

ESTUDO RN4CAST EM PORTUGAL: AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM*

Élvio Henriques de Jesus⁽¹⁾; Sofia Maria Borba Roque⁽²⁾; António Fernando Salgueiro Amaral⁽³⁾

Resumo

Enquadramento: Na perspetiva de (Lake, 2002) os ambientes de 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, particularmente entre médicos e enfermeiros. Tais ambientes, à luz da evidência científica das últimas décadas, produzem impactos significativos aos níveis da qualidade e segurança dos cuidados aos utentes, da saúde e bem-estar laborais dos profissionais e da qualidade, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde. À semelhança de outros países, têm sido realizados alguns estudos sobre este fenómeno em Portugal. Porém, realizados em contextos organizacionais regionais, tornando-se necessário alargar esta investigação a múltiplos centros, preferencialmente de âmbito nacional e internacional.

Objetivo: Descrever a perceção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos ambientes de prática de enfermagem e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais.

Material e métodos: Estudo quantitativo, observacional, transversal, envolvendo 2235 enfermeiros de unidades médico-cirúrgicas de adultos de 31 Hospitais portugueses. Os dados foram colhidos através da aplicação da Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) e de um questionário sociodemográfico e tratados com recurso à estatística descritiva e analítica.

Resultados: Os dados revelaram ambientes de prática de enfermagem desfavoráveis na maior parte dos hospitais portugueses, embora existindo grande variabilidade entre organizações e, nestas, entre serviços. As dimensões que se verificaram mais críticas foram, respetivamente, a adequação de recursos humanos e materiais, a participação dos enfermeiros na governação hospitalar e a gestão, liderança e suporte dos enfermeiros. As mais favoráveis foram fundamentos de enfermagem para a qualidade e a relação entre médicos enfermeiros, embora com um score muito próximo do limiar do ponto de corte da escala (2,5). Apenas se verificou significância estatística ($p=0,05$) na relação entre os ambientes de prática e as variáveis: dimensão do hospital (número de camas), grupo etário e antiguidade profissional dos participantes no hospital.

Conclusão: A qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos hospitais portugueses evidenciada neste estudo requer uma imediata e profunda intervenção por parte dos diferentes responsáveis políticos e dirigentes associativos, profissionais e organizacionais, especialmente nas dimensões adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, liderança e apoio dos enfermeiros. Estudos longitudinais, de casos de sucesso/insucesso nestes e noutros contextos de cuidados são igualmente requeridos.

Palavras-chave: Ambientes de Prática (Work Environment), Enfermeiros, Serviços Médico-cirúrgicos, RN4Cast

Abstract

RN4CAST STUDY IN PORTUGAL: NURSING PRACTICE ENVIRONMENTS

Background: According to (Lake, 2002), favourable nursing practice environments are characterized by the staffing and resource adequacy, an effective Nurse participation in hospital affairs, existence of nursing foundations for the quality of care, nurses' management, leadership and support of nurses, as well as good relations among the various professional groups, particularly between physicians and nurses. In light of the scientific evidence in recent decades, such environments have a significant impact on the quality and safety of patient care, on the occupational health and well-being of the professionals, and on the quality, productivity and effectiveness of the health services, organizations and systems. As in other countries, some studies on this phenomenon have been developed in Portugal. However, since they have been conducted in regional organizational settings, it is necessary to extend this research to multiple centers, preferably of national and international scope.

Objective: To describe the perception of the nurses of medical-surgical services of Portuguese hospitals about the nursing practice environments and their association with certain sociodemographic and professional variables.

Material and Methods: Quantitative, observational, cross-sectional study, involving 2235 nurses of adult medical-surgical units in 31 Portuguese hospitals. Data were collected through the application of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) and a sociodemographic questionnaire, and analyzed using descriptive and analytical statistics.

Results: The data revealed unfavorable nursing practice environments in most Portuguese hospitals, although there is large variability between organizations and, within them, between services. The most critical dimensions were the staffing and resource adequacy, the Nurse participation in hospital affairs, and nurses' management, leadership and support of nurses, respectively. The most favorable dimension was the nursing foundations for the quality of care and the physician-nurses relations, although the score was very close to the cut-off point of the scale (2.5). Statistical significance ($p=0.05$) was only found in the relationship between the practice environments and the variables: hospital size (number of beds), age group and professional seniority of the participants in the hospital.

Conclusion: The quality of the nursing practice environments in Portuguese hospitals observed in this study requires an immediate and profound intervention by the different policy-makers and association, professional and organizational leaders, particularly in the dimensions related to the staffing and resource adequacy, Nurse participation in hospital affairs, and nurses' management, leadership and support of nurses. Longitudinal studies on the cases of success/failure in these and in other health care settings should also be developed.

Keywords: Practice Environment, Nurses, Medical-surgical Services, RN4Cast

Enviado em outubro 2015. Aceite em novembro 2015.

⁽¹⁾ Professor Auxiliar Convidado no ICS da Universidade Católica Portuguesa

⁽²⁾ Assistente do 2º Triénio na Escola Superior de Saúde de Portalegre

⁽³⁾ Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

* RN4CAST - Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast) - Human Resources Management for Nursing in Europe, a study on the impact of nurse deployment on patient safety (www.rn4cast.eu/).

ESTUDIOS METASÍNTESIS SOBRE LIDERAZGO DE ENFERMERÍA EN PORTUGAL

Marco contextual: desde la perspectiva de (Lake, 2002), los ambientes de la práctica de enfermería favorables se caracterizan por la adecuación de los recursos humanos y materiales, la participación efectiva de los enfermeros en el gobierno interno de las organizaciones, la existencia de fundamentos de enfermería para la calidad de los cuidados, la gestión, el liderazgo, el apoyo a los enfermeros, así como las buenas relaciones entre los diferentes grupos profesionales, particularmente entre médicos y enfermeros. Tales ambientes, a la luz de las pruebas científicas de las últimas décadas, producen impactos significativos a los niveles de la calidad y la seguridad de la atención a los usuarios, de la salud y el bienestar laboral de los profesionales y de la calidad, la productividad y la efectividad de los servicios, organizaciones y sistemas de salud. Como en otros países, en Portugal también se han realizado algunos estudios sobre este fenómeno, sin embargo, se restringen a contextos organizativos regionales, lo que hace que sea necesario ampliar esta investigación a múltiples centros, preferentemente del ámbito nacional e internacional.

Objetivo: describir la percepción de los enfermeros de servicios médico-quirúrgicos de los hospitales portugueses en relación a los ambientes de la práctica de enfermería y su relación con algunas variables sociodemográficas y profesionales.

Material y métodos: estudio cuantitativo, observacional, transversal, que implica a 2.235 enfermeros de unidades médico-quirúrgicas de adultos de 31 hospitales portugueses. Los datos se recogieron a través de la aplicación de la Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) y de un cuestionario sociodemográfico, y se trataron mediante la estadística descriptiva y analítica.

