si mesmo e na capacidade de se destacar.

Oliveira & Pereira (2012), constataram após a realização de um estudo numa unidade de saúde, com a utilização de uma amostra de 25 enfermeiros, que os profissionais com mais tempo de serviço apresentavam valores de exaustão emocional e de despersonalização mais elevados e inferiores de realização pessoal.

Gillespie & Melby (2003), citados por Silva (2008), concluíram num estudo, que o *burnout* diminui com o aumento dos anos de experiência profissional.

A enfermagem é uma profissão exigente, com características muito próprias, em que os profissionais, no seu dia-a-dia, deparam-se com múltiplas situações relacionadas com o cuidado, requerendo do profissional conhecimentos, autonomia e suporte organizacional para assegurar a adequada qualidade da assistência, e pelo facto de nem sempre estas estarem presentes no ambiente de trabalho, pode resultar de forma negativa para o cuidado aos utentes, para o enfermeiro e para a instituição (McHugh *et al*, 2013; Heede *et al*, 2013).

São poucos os estudos que têm sido realizados para estudar a relação entre o *burnout* dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados ao utente, embora vários autores bem conhecidos da literatura afirmem que a síndrome afeta o desempenho profissional (Maslach & Jackson, 1985).

Queirós, em 2005, realizou um estudo, no qual concluiu que 25% dos enfermeiros portugueses apresentam *burnout* no trabalho, e são várias as situações que provocam insatisfação nesta classe profissional:

- Baixa valorização do seu trabalho;
- Falta de poder na tomada de decisões;
- Relacionamento do grupo de trabalho (Pinto, 2008)

Considerando que o ser humano é uma dualidade funcionando numa unidade, o corpo produz mudanças na mente e esta age sobre o corpo. Atualmente, os stresses do dia-a-dia, a agitação e preocupações constantes, são fonte de perturbações e doenças psicossomáticas. Para alcançar o equilíbrio, existe a necessidade de serem utilizados recursos protetores (Ministério da Saúde, 2000).

Como o *burnout* é caracterizado por sentimentos de esgotamento emocional, distanciamento dos utentes, e sentimentos de ineficácia no trabalho, é possível que o *burnout* reduza a probabilidade dos cuidados, embora alguns investigadores demonstrem a ligação entre o *burnout* dos enfermeiros e a menor satisfação do utente (Leiter *et al*, 1998; Vahey *et al*, 2004).

O *burnout* manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas:

- Física;
- Psíquica;
- Comportamental;
- Defensiva (Guimarães & Cardoso, 2004; Menegaz, 2004)

Segundo os mesmos autores, ocorre manifestação física, quando o profissional apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquica, quando se observa falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, quando o profissional se apresenta negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade de concentração, aumento de relações conflituosas com os colegas, longas pausas para o descanso, e cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensiva quando o profissional tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica.

Aiken *et al* (2010), realizaram um estudo, utilizando dados de 53.846 enfermeiros, colhidos em seis países: EUA, Canadá, U.K., Alemanha, Nova Zelândia e Japão, com o objetivo de investigarem a relação entre o *burnout* dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem. É demonstrado através do mesmo, que tanto os fatores organizacionais como os fatores individuais, influenciam os níveis de *burnout*, o qual pode contribuir para consequências negativas, como um mau desempenho profissional. Estes autores concluem que, reduzir o *burnout* dos enfermeiros pode ser uma estratégia altamente eficaz para melhorar a qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais, em particular nos contextos de uma crescente escassez de enfermeiros e aumento da pressão para resolver os problemas de segurança e consistência dos cuidados nos sistemas de saúde em todo o mundo.

Através de alguns estudos pode observar-se a importância do trabalho em equipa, bem como o número adequado de enfermeiros e a sua associação com uma gama de resultados positivos e atributos profissionais e organizacionais, como a satisfação no trabalho, a satisfação em ser enfermeiro e querer permanecer na profissão e apresentação de níveis mais baixos de *burnout*. Níveis mais elevados de trabalho em equipa têm impacto positivo na qualidade dos cuidados de saúde (Aiken *et al*, 2001).

Christina Maslach e Susan Jackson (1981) elaboraram a Escala Maslach Burnout Inventory (MBI), ou Inventário de Burnout de Maslach (IBM), (Maslach e Jackson, 1981), com o objetivo de mensurar a frequência com que são experimentadas as maiores características causadoras de *stress* do ambiente de trabalho pelos profissionais.

Alguns pesquisadores descobriram que o *burnout* medeia a relação entre o ambiente da prática de enfermagem e a qualidade de cuidados de enfermagem (Van Bogaert *et al*, 2009)

Vários estudos referem como medidas preventivas de *burnout* a redução de horas de trabalho, condições de trabalho atrativas e gratificantes, reconhecimento da necessidade de formação permanente e o investimento no aperfeiçoamento profissional, dar suporte social às equipas e favorecer a sua participação nas decisões. Assim, deve existir uma abordagem que encare este como um problema coletivo e organizacional e não individual (Pinto, 2008, citado por Oliveira & Pereira, 2012).

## **PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO**

# 1. METODOLOGIA

## 1.1. Pergunta de investigação e objetivos

A **pergunta de investigação** que irá guiar esta dissertação é: “Será que as características do ambiente organizacional de cuidados, influenciam o *burnout* dos enfermeiros, em contexto hospitalar?”

Os objetivos do estudo são:

**Objetivo geral:** Analisar a influência das características organizacionais no *burnout* dos enfermeiros, em contexto hospitalar.

**Objectivos específicos:**

1. Identificar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros mais valorizadas pelos enfermeiros da unidade hospitalar;
2. Caracterizar os atributos organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na unidade hospitalar;
3. Descrever as dimensões do *burnout* dos enfermeiros em contexto hospitalar;
- 4 - Identificar a relação entre as características do ambiente da prática profissional e o *burnout* dos enfermeiros.

## 1.2. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo Quantitativo, Observacional Descritivo e Transversal e Correlacional.

Segundo Fortin, Côté & Vissandjée (2003, p.22), “o método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. Burns & Grove (2004), referem que o método quantitativo é assente na objetividade, rigor e controlo.

Para Ribeiro (2010), um estudo observacional não tem a intervenção do investigador, desenvolvendo este, procedimentos que lhe permitem descrever os acontecimentos e quais os seus efeitos nos sujeitos em estudo. Este autor afirma ainda que os estudos observacionais descritivos, “(...) fornecem informação acerca da população em estudo” (Ribeiro, 2010, p.31)

Este estudo é transversal, porque a recolha de dados foi realizada apenas num momento e apenas a um grupo da população, ou seja “estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade” (Fortin *et al*, 2009).

Para além de Quantitativo, Observacional Descritivo e Transversal, este estudo é Correlacional, uma vez que procura determinar as relações entre as variáveis presentes no estudo, não procurando estabelecer uma relação causa-efeito, ou seja, tem como objetivo quantificar, através de provas estatísticas a relação entre duas ou mais variáveis (Vilelas, 2009).

### **1.3. Caracterização da População Alvo e da Amostra**

População é um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação (Fortin, 2003, p. 373), sendo a população alvo “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin 2003, p.202). Assim, a população escolhida para este estudo, foram os 110 enfermeiros, que desempenham funções em contexto hospitalar, nos serviços de medicina Y, e que prestam cuidados de enfermagem diretos aos utentes.

Quanto à amostra, Fortin (2003, p.202) define-a como sendo “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”, tal como para Lakatos & Marconi (2007, p.41) a amostra corresponde a “uma porção ou parcela convenientemente selecionada do universo”, que é a população, “um subconjunto do universo”. O processo de definição da amostra designa-se por amostragem (Ribeiro 2010, p.42).

“A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas de uma população é escolhida com vista a obter informações relacionadas com um

fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada” (Fortin 2003, p.202). O método de amostragem escolhido neste estudo, foi o não probabilístico, também chamado de intencional (Smith 1975, citado por Ribeiro 2010, p.42), pois a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro 2010, p.42). “O problema principal da amostra intencional ou não probabilística é que se desconhece quanta representativa ela é de uma população ou universo (Ribeiro 2010, p.42).

Para a realização deste estudo, foram definidos alguns critérios de inclusão, como a categoria profissional, cuja importância relaciona-se com o exercício de atividade assistencial no serviço específico, o tempo de atividade profissional e o tempo de atividade profissional na organização. Estes, definem “as características principais da população-alvo relacionado à questão de pesquisa” (Hulley 2008, p.47).

Assim, este estudo foi realizado em meio natural, nomeadamente em meio hospitalar, especificamente no serviço de medicina Y do Centro Hospitalar X, e foi realizado nos serviços: Medicina 1A, 2B, 3C, 4D, 5E, 6F, 7G, 8H, 9I, 10J e 11K, a uma população composta por 110 enfermeiros, e uma amostra composta por 80 enfermeiros, como descrito na Tabela 1.

**Tabela 1** – Serviços participantes no estudo e questionários entregues e recolhidos

HOSPITAL	SERVIÇO Y	QUESTIONÁRIOS ENTREGUES	QUESTIONÁRIOS RECOLHIDOS	TAXA DE RESPOSTA
Centro Hospitalar X	1 <sup>A</sup>	10	3	30%
	2B	10	10	100%
	3C	10	10	100%
	4D	10	9	90%
	5E	10	6	60%
	6F	10	8	80%
	7G	10	3	30%
	8H	10	6	60%
	9I	10	8	80%
	10J	10	7	70%
	11K	10	10	100%
	TOTAL	110	80	72.72%

Os questionários foram entregues no mês de Outubro de 2015 e recolhidos no mês de Dezembro do mesmo ano. Foram entregues 110 questionários, e recolhido um total de 80.

#### 1.4. Instrumentos de Colheita de Dados

A investigação recorre sempre a qualquer técnica de recolha de dados (Ribeiro 2010, p. 48), não sendo exceção neste projeto, foram utilizados dois instrumentos de colheitas de dados:

- Questionário: Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index (Versão Portuguesa), *Nursing Research*, 49 (3). 2000, de Aiken, L.H.; Patrician, P.; validado para o contexto português, e aplicado aos enfermeiros dos respetivos serviços de medicina.
- Questionário: Maslach Burnout Inventory, traduzido e adaptado por Benevides-Pereira (2001), ambos colocados em Anexo.

Em 1989, não estava disponível qualquer instrumento de forma a medir os atributos de organização dos hospitais relacionados à prática profissional do enfermeiro. Contudo, nesse mesmo ano, Kramer e Hafner, desenvolvem o *Nursing Work Index* (NWI) cujo objetivo seria o de medir a satisfação dos enfermeiros no trabalho e a percepção da qualidade do atendimento. Continha uma lista abrangente de itens que poderiam servir de base para o desenvolvimento de um novo instrumento concebido para medir aspetos de um ambiente de prática profissional (Aiken *et al*, 2000).

A importância do ambiente na prática da prestação de cuidados e a sua relação com os resultados nos utentes, e os resultados descritos pelos enfermeiros, refletem a necessidade de existir um instrumento que realize a medição desse ambiente (Ribeiro *et al*, 2008).

Um dos instrumentos mais referenciado nos estudos observados é o *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI), desenvolvido por Lake (2002) a partir do NWI (Kramer e Hafner, 1989). O NWI baseou-se em 65 artigos destinados a medir os valores relacionados com a enfermagem e a satisfação no trabalho, da produtividade, e percepções de um ambiente propício à assistência de enfermagem de qualidade. O NWI foi alterado em várias ocasiões, para ser utilizado em diferentes áreas, países e línguas, como referida numa revisão recente (Warshawsky e Havens, 2011).

Lake (2007) informa e descreve a importância do *PES-NWI* como sendo o instrumento mais utilizado para medir a situação da prática de enfermagem, e a

única recomendada por várias organizações norte-americanas que promovem saúde de qualidade, como o The National Quality Forum, The Joint Commission and the American Nurses Credentialing Centre.