Resultados: los datos revelaron ambientes de práctica de enfermería desfavorables en la mayor parte de los hospitales portugueses, aunque sigue existiendo una gran variabilidad entre organizaciones y, dentro de estas, entre servicios. Las dimensiones que se mostraron más críticas fueron, respectivamente, la adecuación de recursos humanos y materiales, la participación de los enfermeros en el gobierno hospitalario y la gestión, el liderazgo y el apoyo de los enfermeros. La más favorable fue los fundamentos de la enfermería para la calidad y la relación entre médicos y enfermeros, aunque con una puntuación muy próxima al umbral del punto de corte de la escala (2,5). Solo se verificó significancia estadística ($p=0,05$) en la relación entre los ambientes de práctica y las variables: dimensión del hospital (número de camas), grupo etario y antigüedad profesional de los participantes en el hospital.

Conclusión: la calidad de los ambientes de la práctica de enfermería en los hospitales portugueses probada en este estudio requiere una intervención inmediata y profunda por parte de los diferentes responsables políticos y dirigentes asociativos, profesionales y organizativos, especialmente en las dimensiones adecuación de los recursos humanos y materiales, participación de los enfermeros en el gobierno hospitalario y la gestión, liderazgo y apoyo de los enfermeros. Asimismo, se requieren estudios longitudinales de casos de éxito/fracaso en estos y otros contextos de cuidados.

Palabras clave: Ambientes de la Práctica, Enfermeros, Servicios médico-quirúrgicos, RN4Cast

Equipa de Investigação do projecto RN4Cast em Portugal Universidade Católica Portuguesa

- António Manuel - En^o Supervisor - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
- Beatriz Araújo - En^o, Professora Associada - CIIS/ICS
- Elisabete Nunes - En^o, Assistente do 2^o Triénio - CIIS/ICS
- Elvijo Jesus (Coordenação) - En^o Supervisor - CIIS/ICS
- Nelson Guerra - En^o Chefe - CIIS/ICS
- Sofia Salgado (Consultora) - Professora Auxiliar - Faculdade de Economia e Gestão-UCP Porto

Universidade Nova e Universidade de Lisboa

- Alexandra Pinto (Consultora) - Professora Auxiliar - Faculdade de Psicologia
- Gilles Dussault (Consultor) - Professor Catedrático convidado - Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT)
- Inês Fronteira - En^o, Professora Auxiliar - Unidade de Ensino e Investigação de Saúde Pública Internacional e Bioestatística (UEI-SPIB) / IHMT
- Pita Barros (Consultor) - Professor Catedrático - Nova School of Business and Economics - Faculdade de Economia

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Aida Mendes - En^o, Professora Coordenadora - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)
- Fernando Amaral - En^o, Professor Coordenador - UICISA:E

Catholic University Leuven

- Walter Sermeus (Consultor) - Professor in Healthcare Management - KU Leuven

Introdução

Assegurar a qualidade tornou-se uma prática comum nas organizações de saúde. Em Portugal essa prática está a emergir através de uma crescente valorização da qualidade em saúde, sobretudo a partir da criação e desenvolvimento de ações do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) que tem vindo a dinamizar processos de acreditação dos hospitais, em articulação com organismos internacionais: o projeto de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr); o International Health Quality Indicator Project e o Health Comparison of Quality Indicators Project da OCDE, entre outros.

Entende-se a qualidade como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde, onde o ambiente da prática poderá ser uma variável determinante na atuação multidisciplinar que caracteriza a prestação de cuidados de saúde.

Não é recente a preocupação com a análise dos ambientes da prática. A referida preocupação emerge, por um lado, da escassez de enfermeiros e, por outro, da apreensão com a elevada rotatividade

de profissionais entre hospitais dos EUA, em 1980, tornando necessário atraí-los, reter e motivar (Baumann, 2007; Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann, & Ausserhofer, 2012; Lake, 2002; Petit dit Dariel & Regnaud, 2013). A partir dos anos 90 a preocupação com o estudo deste conceito dirige-se essencialmente à qualidade dos cuidados e dos resultados obtidos nos pacientes. A segurança dos doentes foi entretanto ligada aos ambientes de prática sobretudo a partir dos estudos do IOM (2004).

Ambientes onde as relações entre enfermeiros e médicos são boas, onde os enfermeiros são reconhecidos, onde lhes são dadas condições de desenvolvimento pessoal e profissional e onde o exercício da autonomia é mais incentivado, são ambientes que favorecem a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados com repercussões nos índices de segurança e efetividade.

Tem sido acumulada evidência de que ambientes favoráveis de prática potenciam uma maior satisfação dos colaboradores, níveis de burnout mais baixos e um menor número de profissionais que manifesta o seu desejo de mudar de local de trabalho ou de abandonar a profissão (Aiken, Clarke, Sloane, & Sochalski, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes, et al., 2006). Ao nível dos cuidados de saúde, ambientes de prática de enfermagem mais favoráveis obtêm melhores resultados nos doentes (Aiken et al., 2002; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, & Giovannetti, 2005), nomeadamente ao nível da segurança, com menos quedas, menos erros de medicação, menos úlceras de pressão, menos infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Assim, pode afirmar-se que a otimização dos ambientes de prática ajuda a assegurar a qualidade dos cuidados e demoras médias comparáveis mais baixas, com evidentes repercussões ao nível dos benefícios para a organização prestadora de cuidados (Aiken et al., 2002, Aiken et al., 2008; Doran & Almost, 2003; Baumann 2007; Milisen, Abraham, Siebens, Darras, & Casterlé, 2006; Sousa, 2006; Silva, 2006; Stordeur & D'Hoore, 2007;). Mais recentemente tem também sido

atribuído aos ambientes de prática mais favoráveis uma menor mortalidade em doentes cirúrgicos (Aiken et al., 2008; Friese, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008).

Deste modo, a optimização do ambiente da prática pode ajudar a assegurar a qualidade dos cuidados, o que tem repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados (Aiken et al., 2002, Aiken et al., 2008; Doran & Almost, 2003; Baumann, 2007).

Assim, através da identificação das características dos hospitais que tiveram a capacidade de atrair e manter os enfermeiros durante uma crise de força de trabalho de Enfermagem, nasceu o conceito do Magnet Hospital, o qual foi evoluindo ao longo do tempo pela ação de diferentes agências e programas (Alspach, 2009; Desmedt et al., 2012). O Magnet Hospital é reconhecido como uma ferramenta que incentiva os hospitais a melhorar ambientes da prática e, conseqüentemente, a terem um impacto positivo na prestação de cuidados ao cliente (Petit dit Dariel & Regnaud, 2013; JBI, 2010). O JBI (2010) afirma que o reconhecimento Magnet requer um compromisso para uma cultura de excelência, alocação cuidada dos recursos, bem como sistemas de apoio na prestação de cuidados ao cliente e desenvolvimento profissional. Assume-se que o ambiente da prática é composto pelo efeito acumulado de inúmeros fatores inter-relacionados, que afetam o desempenho e a satisfação. Esses fatores são mencionados por Alspach (2009), como atributos localizados nas estruturas organizacionais; operação de sistemas organizacionais; e/ou políticas organizacionais, procedimentos ou programas. Todavia, o autor considera que existe negligência por não se considerar influências de nível individual.

Da multidisciplinidade referida anteriormente, na prestação de cuidados de saúde, gostaríamos de destacar a Enfermagem pela sua experiência, representatividade e contributos estratégicos e económicos, considerando que esta é uma classe profissional muito importante nos sistemas de saúde de qualquer país. Contudo, a instabilidade/turbulência do sector é uma realidade, facto que motiva e anima novos conjuntos de competências que a profissão integra, permitindo-

nos, deste modo, refletir e liderar as mudanças dinâmicas dos cuidados de saúde.

Vários estudos internacionais identificam o ambiente da prática como uma variável que influencia a prestação de cuidados de saúde e especificamente os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken, et al., 2002). Baumann (2007) acrescenta que um ambiente de trabalho saudável é um ambiente de prática que maximiza a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, bem como resultados de qualidade para os clientes e desempenho organizacional. Deste modo, os ambientes de prática têm sido estudados ao longo dos tempos com o objetivo de perceber o seu efeito nos profissionais de enfermagem e os resultados nos clientes. Lake (2007) refere duas razões para o mencionado: um movimento no sentido de melhorar a segurança do cliente e uma escassez permanente de enfermeiros. Diversas são as definições de ambiente da prática, todavia as que retratam um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática da enfermagem, parece ser as que reúnem maior consenso entre os autores (Lake, 2002). Também o ambiente da prática de Enfermagem está associado ao Magnet Hospital. Lake (2002) refere que os Magnet hospital apresentam um conjunto de características organizacionais comuns que se centram na descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem; uma forte e eficaz liderança de enfermagem; reconhecimento da autonomia profissional de enfermagem, accountability, e responsabilidade pela qualidade dos cuidados ao cliente; adequação dos recursos humanos e horários flexíveis.

Baseados nas diferentes características dos Magnet Hospital, vários estudos foram desenvolvidos. Kelly, McHugh, & Aiken (2011) desenvolveram na Califórnia, Florida, Pensilvânia e Nova Jersey um estudo que permitiu concluir que os ambientes da prática da Enfermagem, as qualificações profissionais e os resultados obtidos são superiores nos Magnet Hospital relativamente aos non-Magnet Hospital. Também Begley, Brennan, & Salmond (2009), numa ampla revisão sistemática encontrou evidências do efeito positivo do Magnet no ambiente da prática, associados a

níveis baixos de burnout, níveis mais elevados de satisfação, perceções mais elevadas de qualidade de atendimento, e por fim, diminuição da intenção de sair do serviço.

Desmedt et al. (2012) referem que o princípio chave para o reconhecimento no processo Magnet é a avaliação e monitorização contínua da qualidade do ambiente da prática dos Enfermeiros. Existem vários instrumentos utilizados para medir os ambientes de prática de Enfermagem como por exemplo (Hinno, 2012): Nursing Work Index (NWI) (Kramer & Hafner, 1989); Work Quality Index (WQI) (Whitley & Putzier, 1994); Revised Nursing Work Index (NWI-R) (Aiken & Patrician, 2000); Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES- NWI) (Lake, 2002); Essentials of Magnetism (EOM) (Kramer & Schmalenberg, 2005). Todavia, num estudo desenvolvido por Lake (2007), que teve como objetivo avaliar a utilidade de instrumentos multidimensionais para medir o ambiente da prática de enfermagem, cujos critérios de avaliação foram a relevância teórica, facilidade de uso e divulgação, dos sete estudos identificados, concluiu que a escala do ambiente da prática do índice de trabalho de enfermagem (PES-NWI) é o instrumento mais útil. Efetivamente o PES é o mais utilizado atualmente e este derivou do índice de trabalho em enfermagem, que por sua vez foi desenvolvido com base nas características do magnet hospital e na revisão da literatura dos valores e satisfação no trabalho. Este foi revisto em 1990 centrado-se mais na presença de atributos organizacionais, para alcançar os resultados desejados, em vez de satisfação da enfermagem e produtividade percebida, originando 3 subescalas: autonomia, controle sobre o ambiente de trabalho e as relações com o pessoal médico. Partindo deste trabalho, em 2002, Lake criou o PES-NWI, o qual mede o ambiente da prática dos enfermeiros, usando uma escala de likert de 4 pontos de concordância, em 5 domínios que são; a participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; fundamento de enfermagem para a qualidade dos cuidados; gestão, liderança e suporte dos enfermeiros; adequação de recursos humanos e materiais; e relação entre médicos e enfermeiros. Este instrumento está aprovado pelo

National Quality Fórum e Joint Commission e, desde 2012, traduzido para Português (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012). Estes organismos assumem que a divulgação do PES-NWI permitirá que ambientes da prática dos Enfermeiros sejam avaliados de forma similar em diferentes sistemas de saúde, visando o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão hospitalar.

Nesta perspectiva, este foi o instrumento utilizado no presente estudo, o qual teve como objetivo: descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses sobre os ambientes de prática e sua relação com as variáveis de natureza sociodemográfica sexo, licenciatura em enfermagem, título profissional, tipo de serviço (unidade), dimensão do hospital (número de camas), local de trabalho (região), part-time, grupo etário e experiência (anos de profissão).

Material e Métodos

A metodologia utilizada foi, no essencial, a definida pelo consórcio internacional RN4Cast (Sermeus, Aiken, Van den Heede, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas et al., 2011; Jesus, Marques-Pinto, Fronteira & Mendes, 2014; Marques-Pinto, Jesus, Mendes & Fronteira, 2015).

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, analítico (Last, 2011) envolvendo enfermeiros e utentes dos Hospitais gerais, do sector público, privado ou social, com financiamento público, com mais de 100 camas de internamento e um mínimo de quatro valências médicas e/ou cirúrgicas de adultos de Portugal continental e Regiões Autónomas.

No estudo participaram 31 hospitais, independentemente da sua forma de agrupamento - Hospital, Centro Hospitalar ou integrados numa Unidade Local de Saúde (ULS), de entre 38 organizações com critérios de inclusão (taxa de participação de 81,6%).

Foram selecionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços médico-cirúrgicos de cada hospital conforme a sua dimensão (4 serviços, se número de camas inferior a 500; 5 serviços, se entre 500 e 1000; e 6 serviços, se número de camas superior a 1000). Todos os enfermeiros e enfermeiros

especialistas dos serviços selecionados foram convidados a participar no estudo através do preenchimento de um questionário.

Os dados foram colhidos entre a última semana de Outubro de 2013 e a homóloga de Abril de 2014. Em cada serviço foi estabelecido o prazo de duas semanas para o preenchimento e devolução dos questionários por parte dos enfermeiros.

A cada enfermeiro potencial participante foi entregue um questionário, um folheto informativo contendo, entre outros, o convite para voluntariamente participar, a menção de que o preenchimento do inquérito significava o seu consentimento informado e um envelope para devolução anónima e confidencial da informação. Após o seu preenchimento, cada enfermeiro recebeu indicação para o colocar, em envelope fechado, num recipiente para ser posteriormente remetido à Universidade Católica Portuguesa (UCP) - local onde se procedeu à abertura do mesmo.