Um dos objetivos pretendidos pela mesma autora, através deste instrumento é providenciar valores de referência obtidos a partir dos hospitais *Magnet* conceito já reconhecido por uma dessas organizações, a American Nurses Credentialing Center.

Segundo Aiken (2000), o *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R) tem por objetivo mensurar a presença de determinadas características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro, atualmente adaptado e validado para o contexto cultural português.

No início o NWI-R foi proposto com 54 itens, no entanto, existem estudos em que é utilizada uma versão reduzida de apenas 15 itens (Li YF *et al*, 2007). No caso deste estudo foi utilizada a versão completa, sendo o questionário composto por 54 itens, numa escala de medida tipo *Likert*, com pontuação entre 1 e 5, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente” e quanto maior a pontuação, maior a presença de atributos positivos à prática dos profissionais.

O questionário NWI-R é dividido em quatro dimensões, que pretendem avaliar, a autonomia, o controlo sobre o ambiente da prática profissional, a relação multidisciplinar e o suporte organizacional, encontrando-se os itens da escala referentes a cada dimensão, distribuídos de acordo com a Tabela 2.

**Tabela 2**– Descrição das dimensões do NWI-R e distribuição dos itens da escala pelas dimensões

DIMENSÕES	NÚMERO DE ITENS	ITENS
AUTONOMIA	5	4 – Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão. 6 – A enfermagem controla a sua prática. 17 – Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho. 24 – A Direção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem. 33 – O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos.

**Tabela 2** – Descrição das dimensões do NWI-R e distribuição dos itens da escala pelas dimensões (Continuação)

DIMENSÕES	NÚMERO DE ITENS	ITENS
<b>CONTROLO SOBRE O AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL</b>	7	1 – Serviço de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos clientes. 11 – Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem. 12 – Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes. 13 – O enfermeiro gestor é um bom gestor e líder. 16 – Dotações suficientes para a prestação de cuidados. 44 – Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado. 46 – A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao mesmo cliente durante o internamento).
<b>RELAÇÃO MULTIDISCIPLINAR</b>	3	2 – A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho. 26 – Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar. 37 – Existe colaboração multidisciplinar.
<b>SUPORTE ORGANIZACIONAL</b>	10	1 - Serviço de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos clientes. 2 - A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho. 6 - A enfermagem controla a sua prática. 11 – Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem. 12 – Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes. 13 – O enfermeiro gestor é um bom gestor e líder. 17 - Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho. 24 - A Direção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem. 26 - Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar. 46 - A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao mesmo cliente durante o internamento).

Dawis (1987) citado por Ribeiro (2010, p.67) define escala como uma coleção de itens, cujas respostas são classificadas e combinadas para produzir uma nota da escala, ou seja, “(...) quando um grupo grande de questões ou itens são criados para avaliar a mesma dimensão, (...), que é suposto terem uma correlação elevada entre si, e que devem ser somadas para fornecer uma nota dessa dimensão, (...), estamos na presença de uma escala” (Ribeiro 2010, p. 67).

O questionário aplicado aos enfermeiros, neste estudo, encontra-se dividido em quatro partes, a Parte A consiste na caracterização dos profissionais, a Parte B relaciona-se com o tema em estudo, a Parte C relaciona-se com o *burnout* dos enfermeiros, e a Parte D consiste na aquisição de sugestões dos respondentes para a melhoria do instrumento de recolha de dados, o que não aconteceu, uma vez que não se observaram sugestões.

Quanto à avaliação do *burnout* dos enfermeiros, a sua determinação teve por base a utilização do questionário: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), composto por 20 itens, que identificam as dimensões sintomatológicas da síndrome de *burnout*, também medida numa escala tipo *Likert*, com pontuação entre 1 e 7, variando entre “nunca” e “todos os dias”. As dimensões avaliadas pelo questionário MBI são três, o nível de exaustão emocional, a realização profissional e a despersonalização, encontrando-se os itens da escala referentes a cada uma delas, distribuídos de acordo com a Tabela 3.

Contrariamente ao NWI-R, em duas das dimensões do MBI, a exaustão emocional e despersonalização, quanto maior a pontuação, maior o sentimento de exaustão emocional e despersonalização, e por conseguinte, maior risco de *burnout*, no caso da dimensão da realização pessoal, uma maior pontuação retrata uma alta realização pessoal (Rissardo & Gasparino, 2013).

**Tabela 3** – Descrição das dimensões do MBI e distribuição dos itens da escala pelas dimensões

DIMENSÕES	NÚMERO DE ITENS	ITENS
EXAUSTÃO EMOCIONAL	9	1 – Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho. 2 – Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho. 3 – Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e sem disposição para realizar o meu trabalho. 6 – Trabalhar com pessoas o dia inteiro exige grande esforço. 8 – o meu trabalho deixa-me exausto (a). 13 – Sinto que trabalho demasiado. 14 – Na realidade não me preocupo com o que acontece com as pessoas. 16 – Promovo facilmente ambiente relaxante às pessoas. 20 – Sinto que de algum modo as pessoas culpam-me pelos seus problemas.

**Tabela 3** – Descrição das dimensões do MBI e distribuição dos itens da escala pelas dimensões (Continuação)

DIMENSÕES	NÚMERO DE ITENS	ITENS
REALIZAÇÃO PESSOAL	7	4 – Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas. 7 – Lido eficazmente com os problemas das pessoas. 9 – Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida dos outros. 12 – Sinto-me frustrado (a) com o meu trabalho. 17 – Sinto-me estimulado (a) ao trabalhar em contacto com as pessoas. 18 – Tenho conseguido várias realizações profissionais. 19 – Sinto-me no limite das minhas possibilidades.
DESPERSONALIZAÇÃO	4	5 – Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos. 10 – Tenho-me tornado mais insensível com as pessoas. 11 – Sinto-me com muita vitalidade. 15 – Trabalhar diretamente com pessoas provoca-me <i>stress</i> .

Para o cômputo do score, somam-se as pontuações correspondentes a cada dimensão, sendo maior a soma quanto maior o desgaste emocional e a despersonalização (Benatti, Lorenz & Sabino, 2010).

Ambos os questionários são medidos através de escala tipo *Likert*, a qual “consiste numa série de afirmações em que os respondentes devem indicar a sua concordância numa escala de intensidade” (...) “as escalas de Likert incluem vários itens que devem ser somados para produzir uma nota, e os itens somados por pertencerem à mesma escala devem ter correlação elevada com os outros” (Ribeiro 2010, p.95).

Os dados colhidos, foram verificados e foi utilizado o programa informático *IBM SPSS Statistics* para MAC para a análise descritiva, da qual constam: a média, moda, mediana (medidas de tendência central), o desvio-padrão (medida de dispersão ou variabilidade) e as frequências (absolutas e relativas).

Para Ribeiro (2010, p.51), “a estatística descritiva permite caracterizar os dados de determinada amostra, e é um procedimento que se propõe apresentar a fotografia do grupo estudado relativamente a determinado número de variável”.

## **1.5. Questões Éticas**

Os aspetos éticos são essenciais para o desenvolvimento de uma investigação. "Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa" (Ribeiro 2010, p.57). Assim, foram necessários os habituais pedidos de autorização à instituição onde foram aplicados os questionários. Após a obtenção do parecer da Comissão de Ética, e a devida autorização para a aplicação dos questionários, procedeu-se à distribuição dos mesmos, nos serviços de medicina envolvidos no estudo.

"Um aspeto importante na realização de uma investigação consiste em obter o consentimento informado dos participantes" (Ribeiro 2010, p.22), pelo que o mesmo foi colocado na folha de rosto do questionário, tendo sido garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, em conformidade com os princípios da ética (Burns & Grove 2004).

## **1.6 Limitações do estudo**

Uma das limitações do estudo, é o tamanho da amostra, e a maioria dos participantes exercer a atividade profissional há relativamente pouco tempo. Seria interessante realizar-se um estudo com uma amostra maior, e com profissionais com tempo de atividade profissional na instituição, superior.

Relativamente à discussão dos resultados deste estudo, existiu dificuldade em realizar comparações com outros estudos para a elaboração da análise, uma vez que os autores desses mesmos estudos, nem sempre consideraram todas as variáveis dos instrumentos de colheita de dados, o NWI-R e o MBI.

## 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para a apresentação dos dados, será utilizada a análise descritiva dos dados, acompanhada de comentários, por forma a evidenciar a Média e a Moda, a fim de se conseguir definir os respetivos perfis traçados.

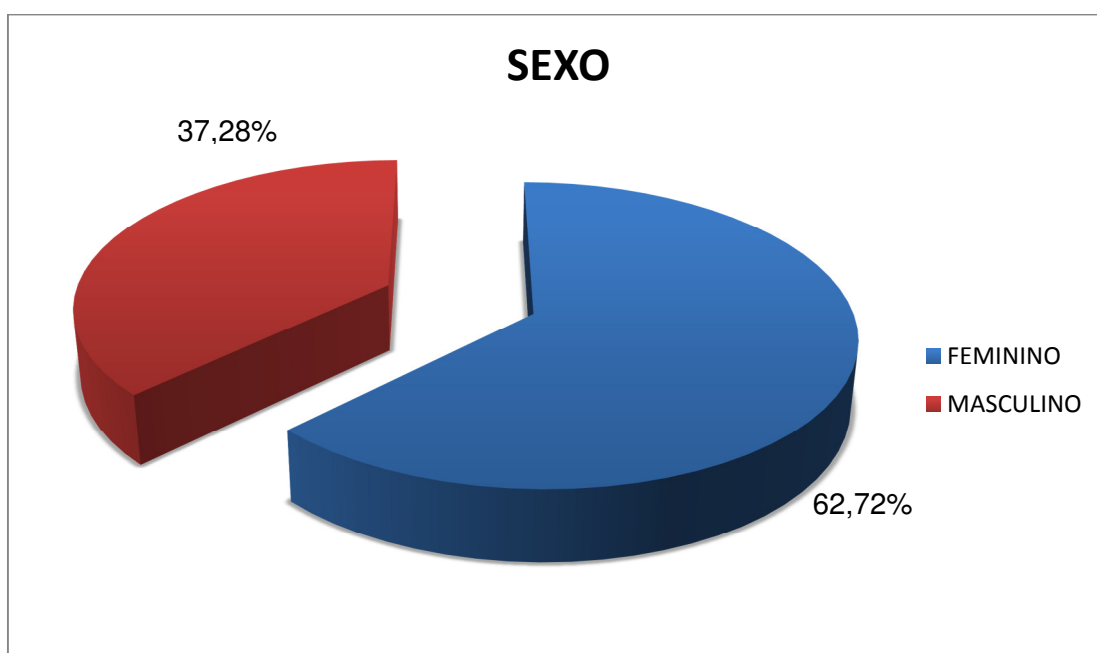
Os dados obtidos do instrumento de colheita de dados utilizado (Anexo 1), foram introduzidos num ficheiro do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) – IBM SPSS Statistics Data Editor, que permitiu a obtenção dos mesmos, para a caracterização da amostra, das características do ambiente organizacional e da influência do *burnout*.

Para uma melhor leitura, serão utilizados gráficos e tabelas, sempre que necessário, devidamente numerados e por ordem sequencial.

Assim, a apresentação e análise dos dados, terão início com a caracterização sociodemográfica da amostra, com o objetivo de traçar o seu perfil, quanto ao sexo, idade, habilitações literárias, tempo de atividade profissional, tempo de atividade profissional na organização em estudo e categoria profissional.

Relativamente ao **sexo**, pode verificar-se, que nos enfermeiros participantes no estudo predomina o sexo feminino (62,72%), enquanto a percentagem do sexo masculino manteve-se nos 37,28%, como apresentado no Gráfico 1.

**Gráfico 1:** Distribuição de Enfermeiros por Sexo



Quanto à **idade**, verifica-se que a maioria dos participantes pertence ao intervalo de idades entre os 26 e 31 anos, o que equivale a 58,75% dos enfermeiros, com desvio padrão de 6,25 anos. A idade variou entre um valor mínimo de 23 anos e um valor máximo de 55 anos, com uma moda de 29 anos, como pode ser observado na Tabela 4.

**Tabela 4:** Distribuição dos Enfermeiros por Idades

IDADES	Nº	PERCENTAGEM	MÉDIA	MODA	DESVIO PADRÃO	IDADE MINIMA	IDADE MÁXIMA
20-25	13	16,25%	30,51	29,00	6,25	23,00	55,00
26-31	47	58,75%					
32-37	9	11,25%					
38-43	6	7,50%					
44-49	3	3,75%					
50-55	2	2,50%					
TOTAL	80	100%					

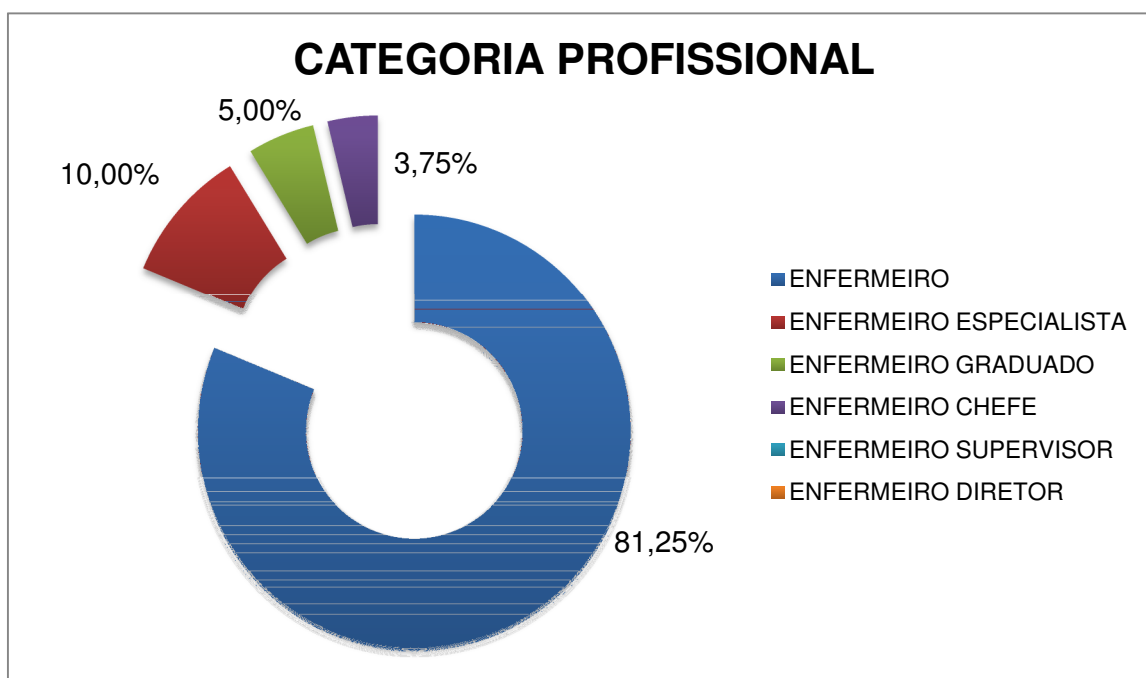
Seguem-se as **habilitações académicas**, e conforme pode observar-se na Tabela 5, os enfermeiros com Licenciatura representam a maioria, com 82,50%, seguidos de 10,00% de enfermeiros com cursos de Mestrado, 5,00% com cursos na área da Especialização, e 1,25% com Bacharelato e com Pós-graduação.

**Tabela 5:** Distribuição dos Enfermeiros por Habilitações Literárias

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Nº	PERCENTAGEM
BACHARELATO	1	1,25%
LICENCIATURA	66	82,50%
MESTRADO	8	10,00%
ESPECIALIZAÇÃO	4	5,00%
PÓS-GRADUAÇÃO	1	1,25%
TOTAL	80	100%

Quanto à **categoria profissional**, constata-se que o maior grupo participante, pertence à categoria de Enfermeiro, com 81,25%, seguindo-se Enfermeiro Especialista, com 10,00%, Enfermeiro Graduado, 5,00% e por fim Enfermeiro Chefe, 3,75%, como se observa no Gráfico 2. Neste estudo não houve participação de Enfermeiro Supervisor ou Diretor.

**Gráfico 2:** Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional



Em relação à distribuição do **tempo de atividade profissional** dos enfermeiros, pode observar-se na Tabela 6, que o número de anos de exercício de profissão varia entre 1 e 30 anos, sendo que a maior percentagem, de 56,25, corresponde aos primeiros 11 anos de atividade profissional, seguidos de 30,00% nos cinco anos seguintes. A média situa-se nos 7,53%, com desvio padrão de 5,95 anos. A análise desta distribuição indica-nos que os enfermeiros do estudo, apresentam um tempo de serviço relativamente baixo, sendo este , inferior ou igual a 12 anos.

**Tabela 6:** Distribuição dos Enfermeiros por Tempo de Atividade Profissional

ANOS	Nº	PERCENTAGEM	MÉDIA	MODA	DESVIO PADRÃO	TEMPO MÍNIMO	TEMPO MÁXIMO
0-5	30	37,50%	7,53	6,00	5,95	1,00	30,00
6-11	39	48,75%					
12-17	4	5,00%					
18-23	5	6,25%					
24-29	1	1,25%					
30-35	1	1,25%					
TOTAL	80	100%					

No que se refere ao **tempo de atividade profissional na organização**, descrito na Tabela 7, verifica-se que este, varia entre 1 mês e 29 anos, com uma média de 6,46% e desvio padrão de 6,15 anos, verificando-se que a maioria dos enfermeiros encontra-se na organização há 11 anos ou menos.

**Tabela 7:** Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Atividade Profissional na Organização

ANOS	Nº	PERCENTAGEM	MÉDIA	MODA	DESVIO PADRÃO	TEMPO MÍNIMO	TEMPO MÁXIMO
0-5	34	42,50%	6,46	6,00	6,15	0,10	29,00
6-11	43	53,75%					
12-17	4	5,00%					
18-23	6	7,50%					
24-29	1	1,25%					
TOTAL	80	100%					

Em suma, o perfil dos enfermeiros que exerce a sua atividade nos serviços de medicina Y, deste centro hospitalar X, corresponde a mulheres com idades compreendidas entre os 26 e 31 anos, licenciadas, a exercer a sua atividade profissional e a trabalhar nesta instituição há 11 anos ou menos, o que se pode concluir, que a maioria iniciou a sua atividade profissional na instituição em estudo.

Nos estudos apresentados por outros autores, sejam acerca do ambiente da prática profissional, ou da influência no *burnout*, a maioria dos participantes são do sexo feminino, facto justificado pela trajetória da enfermagem (Santo *et al*, 2011). Quanto à média de idade, de tempo de atividade profissional e tempo de atividade nas organizações, à exceção de um dos seis países, onde Aiken *et al* (2011) realizaram o seu estudo, a média de idade e tempo de atividade profissional na organização em estudo demonstrou ser inferior. Os resultados apresentados diferem ligeiramente com os do estudo de Amaral & Ferreira (2013), realizado em quatro hospitais, dado que a média de idade, o tempo de atividade profissional e tempo de atividade nestas organizações são ligeiramente superiores à do presente estudo. No estudo de Gasparino & Guirardello (2015), e no de Balsanelli & Cunha (2013), as médias, são também um pouco mais elevadas.

No Gráfico 3, pode observar-se, que para os 5 itens da dimensão Autonomia foi apresentada uma percentagem de concordância entre 43,80% e 61,30%, verificando-se maior percentagem de concordância no item 17 “Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho” (61,30%), e menor percentagem de concordância no item 33 “O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos” (43,80%). O item 6 “A enfermagem controla a sua prática, teve uma percentagem de 60%, seguido do item 24 “A Direção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem, 56,3% e por fim, com 46,3% de percentagem de concordância, o item 4 “Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão.

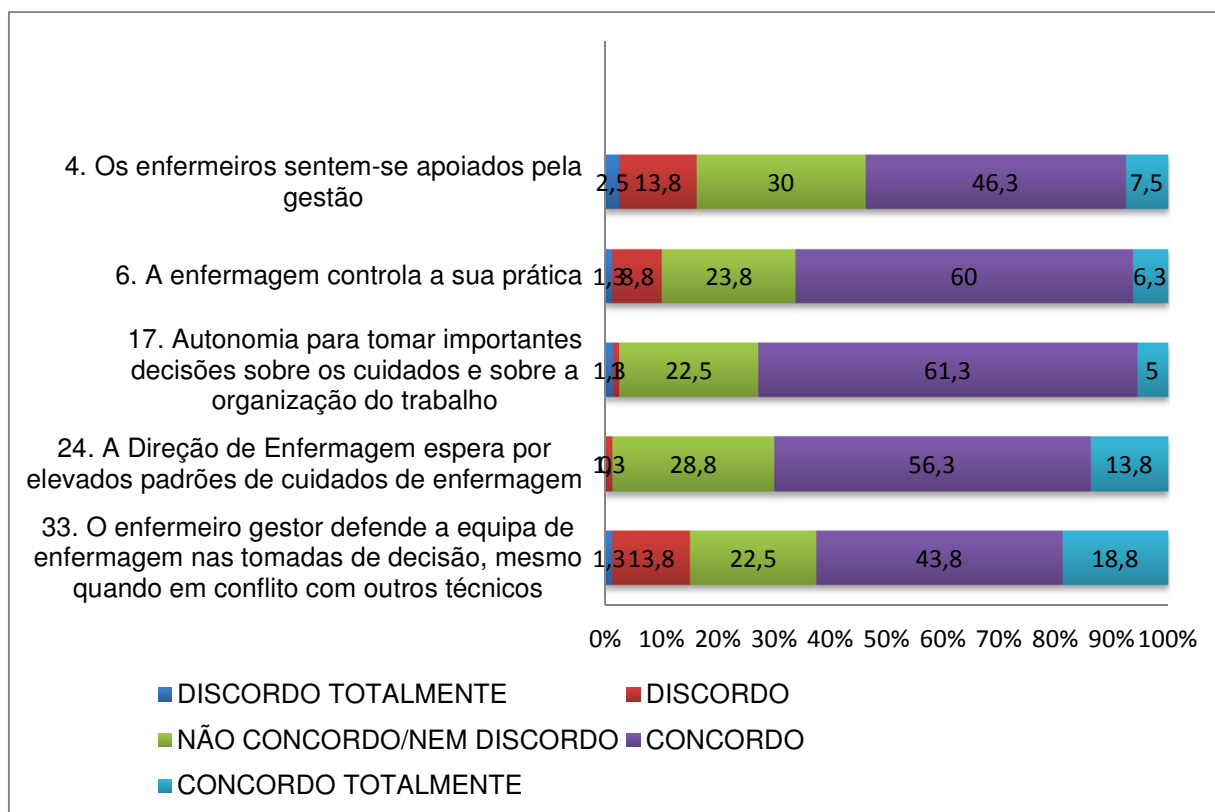
Verificou-se que a concordância e a discordância entre os itens da dimensão autonomia, apresentam valores percentuais bastante discrepantes, pelo que pode afirmar-se que, de um modo geral, os enfermeiros têm uma percepção positiva e satisfatória, quanto às questões relacionadas com a autonomia experienciada na sua prática profissional. A autonomia é um elemento essencial numa profissão (Batey & Lewis, 1982; Shutznhofner, 1988; Wesbeen, 2000; Ulrich *et al*, 2003; citados por Ribeiro, 2009).

No estudo de Guirardello & Panunto (2013), os enfermeiros da terapia intensiva, referiram satisfação relacionada com a autonomia, na sua atividade profissional.

Aiken *et al* (1997) desenvolveram um quadro teórico que assentou na premissa de que, os modelos de organização que valorizam e garantem maior autonomia da enfermagem, possuem melhores resultados alcançados pelos clientes, incluindo melhor satisfação, menos complicações e menor mortalidade (Amaral, 2014).