O instrumento de colheita de dados do RN4Cast compreendeu um conjunto de questionários de perguntas de resposta fechada de entre os quais constava a Practice Environment Scale of the Nursinsig Work Index (PES-NWI), uma escala de avaliação dos ambientes de prática, traduzida e adaptada para Portugal por Amaral et al. (2012). A PES-NWI é uma escala multidimensional (cinco subescalas), composta por 31 questões, pontuadas entre 1 (discordo totalmente) e 4 (concordo totalmente). Utilizou-se, ainda, os dados colhidos na secção de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Os dados foram introduzidos numa base de dados criada no software IBM SPSS, V.20. Procedeu-se ao cálculo de medidas descritivas (contagens e frequências relativas) e medidas de tendência central e de dispersão de acordo com a escala de cada uma das variáveis. Para a totalidade da escala e para cada uma das subescalas da PES-NWI foi calculado o alfa de Chronbach como parâmetro de avaliação da fiabilidade. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para testar a independência entre as variáveis não dicotómicas. Nas variáveis dicotómicas (ex: sexo, título profissional, etc.) foi aplicado o teste t de student para amostras

independentes. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da UCP e autorizado pelos conselhos de administração dos hospitais participantes.

Resultados

Caracterização dos participantes

Participaram 2235 enfermeiros no estudo, correspondendo a uma taxa de participação de 76,9%, de entre os enfermeiros que se encontravam ao serviço no período de colheita de dados, nos 144 serviços aleatoriamente selecionados.

A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (80,2%), no mínimo, licenciados (98,2%), 19,3% possuíam uma especialidade em enfermagem, 31,9% trabalhavam em serviços de medicina, de hospitais com mais de 500 camas (50,8%), pertencentes à ARS Norte (39,6%), e aproximadamente um em cada quatro enfermeiros trabalhava em outros locais (part-time). Tinham em média 34,7 anos, exerciam a profissão há 11,6 anos e trabalhavam na organização onde responderam ao questionário há 9,8 anos (Tabela 1).

Caracterização dos Ambientes de Prática de Enfermagem

A perceção dos enfermeiros em relação aos seus ambientes de prática será adiante apresentada, primeiro na globalidade e de acordo com cada uma das cinco subescalas originais (Lake, 2002): Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital (PGIH); Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados (FEQC); Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros (GLSE); Adequação de Recursos Humanos e Materiais (ARHM); e, Relação entre Médicos e Enfermeiros (REME). Seguir-se-á uma descrição detalhada, de acordo com os ítems constituintes das mesmas.

Por fim serão apresentados os resultados dos testes de independência entre às variáveis sociodemográficas e a perceção da qualidade dos ambientes de prática de enfermagem. Assim, na

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes

Variável	Nº	%	Media (Desvio Padrão)
Sexo:			
Masculino	431	19,8	
Feminino	1 746	80,2	
Licenciatura em Enfermagem			
Sim	2 146	98,2	
Não	39	1,8	
Título Profissional:			
Enfermeiro	1 733	80,7	
Enfermeiro Especialista	414	19,3	
Tipo de Serviço:			
Medicina	701	31,9	
Cirurgia	382	17,4	
Ortopedia	322	14,7	
Especialidades Médicas	359	16,3	
Especialidades Cirúrgicas	364	16,6	
Mistos	69	3,1	
Dimensão do hospital:			
Inf. a 500 camas	1 101	49,3	
Entre 500 e 1000 camas	831	37,2	
Sup. a 1000 Camas	303	13,6	
Local de Trabalho (Região):			
Norte	885	39,6	
Centro	288	12,9	
Lisboa e VT	632	28,3	
Sul	259	11,6	
Regiões Autónomas	171	7,7	
Trabalha em outros locais:			
Sim	542	24,9	
Não	1 631	75,1	
Idade (anos)			34,7 (8,1)
Antiguidade (anos):			
Na Profissão			11,6 (8,0)
No Hospital			9,8 (7,6)

globalidade, e para cada uma das cinco subescalas, os resultados dos “ambientes de prática de enfermagem” são os que se apresentam na Tabela 2.

O alfa de Cronbach para a totalidade dos 31 itens da escala PES-NWI foi de 0,90, o que significa que esta apresenta, também neste estudo, uma muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014)

A pontuação média foi 2,44 e o desvio padrão de 0,35. A subescala mais pontuada foi “fundamentos de enfermagem para a qualidade”, com 2,85 e desvio padrão 0,38. A menos pontuada foi “adequação de recursos humanos e materiais”, com 2,04 e desvio padrão 0,54.

Lake (2002) recomenda que o cálculo do valor médio dos itens que compõem a escala ou subescalas do instrumento PES-NWI constituam referências para a classificação dos ambientes como favoráveis, se valor superior a 2,5. Posteriormente, em 2006, acrescenta os seguintes critérios para uma classificação dos ambientes em três níveis: favoráveis, se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores superiores a 2,5; desfavoráveis, se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5; e mistos se duas ou três escalas apresentam valores médios superiores a 2,5 (Lake & Friese, 2006).

De acordo com a primeira classificação, na globalidade, verificamos que os ambientes de prática são percecionados pelos enfermeiros como desfavoráveis (< 2,5). Utilizando a segunda, constatamos que três em cinco subescalas receberam pontuação “negativa”, o que corresponde a um ambiente do tipo misto (Tabela 2).

Tabela 2: Escala de Ambientes de Prática de Enfermagem e sub-escalas

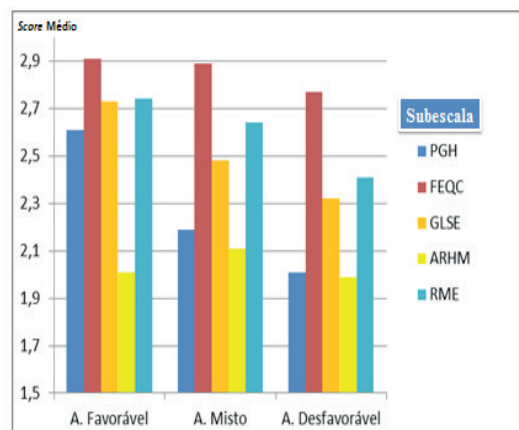
Média_PES_NWI	2234	1	4	2,44	0,35
PES_PGIH	2234	1	4	2,13	0,46
PES_FEQC	2233	1	4	2,85	0,38
PES_GLSE	2234	1	4	2,43	0,54
PES_ARHM	2234	1	4	2,04	0,54
PES_RME	2234	1	4	2,55	0,54

Ainda de acordo com o primeiro critério, a maior parte das organizações, cerca de duas em cada três (64,5%), apresentaram ambientes desfavoráveis (inferior a 2,5).

Quando aplicados os critérios da segunda classificação, apenas uma organização (3,2%) apresentou ambientes favoráveis, seguindo-se vinte (64,5%) do tipo misto e dez (32,3%) com ambientes desfavoráveis.

A representação da pontuação média das cinco subescalas em cada uma das três tipologias de ambientes encontra-se representada no Gráfico 1.