Esta característica é uma mais-valia em termos de trabalho, uma vez que resulta numa maior satisfação dos enfermeiros, numa comunicação mais eficaz com a equipa multidisciplinar, na eficiência e eficácia da organização, e conseqüentemente melhores resultados para os clientes (Aiken, Smith & Lake, 1994; Aiken & Patrician, 2000).

**Gráfico 3:** Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão Autonomia

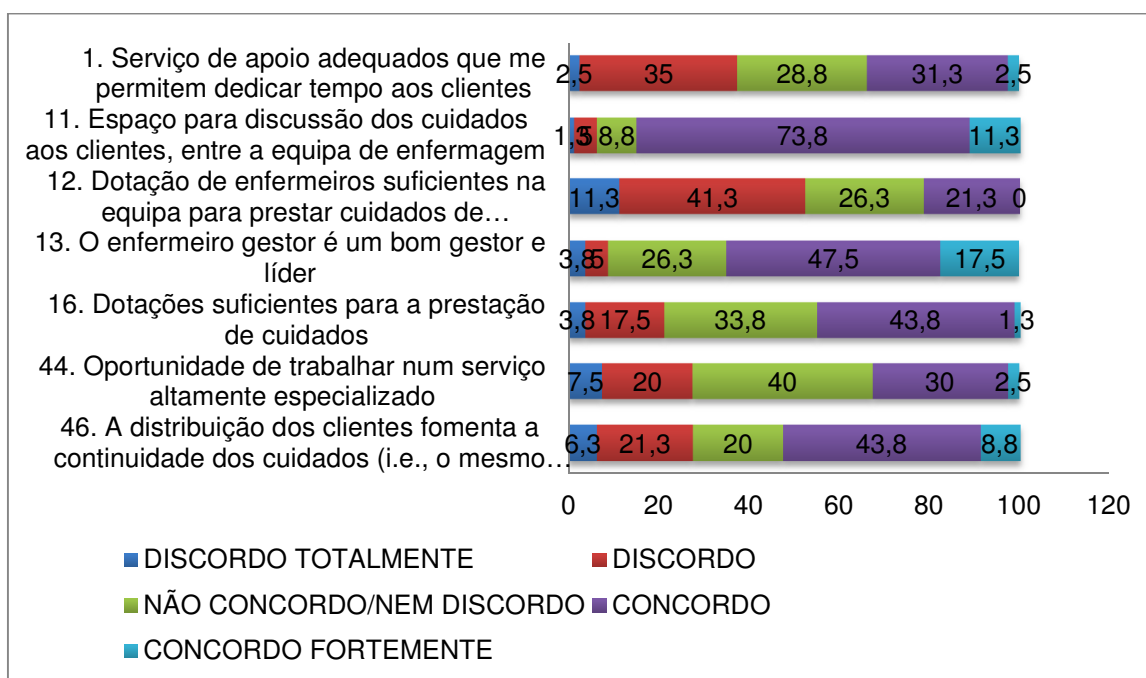


Em relação aos 7 itens da dimensão Controlo sobre o Ambiente da Prática Profissional, descritos no Gráfico 4, verificou-se uma percentagem de concordância entre os 21,60% e 73,80%, sendo a mais elevada “Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem” e com menor percentagem “Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade

aos clientes”, este resultado vai de encontro ao dos estudos de Amaral & Ferreira (2013) e Jesus *et al* (2015), e de Van Bogaert *et al* (2009), nos quais, não são evidenciados resultados favoráveis. Aiken & Poghosyan (2009) apresentaram um estudo, com um resultado diverso, no qual os profissionais apresentam uma percentagem de concordância favorável.

Controlar a prática, é envolver-se nas decisões relativas ao contexto da prática de enfermagem, incluindo nas estruturas organizacionais, regras, políticas e decisões operacionais (Weston, 2008).

**Gráfico 4:** Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão Controlo sobre o Ambiente da Prática Profissional

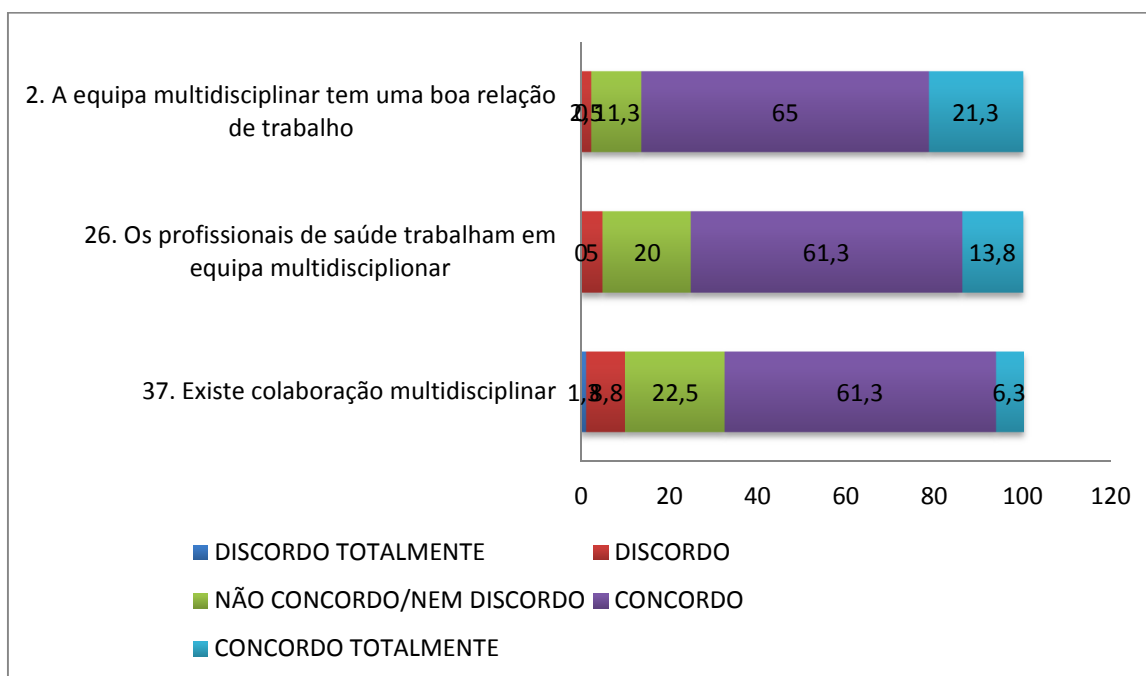


Relativamente aos 3 itens da dimensão Relação Multidisciplinar, apresentados no Gráfico 5, constata-se que a percentagem de concordância varia entre 61,3% e 65%, ou seja, é superior a 50% em todos os itens, sendo o item 2 “A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho”, de maior valor, enquanto os outros dois itens, 26 “Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar” e 37 “Existe colaboração multidisciplinar”, apresentam valor percentual igual (61,3%). Pode concluir-se através destes resultados, que os enfermeiros valorizam a comunicação e colaboração com os restantes profissionais, ou seja, é valorizado o trabalho em equipa, traduzindo-se em melhoria nos cuidados

prestados. Amaral e Ferreira (2013) no seu estudo, também verificaram que os profissionais mantêm uma boa relação multidisciplinar, bem como nos restantes estudos, de Aiken e Poghosyan (2009); Van Bogaert *et al* (2014); Jesus *et al* (2015).

Uma relação cordial entre os elementos que compõem a equipa multidisciplinar é fundamental, pois, uma boa relação promove melhorias na qualidade de cuidados e menos efeitos adversos no utente (Aiken, Smith & Lake, 1994; Aiken & Patrician, 2000).

**Gráfico 5:** Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão Relação Multidisciplinar



Para finalizar, são apresentados no Gráfico 6, os 10 itens correspondentes à dimensão Suporte Organizacional, onde se observam valores percentuais de concordância entre 21,6% e 73,8%. Os dois itens que tiveram maior percentagem de discordância, 21,3% e 41,3%, referem-se essencialmente à dotação de enfermeiros.

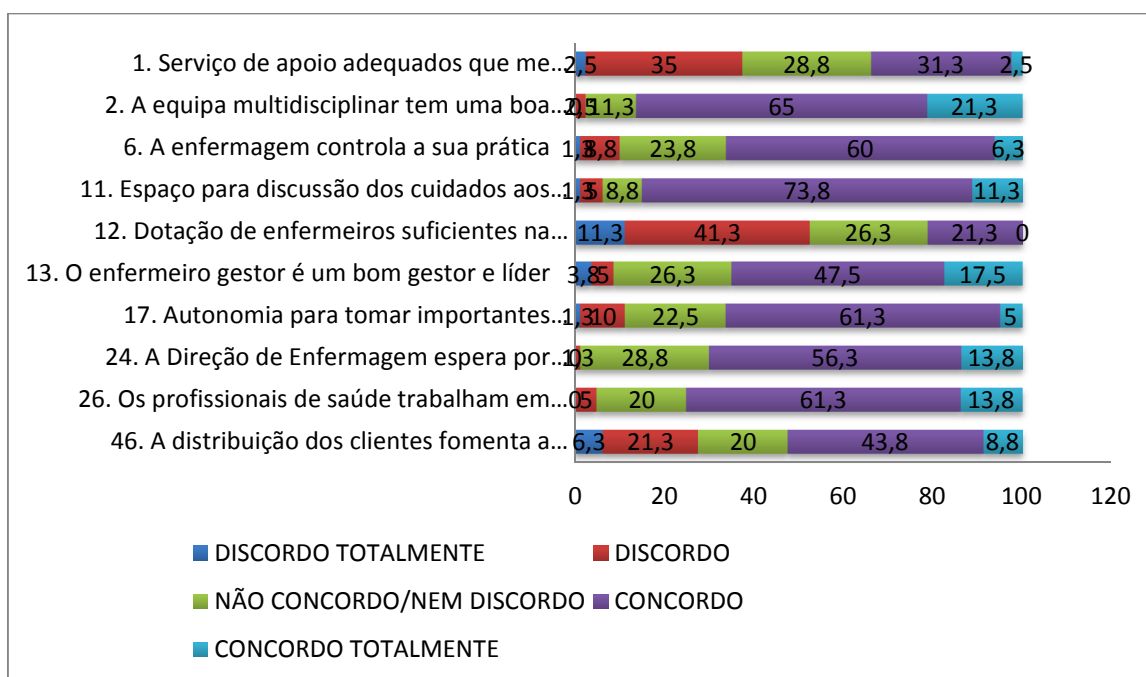
Resultados diferentes surgiram no estudo de Aiken & Poghosyan (2009), em que a percentagem de concordância relacionada com a dotação de enfermeiros, ultrapassa os 50%. Já nos estudos de Amaral & Ferreira (2013), Jesus *et al* (2015) e Van Bogaert *et al* (2009), não se verificaram resultados favoráveis, indo de encontro a este estudo.

O suporte organizacional está relacionado com a percepção que os profissionais têm de valorização por parte da instituição, e quanto maior for essa percepção, maior é o compromisso com a mesma (Rhoades & Eisenberg, 2002).

Neste estudo verificou-se que a percentagem de concordância foi superior à da discordância, apresentando 8, dos 10 itens, com percentagem maior. A maior percentagem de concordância corresponde ao item 11 “Espaço para discussão dos cuidados aos utentes, entre a equipa de enfermagem”, e a maior percentagem de discordância corresponde ao item 12 “Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes”, como já verificado anteriormente.

Comparativamente a outros estudos, o de Amaral *et al* (2013), é o que mais se assemelha a este, apresentando igualmente resultados positivos. O estudo de Jesus *et al* (2015) obteve resultados negativos e o de Van Bogaert *et al* (2009) apresentou resultados neutros, diferentes dos resultados deste estudo.

**Gráfico 6:** Distribuição das respostas dos enfermeiros para a dimensão Suporte Organizacional



Na Tabela 8 está representada a média de concordância de cada dimensão, reforçando que, quanto maior a pontuação maior será a presença de atributos favoráveis à prática profissional de enfermagem. A média global de concordância

dos enfermeiros deste estudo é superior a 3,00 em todas as dimensões, pelo que se pode concluir que os enfermeiros consideram o ambiente com mais atributos favoráveis do que o contrário.