Gráfico 1: Pontuação média das cinco subescalas por tipologia de ambiente de prática (favorável, misto e desfavorável)



Os scores médios de “ambiente de prática” percebido pelos enfermeiros variaram em função de cada organização.

Para uma melhor representação desta variabilidade, recorremos a gráficos do tipo fingerprint, os quais, baseando-se na análise ridit (Sermeus & Delesie, 1996), permitem facilmente identificar as percepções sobre os ambientes de prática mais negativas (mínimo -0,5) ou mais positivas (máximo 0,5) relativamente a um ponto de referência central (0,0), neste caso, correspondente aos valores da distribuição nacional.

Assim, procedendo à categorização dos valores médios obtidos relativos à globalidade da escala PES-NWI em dois níveis - inferior a 2,50 e superior ou igual a 2,50 -, e tendo como referência a distribuição das respostas a nível nacional (respetivamente 56,6% e 43,4%), verificamos que

as percepções dos participantes das organizações que mais se desviaram negativamente da mesma são as dos que correspondem às organizações n.ºs 26, 5 e 17 e, no sentido positivo, as n.ºs 21, 11 e 25 (Gráfico 2).

De salientar, no entanto, que a maior parte das 31 organizações participantes (96,8%) apresentou pontuação favorável na subescala “fundamentos de enfermagem para a qualidade”. Porém, nenhuma organização obteve um score favorável em “adequação de recursos humanos e materiais”. Além de que apenas uma obteve pontuação favorável na subescala “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” (Gráfico 3).

Gráfico 2: Desvios relativos à distribuição nacional dos níveis médios de qualidade dos ambientes de prática por organização

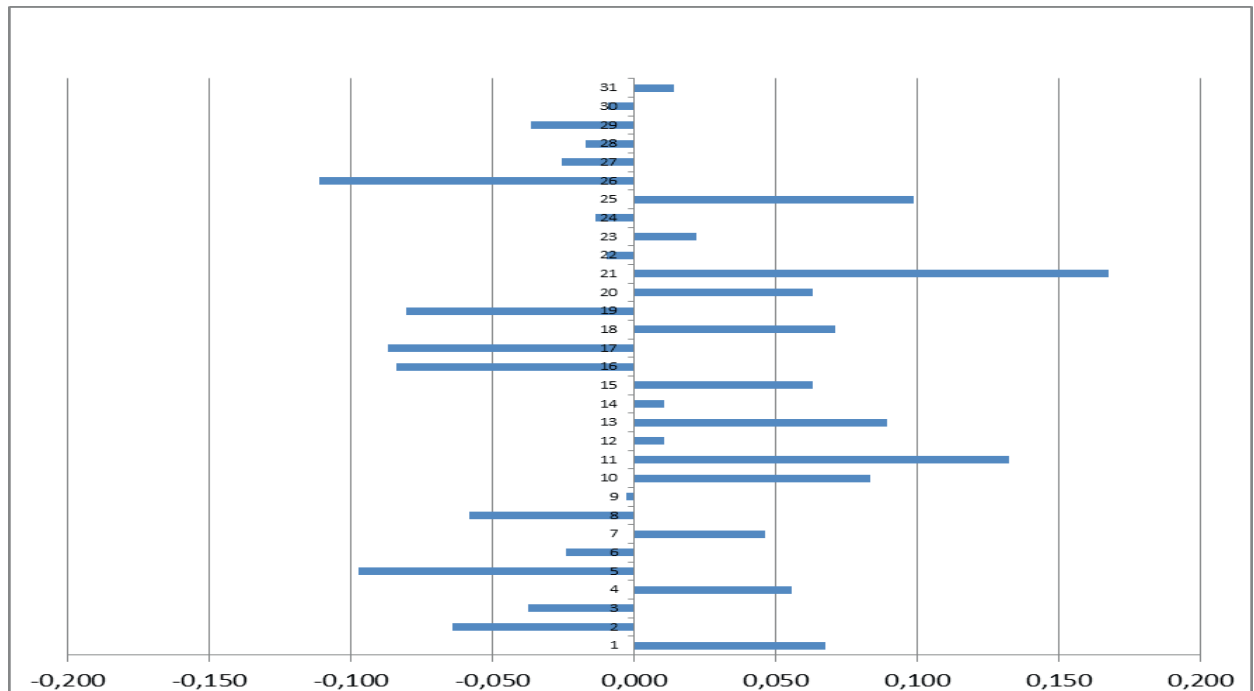
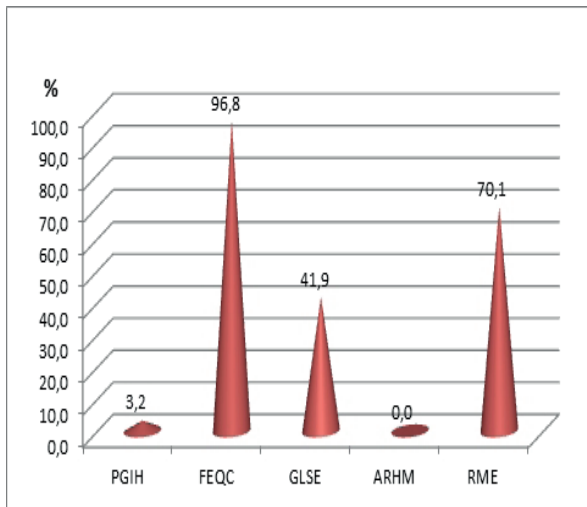


Gráfico 3: Percentagem de organizações com pontuação positiva em cada subescala de “ambiente de prática”



Segue-se a apresentação dos dados detalhados das respostas para cada dimensão da escala PES-NWI.

Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital

Na tabela 3 apresentam-se os resultados referentes aos itens da subescala “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital”.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 27 “os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem”, com 2,83, e a menor no item 17 - “são proporcionadas oportunidades de promoção”, com 1,65.

Esta subescala apresentou uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014) para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,83)

Tabela 3: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital (PEGIH)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

PE - GIH	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 5	Tenho oportunidade de desenvolvimento / ascensão na carreira profissional.	2221	1,68	0,73	1	4
Item 6	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	2197	1,75	0,69	1	4
Item 11	O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.	2219	2,37	0,80	1	4
Item 15	A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.	2177	2,39	0,72	1	4
Item 17	São proporcionadas oportunidades de promoção.	2206	1,65	0,65	1	4
Item 21	A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	2200	2,01	0,68	1	4
Item 23	Os enfermeiros estão envolvidos na governação interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política).	2205	2,42	0,74	1	4
Item 27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.	2194	2,83	0,61	1	4
Item 28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.	2190	2,06	0,74	1	4
	Subescala *	2234	2,13	0,46	1	4

* Alfa de Cronbach 0,83; N=2049

Fundamentos de enfermagem para a qualidade

A pontuação média mais elevada nesta subescala verificou-se no item 31 “utilizam-se os diagnósticos de enfermagem, com 3,23” e a menor no item 25 - “existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados”, com 2,31 (Tabela 4).