**Tabela 8:** Medidas descritivas das dimensões do *NWI-R*

<b>DIMENSÕES</b>	<b>MÉDIA</b>	<b>MODA</b>	<b>DESVIO PADRÃO</b>	<b>VALOR MÍNIMO</b>	<b>VALOR MÁXIMO</b>
Autonomia	3,62	3,80	0,48	2,20	4,80
Controlo sobre o Ambiente da prática Profissional	3,23	3,43	0,52	1,29	4,43
Relação Multidisciplinar	3,83	4,00	0,49	2,33	4,67
Suporte Organizacional	3,53	3,50	0,40	2,50	4,70

No estudo de Amaral & Ferreira (2013), as dimensões - Participação nas políticas do hospital e Adequação dos recursos humanos, foram avaliadas maioritariamente como desfavoráveis. Aiken *et al* (2012) afirmam que o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efetivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis.

A dimensão que registou a média mais elevada foi a Relação Multidisciplinar com 3,83. No estudo de Amaral & Ferreira (2013), as dimensões relacionadas com a relação multidisciplinar e equipa multidisciplinar tem igualmente resultados favoráveis. Ainda Amaral *et al* (2015) referem que as componentes – Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, e a Relação multidisciplinar, apresentam valores mais favoráveis, ainda que abaixo dos valores de referência de outros estudos a nível internacional, como é o caso de Aiken & Poghosyan, 2009 e Van Bogaert *et al*, 2009a.

Segundo Santos & Castro (2008), a boa gestão do serviço reflete-se claramente na qualidade do atendimento prestado pela equipa de enfermagem, na recuperação do utente e nas relações multidisciplinares, quando a equipa se mantém unida, no processo de saúde/doença do utente.

A dimensão com a segunda melhor média foi a Autonomia com 3,62, tal como se verificou no estudo de Amaral e Ferreira (2013). Esta dimensão surge em poucos estudos, pelo que se tornou um pouco difícil realizar a discussão de resultados relacionados com a mesma.

Um estudo realizado por Mrayyan (2004), demonstrou que as ações do enfermeiro gestor têm uma forte relação com o nível de autonomia dos enfermeiros, apontando como um dos fatores inibidores da sua autonomia, a gestão autoritária, considerando no estudo a relação multidisciplinar como fator preponderante para a sua autonomia, cada um com o seu papel e juntos formam uma equipa (Ferreira & Silva, 2012).

A dimensão Suporte Organizacional apresentou uma média de 3,53, mantendo Amaral & Ferreira (2013) resultado semelhante. O estudo de Jesus *et al* (2015) e de Van Bogaert *et al* (2009a) são um pouco contraditórios, na medida em que apresentam resultados menos favoráveis.

Por último, a dimensão Controlo sobre o Ambiente da Prática Profissional com 3,23 de média, tal como no estudo de Van Bogaert (2009a), este item apresentou resultado com valores baixos. Amaral & Ferreira (2013), mantêm resultados favoráveis.

Dos 54 itens do NWI-R, o item que apresentou menor média foi o 5 “Remuneração Satisfatória”, de 1,70, e a maior discordância foi o 12 “Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes”, com 41,30%

Cura & Rodrigues (1999), justificam que, caso os esforços desenvolvidos pelos enfermeiros em desempenhar as suas atividades não for compensado com melhores salários ou outros benefícios monetários ou não monetários, pode refletir-se diretamente na satisfação do profissional e diretamente no seu desempenho, tal como Aiken & Poghosyan (2009) demonstram no seu estudo, ou seja, o aumento de remunerações e recursos, é fundamental para o melhoramento do ambiente da prática profissional.

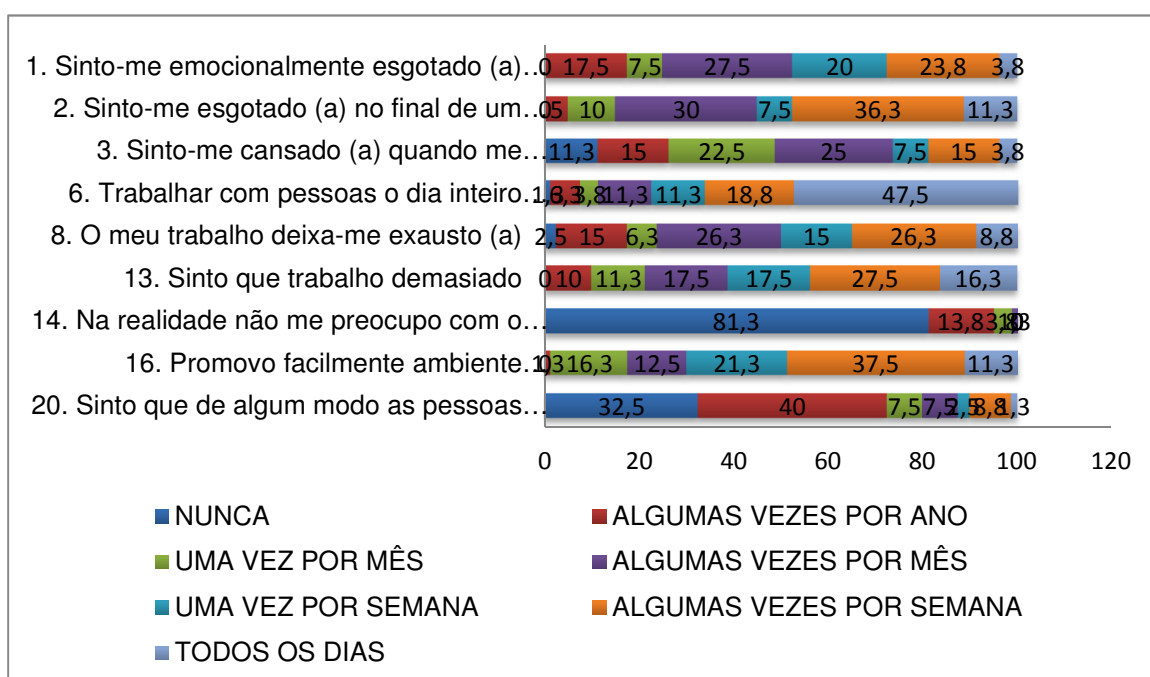
Tal como referido anteriormente, e referenciado pelo Código Deontológico do enfermeiro, a função da gestão é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados, procurando adequar os recursos humanos e materiais, bem como procurando manter um ambiente da prática de enfermagem cada vez melhor, por forma a dar resposta às necessidades dos profissionais e utentes (OE, 2014).

Em relação à influência no *burnout*, esta foi avaliada segundo a percepção dos enfermeiros, baseada no ambiente da prática profissional, através da MBI, medida através de 20 itens, agrupados em três dimensões, que avaliam diversos aspetos: a exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização.

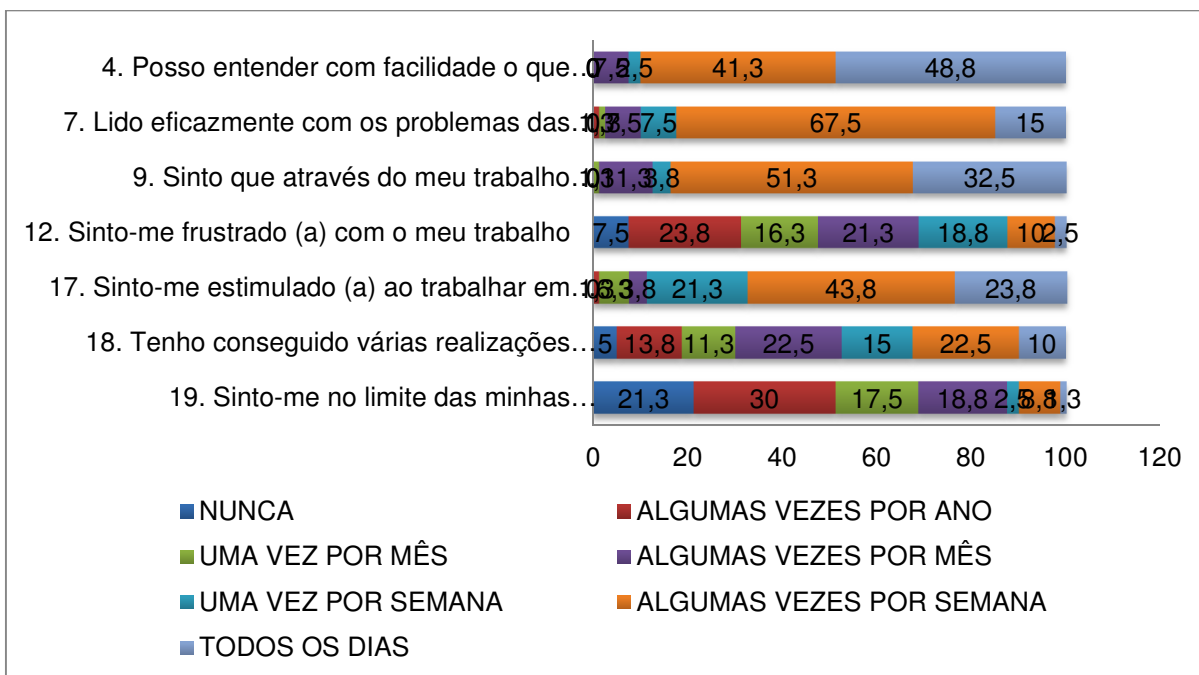
No Gráfico 7, pode verificar-se que o item com valor percentual mais elevado e considerado de maior exaustão emocional percebido pelo enfermeiro é o 6 “Trabalhar com pessoas o dia inteiro exige grande esforço” (47,5%). No gráfico 8, cujos dados apresentados estão relacionados com a realização pessoal, uma pontuação elevada significa uma alta realização (Gasparino, 2014), e neste estudo corresponde ao item 4 “Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas”. O item considerado de maior valor percentual para a dimensão despersonalização é o 20 “Sinto que de algum modo as pessoas culpam-me pelos seus problemas”.

Ainda que sejam variadas as percentagens das diferentes dimensões, na realidade apresentam um nível baixo de *burnout*, face aos valores médios apresentados na Tabela 8, o que contraria a maioria dos estudos, em que o nível de *burnout* apresentado varia entre médio (Amaral & Ferreira, 2013) e em alguns estudos valores acima da média (Spence & Leiter, 2006; Lin, St John & McVeigh, 2009; Oliveira e Pereira (2012).

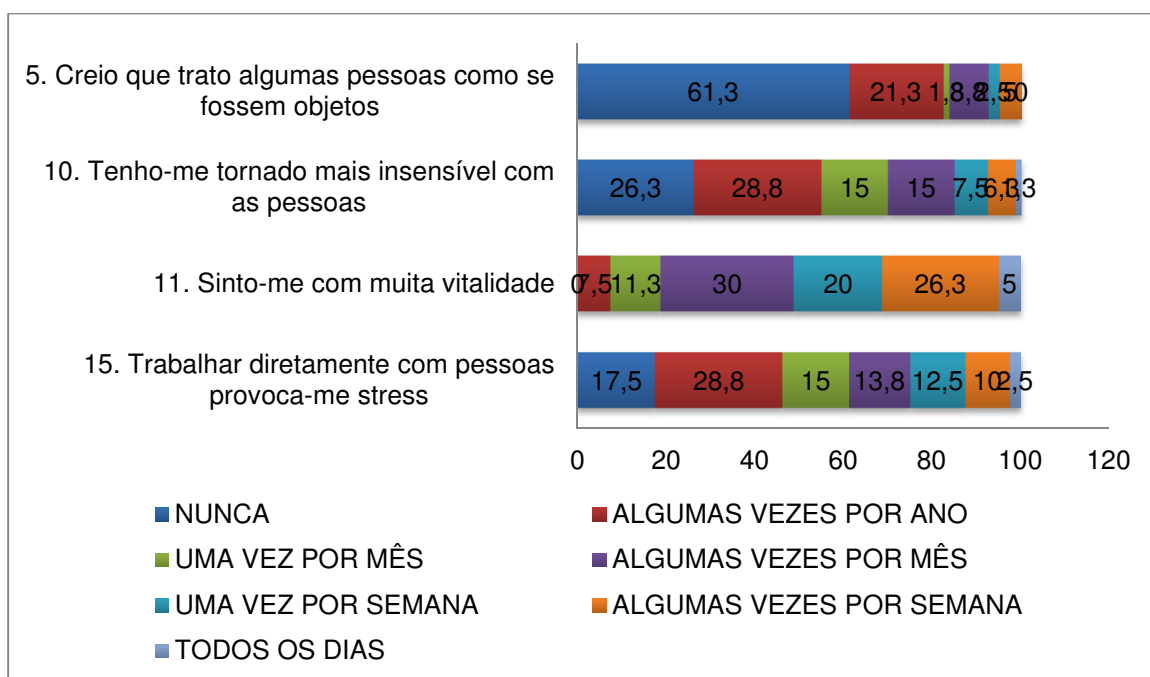
**Gráfico 7:** Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à dimensão Exaustão Emocional



**Gráfico 8 :** Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à dimensão Realização Pessoal



**Gráfico 9:** Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à dimensão Despersonalização



Relativamente à média de concordância em relação ao *burnout*, apresentada na Tabela 9, verificou-se uma média global de 4,03.