Nesta dimensão, o alfa de Cronbach foi de 0,75, o que traduz uma razoável (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna do instrumento de medida utilizado.

Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros

Os resultados referentes aos itens da subescala “gestão, liderança e suporte dos enfermeiros” são os que figuram na Tabela 5.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 20 “O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico, com 2,84” e a menor no item 13 - “há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa”, com 2,12.

Nesta componente, o alfa de Cronbach foi de 0,78, o que traduz uma razoável (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna do instrumento de medida utilizado neste estudo.

Tabela 4: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “fundamentos de enfermagem para a qualidade (FEPQ)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

FEPQ	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros	2182	2,65	0,70	1	4
Item 14	A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	2218	3,01	0,62	1	4
Item 18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes	2216	2,59	0,68	1	4
Item 19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico	2218	3,13	0,52	1	4
Item 22	Existe um programa ativo de garantia da qualidade	2197	2,57	0,67	1	4
Item 25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados	2214	2,31	0,85	1	4
Item 26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	2197	2,94	0,64	1	4
Item 29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes	2209	3,06	0,71	1	4
Item 30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.	2207	2,98	0,71	1	4
Item 31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem	2211	3,23	0,64	1	4
	Subescala *	2233	2,85	0,38	1	4

* Alfa de Cronbach 0,75; N=2067

Tabela 5: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “gestão, liderança e suporte dos enfermeiros” (GLSE)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

GLSE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 3	Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.	2207	2,16	0,74	1	4
Item 7	Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	2201	2,19	0,74	1	4
Item 10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.	2202	2,83	0,74	1	4
Item 13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.	2223	2,12	0,70	1	4
Item 20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.	2212	2,84	0,78	1	4
	Subescala *	2234	2,43	0,54	1	4

* Alfa de Cronbach 0,78; N=2133

Adequação de Recursos Humanos e Materiais

Na tabela 6 apresentam-se os resultados referentes aos itens desta subescala.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 1 “serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes”, com 2,28

e a menor no item 9 - “existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes”, com 1,79.

A subescala “adequação de recursos humanos e materiais” apresentou uma razoável (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna para esta amostra (alfa de Cronbach = 0,74)

Tabela 6: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “adequação de recursos humanos e materiais” (ARHM)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

GLSE	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.	2204	2,28	0,78	1	4
Item 8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.	2216	2,24	0,69	1	4
Item 9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.	2219	1,79	0,73	1	4
Item 12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.	2205	1,86	0,69	1	4
	Subescala *	2234	2,04	0,54	1	4

* Alfa de Cronbach 0,74; N=2156

Relação entre Médicos e Enfermeiros

Na tabela 7 apresentam-se os resultados referentes aos itens da subescala “relação entre médicos e enfermeiros”.

A pontuação média mais elevada verificou-se no item 2 “os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho”, com 2,74 e a menor no item 16 - “existe muito trabalho de equipa entre

enfermeiros e médicos”, com 2,37.

O alfa de Cronbach foi de 0,80, o que traduz uma boa (Pestana & Gageiro, 2014) consistência interna do instrumento de medida utilizado.

Tabela 7: Resultados descritivos relativos aos itens e subescala “relação entre médicos e enfermeiros” (REME)” (a escala varia entre 1 - discordo totalmente e 4 - concordo totalmente).

REME	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	2206	2,74	0,60	1	4
Item 16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.	2225	2,37	0,67	1	4
Item 24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	2210	2,55	0,64	1	4
	Subescala *	2234	2,55	0,54	1	4

* Alfa de Cronbach 0,80; N=2182

No estudo RN4Cast, a nível internacional e nacional, foram utilizados nesta subescala os itens adicionais constantes da Tabela 8.

Tabela 8: Resultados descritivos relativos aos itens adicionais do estudo RN4Cast.

Itens	Enunciado	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Item 32	Os médicos valorizam os juízos e as observações dos enfermeiros.	2192	2,63	0,66	1	4
Item 33	Os médicos reconhecem as contribuições dos enfermeiros para o tratamento do doente.	2208	2,63	0,67	1	4
Item 34	Os médicos respeitam os enfermeiros como profissionais.	2203	2,64	0,66	1	4
Item 35	Os médicos têm os enfermeiros em alta estima.	2197	2,23	0,68	1	4
	Total *	2219	2,53	0,57	1	4

* Alfa de Cronbach 0,88; N=2158

Relação entre a perceção dos “ambientes de prática” e algumas variáveis demográficas e profissionais

O estudo da relação entre a qualidade dos ambientes de prática (classificação dicotómica de Lake, 2002) e as variáveis sociodemográficas

e profissionais analisadas apenas se verificou significativo, com o nível de significância de 5% ($p=0,05$), em relação às variáveis: dimensão do hospital (número de camas), idade dos participantes e antiguidade profissional no hospital e na profissão (Tabelas 9, 10, 11). A relação com o tipo de serviço (Tabela 12) apresentou o nível de

significância marginal ($p=0,059$). A das restantes variáveis - sexo, licenciatura em enfermagem, título profissional, local de trabalho (região) e trabalhar em outros locais (part time) - não se mostrou estatisticamente significativa.

Assim, no que diz respeito à dimensão do hospital (número de camas), foram os

participantes dos hospitais com menor dimensão que percecionaram ambientes de trabalho de enfermagem mais favoráveis, conforme podemos constatar na Tabela 9.

Tabela 9: Relação entre dimensão do hospital e perceção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Ambiente de Trabalho				Total	
		Desfavorável		Favorável			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dimensão do Hospital (Nº de Camas)	Inf. 500 camas	595	54,0	506	46,0	1101	100,0
	Entre 500 e 1000	455	54,8	375	45,2	830	100,0
	Superior a mil	215	70,1	88	29,0	303	100,0
	Total	1265	56,6	969	43,4	2234	100,0

* $p=0,000$

Em relação à idade, os participantes do grupo etário mais jovem são os que percecionaram, de modo significativo, ambientes mais favoráveis, conforme apresentado na Tabela 10. O grupo

etário com menor pontuação foi o correspondente à idade situada entre os 31 e os 35 anos, logo os que percecionam ambientes mais desfavoráveis.

Tabela 10: Relação entre grupo etário e perceção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais		Ambiente de Trabalho				Total	
		Desfavorável		Favorável			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Idade	Inf. a 26 Anos	42	41,2	60	58,8	102	100,0
	Entre 26 e 30 Anos	421	55,5	337	44,5	758	100,0
	Entre 31 e 35 Anos	311	62,2	189	37,8	500	100,0
	Entre 36 e 40 Anos	170	56,5	131	43,5	301	100,0
	Entre 41 e 45 Anos	124	59,6	84	40,4	208	100,0
	Entre 46 e 50 Anos	78	49,7	79	50,3	157	100,0
	Sup. a 50 anos	60	51,7	56	48,3	116	100,0
	Total	1206	56,3	936	43,7	2142	100,0

* $p=0,002$

De referir que a idade compreendida entre 26 e 45 anos (grupos etários com menor nível de ambiente de prática) corresponde a 82,5% dos participantes.