Pode verificar-se que a média mais elevada é a correspondente à “Realização Pessoal” (RP), situação em que o profissional sente falta de realização pessoal no trabalho, sentem-se descontentes consigo mesmo e insatisfeitos com os seus resultados laborais, e o valor da média, neste estudo, indica que o profissional considera que vale a pena executar o seu trabalho e que o está a realizar de uma forma digna, já que esta dimensão, apresenta um *score* contrário relativamente às outras duas dimensões (Gil-Monte, 2006).

Quanto à dimensão seguinte “Exaustão Emocional” (EE), com um valor médio de 4,08, o profissional sente que não pode dar mais de si mesmo a nível afetivo, sente-se esgotado e emocionalmente exausto devido ao contacto diário com as pessoas que são o seu objeto de trabalho, indo o valor médio resultante, de encontro a esta situação, em que o profissional se encontra a suportar uma tensão para além dos seus limites (Gil-Monte, 2006).

Por último, a dimensão “Despersonalização” (D), com um valor médio de 3,08, pode ser definida como o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para com as pessoas a quem são destinados os cuidados, chegando a culpar o cliente pela manifestação da sua doença (Gil-Monte, 2006). Uma pontuação elevada indicaria que o profissional teria tendência a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objetos (Gil-Monte, 2006), mas no caso deste estudo, não é esse o resultado verificado, uma vez, que é um valor baixo.

**Tabela 9:** Medidas descritivas das dimensões de *MBI*

DIMENSÕES	MÉDIA	MODA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
EXAUSTÃO EMOCIONAL	4,08	3,67	0,85	2,11	6,00
REALIZAÇÃO PESSOAL	4,95	5,14	0,60	3,43	6,43
DESPERSONALIZAÇÃO	3,08	2,50	0,90	1,50	5,25

Considerando os pontos de corte do MBI para as profissões relacionadas com a Medicina segundo Matos, Vega e Urdániz (1999), Tabela 10, verifica-se um nível baixo de *burnout*, quando os scores obtidos são baixos nas dimensões EE e D, e os *scores* são elevados na RP, um nível médio de *burnout* verifica-se por valores médios nos *scores* das três dimensões e um valor alto de *burnout* verifica-se com valores altos nos *scores* das dimensões EE e D e valores baixos nos *scores* da

dimensão RP (Gonçalves, 2013).

**Tabela 10:** Pontos de corte do *MBI* para as profissões relacionadas com a Medicina

PROFISSÕES	DIMENSÕES	SCORES DO MBI		
		BAIXO	MÉDIO	ALTO
RELACIONADAS COM A MEDICINA	EXAUSTÃO EMOCIONAL	≤ 18	19-26	≥ 27
	DESPERSONALIZAÇÃO	≤ 5	6-9	≥ 10
	REALIZAÇÃO PESSOAL	≥ 40	34-39	≤ 33

Fonte: Matos, Vega & Urdániz, 1999

Quanto aos resultados deste estudo, e observando a Tabela 9, pode afirmar-se que os enfermeiros participantes no mesmo, apresentam um nível baixo de *burnout*, uma vez que apresentam para a dimensão EE uma média de 4,08 ( $\leq 18$  = Baixo), para a dimensão D uma média de 3,08 ( $\leq 5$  = Baixo) e para a dimensão RP, uma média de 4,95 ( $\leq 33$  = Alto), resultados semelhantes ao estudo nacional de (Gonçalves, 2013).

Para as dimensões do NWI-R e do MBI, os *scores* foram obtidos pela média das respostas dos enfermeiros participantes.

Para validar e correlacionar as dimensões do ambiente organizacional com as dimensões do *burnout*, utilizaram-se as correlações de Pearson, pela verificação da normalidade da população. (Pestana e Gageiro 2014).

**Tabela 11:** Interpretação dos valores de *r* de Pearson

DESCRIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO	<i>r</i>
MUITO ALTA	$0,9 \leq r \leq 1$
ALTA	$0,7 \leq r \leq 0,89$
MODERADA	$0,40 \leq r \leq 0,69$
BAIXA	$0,20 \leq r \leq 0,39$
MUITO BAIXA	$R < 0,2$

Fonte: Pestana e Gageiro (2014)

No presente estudo, e relativamente aos resultados correlacionais do ambiente da prática (Tabela 12), verificou-se que existe uma correlação alta entre a autonomia e a realização pessoal, com um valor de 0,86, e no controlo sobre o ambiente da prática profissional e o suporte organizacional, com um valor de 0,88, ou seja os profissionais que participaram naquele momento no estudo, sentem, que para se sentirem realizados devem ter autonomia, devem ter a possibilidade de tomar decisões e demonstrar o seu saber profissional e tendo o suporte por parte da gestão, sentem que controlam melhor o ambiente, na sua prática de cuidados (Pestana e Gageiro, 2014).

No estudo de Guirardello & Panunto (2013), os autores deram ênfase apenas à dimensão exaustão emocional, correlacionando-a com a autonomia, o controlo sobre o ambiente da prática profissional e a relação multidisciplinar, referindo que quanto menor for o controlo e o relacionamento, maior será o nível de exaustão emocional, já no estudo desenvolvido no centro hospitalar X, verificou-se que a correlação inexistente entre as mesmas dimensões, uma vez que os valores encontrados são inferiores a 0,2 (Pestana & Gageiro, 2014)

Todas a restantes correlações são consideradas baixas ou muito baixas, podendo concluir-se que, para os enfermeiros participantes no estudo, e no momento em que realizaram o preenchimento dos questionários, a relação entre as características do ambiente da prática profissional de enfermagem e a influência no burnout dos enfermeiros não é praticamente inexistente.

**Tabela 12** : Correlação entre as dimensões do *NWI-R* e *MBI*

Dimensões	Autonomia	Controlo sobre a prática do ambiente	Relação Multidisciplinar	Suporte Organizacional	Exaustão emocional	Realização Pessoal	Despersonalização
Autonomia	1	0,58	0,39	0,69	-0,15	0,08	-0,16
Controlo sobre a prática do ambiente	0,58	1	0,38	0,88	-0,01	0,18	-0,16
Relação Multidisciplinar	0,39	0,38	1	0,58	-0,02	0,04	-0,13
Suporte Organizacional	0,69	0,88	0,58	1	0,00	0,13	-0,12
Exaustão Emocional	0,15	-0,01	-0,02	0,00	1	0,49	0,35
Realização Pessoal	0,08	0,18	0,04	0,13	0,49	1	0,08
Despersonalização	-0,16	-0,16	-0,13	-0,12	0,35	0,08	1

Apesar dos enfermeiros participantes neste estudo, apresentarem um nível de *burnout* baixo, face aos resultados obtidos, a verdade é que Queirós, em 2005, realizou um estudo, onde concluiu que 25% dos enfermeiros portugueses apresentam *burnout* na atividade profissional, sendo várias as situações que provocam esta insatisfação: baixa valorização do seu trabalho, falta de poder na tomada de decisões e relacionamento com o grupo de trabalho (Pinto, 2008).

## CONCLUSÃO

O principal contributo desta dissertação é chamar a atenção para as características do ambiente organizacional, que possam influenciar de forma favorável ou não, a prática profissional dos enfermeiros, e entender se as mesmas influenciam o estado de *burnout*, ou não.

O ambiente da prática profissional de enfermagem é constituído por um conjunto de características organizacionais, que foram avaliadas neste estudo, através da utilização do questionário *NWI-R*: autonomia, controlo sobre o ambiente da prática profissional, relação multidisciplinar e suporte organizacional.

A profissão de enfermagem é uma atividade profissional de grande exigência, e com características muito próprias, em que os profissionais no seu dia-a-dia se deparam com múltiplas situações relacionadas com os cuidados, requerendo do profissional, conhecimentos, autonomia e suporte organizacional para assegurar de forma adequada a qualidade destes (McHugh *et al*, 2013; Heede *et al*, 2013).

Ainda que o estudo tenha sido desenvolvido num centro hospitalar complexo, os resultados encontrados permitem concluir que os profissionais identificam a presença de características favoráveis ao ambiente da prática profissional de enfermagem, referindo maior descontentamento com os itens relacionados com a remuneração e a dotação de enfermeiros, tal como Aiken *et al* (2013) no estudo que englobou vários países, concluíram, que os fatores de insatisfação vão de encontro a este estudo, acrescentando a oportunidade de formação e progressão na carreira.

A dimensão Autonomia apresentou resultados favoráveis, destacando-se a concordância nos itens relacionados com a mesma, pelo que pode concluir-se que os enfermeiros deste estudo, sentem que são autónomos no exercício das suas funções, sendo importante manter o ambiente da prática adequado, para a continuidade e melhoria dos cuidados prestados ao utente.

Relativamente à dimensão Controlo sobre o Ambiente da Prática Profissional, esta, foi, na sua maioria avaliada favoravelmente, à exceção dos serviços de apoio adequados que permitam dedicar mais tempo ao utente e, como referido supra, a dotação de enfermeiros suficientes na equipa para uma prestação de cuidados de qualidade aos utentes, ambos com resultados desfavoráveis.

Quanto à dimensão Relação Multidisciplinar, foi avaliada favoravelmente na

sua totalidade, bem como os itens relacionados com o apoio e liderança do enfermeiro gestor, constatando-se que os profissionais estão satisfeitos e valorizam o trabalho em equipa e a relação com o gestor.

Com a utilização do *MBI*, pode avaliar-se o *burnout* em três dimensões: exaustão emocional, realização pessoal e despersonalização, verificando-se que os enfermeiros no momento do estudo, apresentavam baixo nível de *burnout*.

Após avaliação de ambos os instrumentos de colheita de dados, na totalidade dos seus itens, e realizada a correlação dos mesmos, pode concluir-se, que neste estudo e no momento em que o mesmo foi realizado, os enfermeiros reconhecem a presença de características favoráveis à prática profissional e apresentam menores níveis de *burnout*, semelhante ao estudo de Guirardello & Gasparino (2015).

Este estudo apresenta resultados importantes, semelhantes a alguns estudos de outros autores. É de considerar os aspetos fundamentais, com o propósito de melhoria em cuidados ao utente e maior satisfação profissional dos enfermeiros, como é o caso de aquisição de mais recursos humanos e materiais e maior autonomia dos profissionais na tomada de decisões, bem como o aumento da remuneração.

A realização deste estudo permitiu ainda, que os enfermeiros participantes, pudessem expor o seu sentir, em relação ao ambiente da sua prática profissional e influência do mesmo no *burnout*, fornecendo aos gestores evidências significativas para a sua atuação na organização dos serviços, no desenvolvimento e implementação de ambientes favoráveis à prática profissional, e que assegurem o exercício de uma prática com autonomia, controlo sobre o ambiente e bom relacionamento entre equipas, e na reestruturação de processos de trabalho, sempre com o objetivo de melhoria dos cuidados ao utente e maior realização profissional e pessoal dos enfermeiros, para o alcance de resultados positivos para todos, ou seja, utentes, profissionais e instituição.

Os enfermeiros gestores devem valorizar as dimensões avaliadas negativamente e agir no sentido da otimização do ambiente, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados, e o bem-estar do profissional, para que não corram o risco de atingir a fase de *burnout*, o que terá resultados positivos ao nível da gestão da organização e da efetividade dos cuidados de enfermagem.

Pode afirmar-se que a realização deste tipo de estudo é sempre uma mais-valia para a investigação, pelo seu importante contributo. A utilização dos

instrumentos *NWI-R* e o *MBI*, permitiu a caracterização do ambiente da prática profissional dos enfermeiros e do *burnout*, demonstrando assim um ambiente favorável, sem influência na síndrome do *burnout*.

Face a esta situação, seria importante realizarem-se mais estudos sobre este tema, o ambiente da prática profissional da enfermagem, principalmente a nível nacional, na tentativa de obtenção de resultados diferentes deste, e de outros estudos já realizados, por forma a concluir se existem outros atributos que influenciem a prática dos cuidados de enfermagem. Para resultados mais consistentes, seria importante a utilização de uma amostra maior, com profissionais que desempenhem a sua atividade profissional há mais anos, do que os profissionais deste estudo.

Importa também referir, que é essencial da parte da gestão, uma definição clara das atividades pretendidas pelos enfermeiros, de forma a existir uma atuação comum para a prática, e para que, no exercício das suas funções, todos os profissionais conheçam as suas competências, para que seja mais fácil e adequado o percurso a seguir no desempenho das funções, bem como manter um ambiente apropriado no que refere à autonomia, situação importante para os enfermeiros, o suporte organizacional, também é fundamental para o auxílio do controlo do ambiente da prática profissional e manter uma relação multidisciplinar funcional. São competências que o enfermeiro gestor deverá procurar manter, para que em equipa, se otimizem os cuidados de saúde ao utente, prestando cuidados com mais qualidade.

Para finalizar, é de referir a pretensão da divulgação deste estudo e respetivos resultados, nos meios adequados, sempre que for oportuno e se justificar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. *et al.* (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. Supl. ao Vol. 42(10), S10-S16.
- Aiken, L., Poghosyan, L., Clarke, S. & Finlayson, M. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Research in Nursing & Health*. 33(4), pp.288-298. doi:10.1002/nur.20383. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908908/>. Acedido em 23 de Janeiro de 2017.
- Aiken, L. & Poghosyan, L. (2009). Evaluation of “Magnet Journey to Nursing Excellence Program” in Russia and Armenia, *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), pp. 166-174. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01268.x.
- Aiken, L., Clark, S., & Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 5-14.
- Aiken, L., Cimiotti, J., Sloane, D., Smith, H. & Neff, D. (2001). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), pp.1047-1053.
- Aiken, L., Havens, D. & Sloane, D. (2000). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100(3), pp. 26-36.
- Aiken, L. & Patrician, P. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospital: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), pp.146-153
- Aiken, L., Sloane D. (1997) Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: the case of AIDS. *Journal Health Society Behavior*, 38(3),203-22.

- Aiken, L., Smith, H. & Lake, E. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), pp.771-787
- Amaral, A., Elvjo, J. & Roque, S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambiente da prática de enfermagem. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/289537196\\_Estudo\\_RNaCast\\_em\\_Portugal\\_ambientes\\_de\\_pratica\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RNaCast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem). Acedido em Janeiro de 2017
- Amaral, A. (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem - qualidade e efetividade. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp.66-74.
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T. & Cardoso, M. (2013). A perceção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 75-81.
- Amaral, A. (2010). A efetividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, pp.96-105.
- American Association of Colleges of Nursing (2002). Hallmarks of the professional nursing practice environment. *Journal Professional Nursing* 18(5), 295-304.
- Augusto, M. (2014). Modelo de Competências dos Enfermeiros com Funções de Gestão em Portugal: Estudo Exploratório. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/3534>. Acedido em Novembro de 2016.
- Balsanelli & Cunha (2013). O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), pp.561-568.

- Balsanelli, A., Cunha, I., Feldman, L., Ruthes, R. (2008). *Organizadoras. Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro*. São Paulo: Martinari; 2008.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. (I. f. Health, Ed.) *Institute for Work & Health; Institut de Recherche Sur le Travail et la Santé*, pp. 0-45.
- Benatti, M., Lorenz, V. & Sabino, M. (2010). Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(6), pp.1084-1091.
- Boev, C. (2012). The Relationship Between Nurses Perception of Work Environment and Patient Satisfaction in Adult Critical Care. *Journal of Nursing Scholarship*. 44(4), 368–375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x.
- Braga, C. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Látria
- Brewer, B. & Verran, J. (2013). Measuring Nursing Unit Environments with Four Composite Measures. *Nursing Economics*. 31(5). 241-249.
- Burns, N. & Grove, S. (2004). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, & Utilization*. (5ª Ed).
- Canavarro, J., (2000). *O que se pensa sobre a ciência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chiavenato, I. (2007). *Administração de Recursos Humanos*. (6ª Ed). São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações*. Rio de Janeiro: Campus.

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. (A. Baumann, Ed., H. Castro & A. M. Silva, Trads.) Ordem dos Enfermeiros.
- Cura, M. & Rodrigues, A. (1999). Satisfação Profissional do Enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(4), pp.21.28.
- Davis, S. (2012). *Why nurses are the unsung heroes of global health*. Disponível em: [http://www.huffingtonpost.com/sheila-davis-dnp-anpbc-faan/international-nurses-week\\_b\\_1499802.html](http://www.huffingtonpost.com/sheila-davis-dnp-anpbc-faan/international-nurses-week_b_1499802.html). Acedido em 12 de Julho de 2015
- Dawis, R. (1987). Scale construction. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), pp.481-489.
- Dias, H. & Paiva, K (2011). Competências do enfermeiro: estudo em um hospital privado. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*. 18(11), pp.356-360.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. *Health Administration Press*.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. Re impress in: *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp.691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Doran, D. (Ed.). (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2<sup>nd</sup> ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D., Sidani, S. & Pamela, H. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), pp.60-65. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15098420>. Acedido em Setembro de 2016.

- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doide, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895528>. Acedido em Setembro de 2016.
- Doran, D., Sidani, S. & Hall, L. (1998). Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. *Nursing Economics*, 11(2), pp.58-87.
- Ferreira, M. (2012). *Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias*. ISBN: 978-989-97031-0-0. Coimbra: UICISA-E.
- Ferreira, M. & Silva, C. (2012) Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8) doi:org/10.12707/RIII1238.
- Fleury, A, & Fleury, M. (2001). *Construindo o conceito de competência*. RAC Edição Especial, pp.183-196. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf). Acedido em Setembro de 2016
- Fleury, M. & Fleury, A. (2000) Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, pp.183-196.
- Formiga,J. & Germano, R. (2005). *Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem*. Brasília, 58(2), Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200019>. Acedido em Setembro de 2016.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapa do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

- Fortin, M., Côté, J. & Vissandjée, B. (2003). *As Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, pp.22-43
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência.
- Furukawa, P. & Cunha, I. (2010). Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. *Revista brasileira de Enfermagem*, 63(6), São Paulo.
- Gasparino, R. & Guirardello, E. (2015). Tradução e adaptação para a cultura brasileira do “Nursing Work Index – Revised”. *Acta Paulista Enfermagem*, 22(3), pp.281-287
- Gasparino, R. (2014). Síndrome de burnout na equipa de enfermagem de um hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, 19(2), pp.232-238.
- Gil-Monte, P. (2005) Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), pp. 1-8.
- Godinho, N. (2014). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NP 450)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Grazziano, E. & Bianchi, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout em enfermeros. *Enfermagem Global*
- Guimarães, L. & Cardoso, W. (2004). *Atualizações da síndrome de burnout*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guirardello, E. & Panunto, M. (2013). Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), pp.765-772.

- Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E. & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: *a mixed method study*. *International journal of nursing studies*, 50(2), pp. 185-94. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001.
- Hinno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 133-143. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00920.x.
- Hulley, S. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica*. (3ª Ed.) Porto Alegre: Artmed
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planejamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Jesus, E., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*.
- Jung G. (2005). *O estado da arte: enfermagem baseada em evidências e os protocolos clínicos*. In: Mancia JR, Vargas MAO. Livro-Temas da 66ª Semana Brasileira de Enfermagem. A bioética e os modos de ser da enfermagem. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, pp.58-74.
- Kelly, L., McHugh, M. & Aiken, L (2012). Nurse outcomes in Magnet© and non-Magnet hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42, (10). pp.44-49.
- Kemp, M. & Richardson, E. (1995). *A Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem*. Lisboa: Grafilarte.
- Kramer, M., & Hafner, L. (1989). Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research*, 38(3), pp.172-177. Disponível

em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2717441>. Acedido em Dezembro de 2016

Kutney-Lee, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Neff, D., & Aiken, L. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), 669-77. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w669.

Lake, E. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research and Review*, 64, pp.104-122. Disponível em <http://journals.sagepub.com/home/mcr>. Acedido em 15 de Janeiro de 2016

Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), pp. 176-188.

Lakatos, E. & Marconi, M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. (6ª Ed.) São Paulo: Atlas

Lanzoni, G. & Meirelles, B. (2009). Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 19(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300026&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300026&script=sci_arttext&lng=pt). Acedido em Outubro de 2016.

Laschinger, H., Wong, C., Grau, A., Read, E. & Stam, L. (2011). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 877-888. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x

Li, YF, Lake, E., Sales, A., Sharp, N., Greiner, G. & Lowy, E. (2007). Measuring nurses practice environments with the Revised Nursing Work Index: evidence from registered nurses in the veterans health administration. *Research e Nursing & Health*. 30(1), pp.31-44. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17243106>. Acedido em Agosto 2016.

- Lin, F., St, Jonh, W., McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17(3), pp.294-301. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21456318>. Acedido em Agosto de 2016.
- Maslach, C. *et al*, (1996) *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3ªEd.) Palo Alto: Consulting Psychologist's Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 397-422. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000098&pid=S0103-166X200700030000400024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000098&pid=S0103-166X200700030000400024&lng=en). Acedido em Dezembro de 2016.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 12 (7/8), 837-851.
- Matos, H., Vega, H. & Urdániz, A. (1999). *Estudo do Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde dum hospital geral*. *Psiquiatria Clinica*, 20(1),125-138.
- McHuhg, M., Kelly, L., Smith, H., Wu E., Vanak, J., Aiken, L. (2103). Lower mortality in magnet hospitals. *Medical Care*, 51(5), pp.382-388.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*,
- Ministério da Saúde. (2000). Plano Nacional de saúde 2000-2004. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/>. Acedido em Outubro de 2016.
- Mrayyan, M. (2004). Nurses autonomy: influence of nurse managers actions. *Journal of Advanced Nursing*, 3(45), pp. 326-336. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14720250>. Acedido em Setembro de 2016.

Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Aunguroch, Y., & Aiken, L. H. (2011). Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. *Journal Of Nursing Scholarship*, 43(4), 426-432. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2014). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>. Acedido em Setembro de 2016.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>. Acedido em Agosto de 2016.

Peak, M., Burke, R., Ryan, S., Wratten, K., Turnock, R., & Enoweth, C. (2005). Clinical governance: turn of continuous improvement. Emerald Group Publishing, 10 (2), 98-105.

Peres, A., & Ciampone, M. (2006). Gerência e Competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem*, 492-499.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN: 978-972-618-775-2

Pfetscher, S. (2014). Modern Nursing. Em M.Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (pp. 60-72). St Louis: Elsevier.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2009) – Rede Nacional de Cuidado Continuados Integrados: referencial do

enfermeiro.