No que diz respeito à experiência profissional (antiguidade na profissão), foram os participantes dos grupos extremos que percecionaram ambientes de trabalho mais favoráveis, conforme representado na Tabela 11.

Tabela 11: Relação entre experiência (antiguidade na profissão) e percepção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Ambiente de Trabalho				Total		
	Desfavorável		Favorável				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Experiência (Ant. Prof.)	Inf. a 5 Anos	190	50,5	186	49,5	376	100,0
	Entre 5 e 9 Anos	429	58,0	311	42,0	740	100,0
	Entre 10 e 14 Anos	221	62,6	132	37,4	353	100,0
	Entre 15 e 19 Anos	165	57,7	121	42,3	286	100,0
	Entre 20 e 24 Anos	117	56,0	92	44,0	209	100,0
	Sup. a 24 anos	84	49,1	87	50,9	171	100,0
Total	1206	56,5	929	43,5	2135	100,0	

* p=0,009

Salientamos, no entanto, que os três grupos de antiguidade profissional com percepção de ambiente de trabalho desfavorável (entre 5 e 19 anos) correspondem a 64,6 % dos enfermeiros participantes no estudo.

Quanto ao tipo de serviço, foram os participantes que trabalham em serviços de medicina que

percecionaram ambientes menos favoráveis, embora a um nível de significância estatística um pouco acima do estabelecido - 5% (Tabela 12). Os melhores ambientes verificaram-se entre os participantes dos serviços de especialidades médicas.

Tabela 12: Relação entre a variável tipo de serviço e percepção da qualidade do ambiente de trabalho *

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Ambiente de Trabalho				Total		
	Desfavorável		Favorável				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tipo de Serviço	Medicina	426	60,8	275	39,2	701	100,0
	Cirurgia	220	57,6	162	42,4	382	100,0
	Ortopedia	186	57,8	136	42,2	322	100,0
	Espec. Médicas	182	50,8	176	49,2	358	100,0
	Espec. Cirúrgicas	199	54,7	165	45,3	364	100,0
	Misto	38	55,1	31	44,9	69	100,0
Total	1251	57,0	43	945,0	2196	100,0	

* p=0,06

Discussão

A análise e interpretação dos resultados anteriormente descritos mostram que os ambientes de prática de enfermagem nos serviços médico-cirúrgicos de adultos dos hospitais portugueses são, na perspectiva dos enfermeiros, pouco favoráveis (Lake, 2002), particularmente em três das cinco dimensões: adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros

na governação interna do hospital e gestão, liderança e suporte aos enfermeiros. Estudos realizados em outros países apresentam valores francamente mais favoráveis nestas subescalas, designadamente alguns realizados nos EUA, Canadá e Austrália (Warshawsky & Havens, 2011; Kelly, Kutney-lee, Lake, & Aiken, 2013) e, mais recentemente, na Europa, no âmbito do consórcio RN4Cast (Desmedt et al., 2012; Aiken, Sloane,

Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013). Estes resultados no entanto confirmam os de alguns estudos anteriormente realizados em Portugal, embora de âmbito mais localizado (Amaral et al., 2012; Amaral & Ferreira, 2013; Ferreira & Martins, 2014). O que poderá evidenciar a possibilidade de impactos negativos na qualidade e segurança dos cuidados aos utentes (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, et al., 2012; Aiken et al., 2013; Coetzee, Klopper, Ellis, & Aiken, 2013; Kirwan, Matthews, & Scott, 2013; Shen, Chiu, Lee, Hu, & Chang, 2011; Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, & Lindqvist, 2014; You, Aiken, Sloane, Liu, He, Hu et al., 2013) e na saúde e bem-estar dos profissionais (Baumann, 2007; Laschinger, Finegan, & Wilk (2011).

À semelhança dos estudos internacionais (Abad-Corpa, Molina-Durán, Vivo-Molina, Moya-Ruiz, Martínez-Hernández, Romero-Pelegrín, et al., 2013; Shang, Friese, Wu, & Aiken, 2013), também se verificou que a qualidade dos ambientes de prática é variável consoante a organização e, nalguns casos, entre os diferentes serviços das mesmas. Todavia, ao contrário de alguns daqueles estudos, neste constatámos que nenhuma organização apresentou níveis considerados favoráveis (Lake, 2002) na subescala “adequação de recursos humanos e materiais”. Não obstante habitualmente esta ser a dimensão dos ambientes de prática menos pontuada, os valores observados no presente estudo são bastante inferiores aos encontrados na literatura recente (Dekeyser Ganz & Toren, 2014; Desmedt et al., 2012; Shang, et al., 2013). O que, a priori, poderá estar relacionado com o contexto de crise social e económica que o país atravessa. Todavia, a existência de estudos Portugueses realizados em anos anteriores apresentando resultados no mesmo sentido (Amaral et al., 2012; Amaral & Ferreira, 2013; Ferreira & Martins, 2014) sugerem uma investigação mais aprofundada sobre cada um dos casos de maior e pior qualidade de ambientes de prática.

Em relação à dimensão “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” verificou-se que apenas uma das organizações participantes (3,2%) apresentou

valores considerados favoráveis nesta dimensão, sugerindo, igualmente, um estudo mais detalhado das suas características, o que se encontra fora do âmbito dos objectivos deste artigo.

Porém, todas as organizações apresentaram níveis considerados favoráveis (Lake, 2002) na dimensão “fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados”, o que poderá explicar-se pelo elevado nível de formação graduada e pós-graduado dos enfermeiros portugueses, aliado ao histórico de implementação de modelos teóricos de enfermagem nas organizações, da implementação do processo de enfermagem nos sistemas de documentação, da profusa disseminação do referencial dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, da utilização do sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem e, mais recentemente, da incorporação da CIPE nos Registos Electrónicos de Enfermagem, em uso na maior parte dos serviços participantes no estudo.

A relação entre médicos e enfermeiros foi a segunda dimensão mais pontuada, embora com um score muito próximo do limiar do ponto de corte da escala (2,5). O que está em consonância com estudos anteriores realizados na região centro do país (Amaral et al., 2012), porém, na globalidade, no presente estudo um pouco mais favoráveis.

A análise dos itens mais pontuados e menos pontuados, respectivamente, “utilizam-se diagnósticos de enfermagem” e “são proporcionadas oportunidades de promoção”, não surpreende face ao anteriormente referido a propósito dos sistemas de documentação electrónica em uso na maior parte dos contextos do presente estudo, por um lado e, por outro, da inoperabilidade da actual carreira de enfermagem que, não obstante publicada há mais de cinco anos, ainda não se encontra completamente implementada. Além da crise económica e social dos últimos anos que muito tem penalizado o sector da saúde em geral e o da enfermagem em particular.

O estudo da relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a percepção dos enfermeiros em relação aos ambientes de prática apenas se mostrou significativa, ao nível de significância estabelecido (5%), em relação à

idade e antiguidade profissional dos participantes e à dimensão (número de camas) do hospital.