Disponível

em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>. Acedido em 12 de Julho de 2015.

Puccia, M. (2007). *O enfermeiro como assessor federal, estadual e municipal*. São Paulo: Manole.

Puente-Palacios (2002). Abordagens teóricas e dimensões empíricas do conceito de clima organizacional. *Revista de Administração*, 37(3).

Queirós, P. (2005). *Burnout – no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde, Lda. 972-8485-47-6.

Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Regulamento nº 101/2015, (10 de março de 2015). Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, Nº 48, 5948-5952.

Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), pp. 698-714. doi:10.1037/0021-9010.87.4.698

Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda. 978-989-8463-01-2

Ribeiro, J. (2009). *A Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEOB. 978-85-7879-192-6

Ribeiro, O, Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008). *Dualidade dos cuidados de saúde*.

Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. (C. Fonseca, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget. 972-771-175-8.

- Ruthes, R. & Cunha, I. (2007). Entendendo as competências para a aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, pp.109-112.
- Santo T., Oguisso T., Fonseca, R. (2011). The professionalization of Brazilian nursing in the written media of the end of the nineteenth century: a gender analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_26.pdf) Acedido em 21 de Janeiro de 2017.
- Sherman, R., Bishop, M., Eggenberger, T. & Karden, R. (2007). Development of a leadership competency model. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), pp.85-94.
- Skar, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp.2226-2234
- Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silva, R. *et al* (2004). Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), 25(2), pp.165-75.
- Spence, L. & Leiter, M. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nursing Research*, 55, pp.137-146. doi:10.1097/00006199-200603000-00009
- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2008). Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research*, 57(1), pp.2-13.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a

Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal Of Nursing Studies*, 46(1), 55-65. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.07.009.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção dos Conhecimentos*. Lisboa: Edições Sílabo.

Warshawsky, N. & Havens, D. (2011). Investing in Human Relations for Healthy Nursing Practice Environment, Nurses Job Satisfaction and Quality of Nursing Care. *American Journal of Nursing Research*, 1(1), pp.10-19. doi:10.12691/ajnr-1-1-2. Disponível em <http://www.sciepub.com/reference/883>. Acedido em Dezembro 2016.

Watkins, S., Corley, D., Deborah, M. & Moe, K. (2014). Implementing a nurse leader fellowship model. *Journal Nursing Management*, 45(7), pp.53-55. doi:10.1097/01.NUMA.0000451038.15082.b7.

Weber, E., Walsh, T. (2015). Nurse Leader Competencies: a Toolkit for success. *Journal of Nursing Management*, 46(12), pp.47-50. doi:10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85.

Wetson, M. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *The Journal of Nursing Administration*, 38(9), pp.404-408. doi:10.1097/01.NNA.0000323960.29544.e5.

Xavier, C. et al (2005) - *Metodologia de Gerenciamento de Projetos – METHODWARE: Abordagem prática de como iniciar, planejar, executar, controlar e fechar projetos*. Rio de Janeiro: Brasport.



---

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1**

Carta de Autorização do Estudo

Exma. Senhora  
Enfermeira  
Iolanda Sofia da Fonseca Santos

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação de instrumento de colheita de dados aos enfermeiros do [REDACTED]

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros dos Serviços de Medicina [REDACTED], no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Gestão em Enfermagem.

Com os nossos cumprimentos,

[REDACTED] 05 de novembro de 2015

A Enfermeira Directora

[REDACTED]  
Enfermeira Directora

## **ANEXOS**

---

**ANEXO 1**  
Questionário

---

## QUESTIONÁRIO AMBIENTE ORGANIZACIONAL

### Aos enfermeiros

Pretendemos estudar os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem – impacto nos enfermeiros, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde, com utilização de questionário adaptado e validado para o contexto cultural português.

Solicitamos que responda a todos os itens com (X) nas escalas tipo *Likert*, que está colocada lateralmente. A escala é apresentada no início das questões.

Por **atributo organizacional** entende-se as características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro.

Por **enfermeiro gestor** consideramos os enfermeiros chefes, supervisores ou directores e os enfermeiros com outra categoria profissional mas que exerçam funções de gestão.

Por **método de trabalho em equipa** entende-se método em que os enfermeiros estão organizados por equipas que são responsáveis pela prestação de cuidados a um determinado grupo de doentes;

Por **método de Enfermeiro de Referência** entende-se método de trabalho em que o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a um ou vários clientes desde a sua admissão à sua alta;

Por **método de trabalho individual** entende-se método onde a distribuição da responsabilidade por todos os cuidados a prestar a um/vários clientes durante um turno é atribuído a um enfermeiro.

Por **flutuação**, conceito abordado nas questões 47 e 51, entende-se flutuação de um enfermeiro do seu serviço permanente para um outro serviço da organização, tendo a duração de um turno (McHugh, 1997).

A **Parte A** consiste na caracterização dos profissionais, a **Parte B** relaciona-se com o tema em estudo, a **Parte C** relaciona-se com o *Burnout* dos enfermeiros, e a **Parte D** consiste na aquisição de sugestões dos respondentes para a melhoria do instrumento de recolha de dados - questionário.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, manifestamos desde já os nossos agradecimentos.

Gratos

Outubro/2015

Iolanda Santos

Para qualquer esclarecimento adicional, agradeço contacto:

Tmv: 967 321 773 / E-mail: [yolandasofiasantos@gmail.com](mailto:yolandasofiasantos@gmail.com)

---

Questionário anónimo

**A – Caracterização Geral**

1. **Género:** Feminino  Masculino

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Habilitações académicas:**

Bacharelato .....

Licenciatura .....

Mestrado .....

Outra .....

Qual? \_\_\_\_\_

4. **Categoria Profissional:**

Enfermeiro .....

Enfermeiro Chefe .....

Enfermeiro Graduado.....

Enfermeiro Supervisor .....

Enfermeiro Especialista .....

Enfermeiro Diretor .....

5. **Tempo de atividade profissional:** \_\_\_\_\_

6. **Tempo de actividade profissional nesta organização:** \_\_\_\_\_

7. **Serviço actual:** \_\_\_\_\_

## B – AMBIENTE ORGANIZACIONAL

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

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Presente no trabalho atual...					
1. Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos clientes.	1	2	3	4	5
2. A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho.	1	2	3	4	5
3. Bom programa de integração para enfermeiros recém-contratados.	1	2	3	4	5
4. Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão.	1	2	3	4	5
5. Remuneração satisfatória.	1	2	3	4	5
6. A enfermagem controla a sua prática.	1	2	3	4	5
7. Programa de formação em serviço e formação contínua para enfermeiros.	1	2	3	4	5
8. Oportunidades de desenvolvimento profissionais e de carreira.	1	2	3	4	5
9. Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional.	1	2	3	4	5
10. Valorização de novas ideias obre os cuidados a prestar.	1	2	3	4	5
11. Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5
12. Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes.	1	2	3	4	5
13. O enfermeiro gestor é um bom gestor e líder.	1	2	3	4	5
14. O enfermeiro gestor é bastante visível e acessível à equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5
15. Flexibilidade na alteração do horário de trabalho.	1	2	3	4	5
16. Dotações suficientes para a prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
17. Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho.	1	2	3	4	5
18. Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito.	1	2	3	4	5
19. Os enfermeiros especialistas são consultados sobre os cuidados ao cliente.	1	2	3	4	5
20. Método de Trabalho em Equipa como método de organização e distribuição do trabalho.	1	2	3	4	5
21. Método de Enfermeiro de Referência como método de organização e distribuição do trabalho.	1	2	3	4	5

22. Método de Trabalho Individual como método de organização e distribuição do trabalho.	1	2	3	4	5
23. Não ser colocado em posição de ter que realizar atividades que são contra os meus princípios éticos.	1	2	3	4	5
24. A Direcção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	5
25. O enfermeiro diretor tem idêntico poder e autoridade a de outros membros da administração da organização.	1	2	3	4	5
26. Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar.	1	2	3	4	5
27. Oportunidade de evolução.	1	2	3	4	5
28. A equipa de enfermagem é incentivada a prosseguir estudos académicos em enfermagem.	1	2	3	4	5
29. Uma filosofia de enfermagem clara atravessa o ambiente de cuidados ao cliente.	1	2	3	4	5
30. Os enfermeiros participam ativamente nos esforços para controlar os custos.	1	2	3	4	5
31. Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4	5
32. A equipa de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos.	1	2	3	4	5
33. O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos.	1	2	3	4	5
34. A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores.	1	2	3	4	5
35. Existência de um Sistema de Gestão da Qualidade.	1	2	3	4	5
36. Os enfermeiros são envolvidos na gestão interna da organização (p. ex.: comissões de ética e de práticas clínicas).	1	2	3	4	5
37. Existe colaboração multidisciplinar	1	2	3	4	5
38. Existe um programa de tutoria para enfermeiros recém-contratados.	1	2	3	4	5
39. O cuidado de enfermagem é baseado num modelo de enfermagem e não no modelo biomédico.	1	2	3	4	5
40. Os enfermeiros têm a oportunidade de integrar grupos de trabalho de enfermagem e da organização.	1	2	3	4	5
41. Os contributos que os enfermeiros dão para os cuidados aos clientes são reconhecidos publicamente.	1	2	3	4	5
42. Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários.	1	2	3	4	5
43. O ambiente de trabalho é agradável atractivo e confortável.	1	2	3	4	5
44. Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado.	1	2	3	4	5
45. Existem planos de cuidados estabelecidos e atualizados para todos os clientes.	1	2	3	4	5
46. A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao mesmo cliente durante o internamento).	1	2	3	4	5

47. Enfermeiros de um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço.	1	2	3	4	5
48. Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários.	1	2	3	4	5
49. Políticas, procedimentos e normas de atuação de enfermagem, em vigor.	1	2	3	4	5
50. Utilização de diagnósticos de enfermagem.	1	2	3	4	5
51. Flutuação de enfermeiros, para que as dotações estejam iguais entre serviços.	1	2	3	4	5
52. Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos.	1	2	3	4	5
53. A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem a organização.	1	2	3	4	5
54. Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente entre enfermeiros.	1	2	3	4	5

### **C – Burnout**

9. Considerando as suas características psicofísicas, e o facto de exercer um trabalho contínuo com pessoas que estão em sofrimento, psicológico, social e/ou físico, podendo causar stress crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de *burnout*, assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

Características psicofísicas em relação ao trabalho...							
1. Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e sem disposição para realizar o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Trabalhar com pessoas o dia inteiro exige grande esforço.	1	2	3	4	5	6	7
7. Lido eficazmente com os problemas das pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
8. O meu trabalho deixa-me exausto (a).	1	2	3	4	5	6	7

9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
10. Tenho-me tornado mais insensível com as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sinto-me com muita vitalidade.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sinto-me frustrado (a) como o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto que trabalho demasiado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Na realidade não me preocupo com o que acontece com as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
15. Trabalhar diretamente com pessoas provoca-me stress.	1	2	3	4	5	6	7
16. Promovo facilmente ambiente relaxante às pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sinto-me estimulado (a) ao trabalhar em contacto com as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Tenho conseguido várias realizações profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
19. Sinto-me no limite das minhas possibilidades.	1	2	3	4	5	6	7
20. Sinto que de algum modo as pessoas culpam-me pelos seus problemas.	1	2	3	4	5	6	7

#### **D – SUGESTÕES**

---

10. Quer apresentar alguma sugestão?

---



---



---

Muito obrigado pela sua participação!

---

## **ANEXO 2**

Consentimento Informado

---

## Declaração de Consentimento Informado\*

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_,

fui informado (a) sobre os objectivos do projecto em estudo: “Os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem – impacto nos enfermeiros, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde”, desenvolvido pela aluna de Mestrado em Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Sei que neste estudo está prevista a aplicação de um questionário, durante os meses de Outubro e Novembro, tendo-me sido explicado em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado, e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

DATA, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do Participante**

**Assinatura do Investigador Responsável**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Este Consentimento Informado foi elaborado de acordo com as directrizes da Declaração de Helsínquia da OMS (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013)