Os enfermeiros dos escalões etários e de antiguidade profissional intermédios avaliam mais desfavoravelmente os seus ambientes de trabalho. Este facto assume particular importância na medida em que é neles que reside a maior percentagem de enfermeiros (cerca de 4 em cada 5). Além de que, são os enfermeiros destes mesmos grupos etários que em melhores condições se encontram para uma avaliação mais fiel em relação aos padrões de qualidade dos cuidados a que estavam habituados no período anterior à actual crise económica e social. O que sugere uma rápida intervenção no sentido da obtenção de maior apoio no desenvolvimento de competências dos profissionais mais jovens, por um lado e, por outro, a correcção os factores inerentes aos ambientes de prática menor pontuados pelos enfermeiros com maior experiência profissional. Conforme referem Aiken et al., 2012, a melhoria dos ambientes de prática constitui uma estratégia de baixo custo para aumentar a satisfação do utente, a qualidade e a segurança dos cuidados e, consequentemente, o valor da enfermagem.

Em relação à variável “dimensão do hospital” verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a qualidade dos ambientes de prática, porém do tipo negativo, o que vai de encontro à literatura mais recentemente disponível (Dekeyser Ganz & Toren, 2014; Lindqvist, Smeds Alenius, Griffiths, Runesdotter, & Tishelman, 2015), exigindo melhor ponderação no modo de estar dos responsáveis administrativos e profissionais, particularmente nas organizações de maior dimensão.

Por fim, e no que concerne ao tipo de serviço, embora na margem da significância estatística estipulada, os serviços de medicina, tal como já acontecera com o estudo dos níveis de burnout e de engagement (Jesus et al., 2014; Marques-Pinto et al., 2015), surgem como sendo os que possuem, na globalidade, piores ambientes de prática. O que poderá estar relacionado com a tradicional menor atenção dispensada pelos responsáveis organizacionais a este tipo de serviço, por natureza mais exigentes do ponto de vista dos utentes e dos

profissionais.

Conclusão

Não obstante a qualidade dos ambientes de prática na maior parte dos hospitais portugueses ser percecionada como desfavorável, existe uma ampla variação entre organizações e, nestas, entre serviços, sugerindo uma elevada margem para desenvolvimento.

A dimensão “adequação de recursos humanos e materiais” verificou-se ser, em todos os hospitais, a componente mais crítica da qualidade dos ambientes de prática requerendo uma especial atenção nesta importante dimensão. Todavia, conforme referem Aiken et al. (2012), o investimento no reforço das dotações tornar-se-á tanto mais eficiente e efectivo, na medida em que os ambientes de prática forem mais favoráveis.

Já no que se refere às dimensões “participação dos enfermeiros na governação interna do hospital” e “gestão, liderança e suporte aos enfermeiros”, não obstante se terem verificado igualmente desfavoráveis, outras estratégias deverão ser empreendidas, por não envolverem, na maior parte das vezes, custos financeiros adicionais.

As componentes “fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados” e “relação entre médicos e enfermeiros” apresentaram, no entanto, valores mais favoráveis, ainda que abaixo dos valores de referência de outros estudos a nível internacional. Neste sentido, uma maior atenção a estes aspectos deverá ser requerida, particularmente em relação à comunicação e trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros, dada a sua importância para a qualidade e segurança dos cuidados.

Por fim, um resultado que deverá merecer igualmente prioridade na sua minimização, a maior percepção de ambientes de trabalho negativos por parte dos enfermeiros dos escalões intermédios de idade e de antiguidade profissional, não apenas por constituírem a maioria dos enfermeiros nestes contextos mas, sobretudo, pela referência que constituem para os colegas mais jovens, os quais, devido ao seu reduzido portefólio de experiências, desconhecem ambientes diferentes daqueles em que atualmente exercem.

Não obstante algumas limitações, entre as quais

se destacam a de uma investigação observacional transversal se tratar e de se basear em resposta dos participantes, face aos resultados encontrados, designadamente a variabilidade dos ambientes dentro e entre hospitais, sugere-se a realização de estudos longitudinais, de casos de sucesso/insucesso nestes e noutros contextos de cuidados.

Conflito de interesse

Neste estudo não se aplicam quaisquer condições de financiamento e não existem outros conflitos de interesse a declarar.

Bibliografia

- Abad-Corpa, E., Molina-Durán, F., Vivo-Molina, M. C., Moya-Ruiz, B., Martínez-Hernández, A., Romero-Pelegrín, J. M., et al. (2013). Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 345–354. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2013.05.007>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., & Sochalski, J. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 28(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143–153. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, 1717(March), 1–14. <http://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Alsopach, G. (2009). Craft your own healthy work environment: Got your BFF? *Critical Care Nurse*, 29(2), 12–21. <http://doi.org/10.4037/ccn2009931>
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280–288. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1114167962?accountid=14620>
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(2) 66-74
- Baumann, A. (2007). Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care Information and Action Tool Kit. International Council of Nurses.
- Begley, R., Brennan, J., & Salmond, S. (2009). A Systematic Review of Evidence on Determining the Impact of Magnet Designation on Nursing and Patient Outcomes. Is the Investment Worth It? University of Medicine and Dentistry of New Jersey, School of Nursing, 7(26), 2009.
- Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems-Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 162–173. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.002>
- Dekeyser Ganz, F., & Toren, O. (2014). Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(1), 7. <http://doi.org/10.1186/2045-4015-3-7>
- Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R., & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Medical Weekly*, 142(December), w13733. <http://doi.org/10.4414/smw.2012.13733>
- Doran, D., & Almost, J. (2003). Nursing sensitive outcomes: The state of the science. Jones & Bartlett Learning.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., & Giovannetti, P. (2005). The

impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing research*, 54(2), 74-84.

Ferreira, M. R. S. D. C. F., & Martins, J. J. P. A. (2014). [Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the Portuguese reality]. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 48(4), 690-7. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420140000400017>

Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health services research*, 43(4), 1145-1163.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., et al., & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International journal of nursing studies*, 43(2), 237-263.

Hinno, S. (2012). *The Professional Practice Environment: Hospital Nurses' Perspectives in three European Countries*. Dissertação. Doutorado, University of Eastern Finland

IOM (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. *Critical Care Medicine*. <http://doi.org/10.1097/01.CCM.0000142897.22352.05>

JB I (2010). Evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes. *Best Practice*, 14(11), 1-4. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011232504&lang=fr&site=ehost-live> Publisher URL: www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2081&accno=2011232504

Jesus, E., Marques-Pinto, A., Fronteira, I., & Mendes, A. (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: Percepção dos Enfermeiros sobre Burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº9, 47-59.

Kelly, B. D., Kutney-lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2013). The critical care work environment and nurse-reported health care associated infections *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482-489. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013298>

Kelly, L. A., McHugh, M., & Aiken, L. (2011). *Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet*

Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(1), 33. <http://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31823ee676>

Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 253-263. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <http://doi.org/10.1002/nur.10032>

Lake, E. (2007). *The nursing practice environment: Measure and evidence*. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104S-112S. <http://doi.org/10.1177/1077558707299253>

Lake, E., Friese, C. (2006) - Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research*. 55 (1), 1-9.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., & Wilk, P. (2011). Situational and dispositional influences on nurses' workplace well-being: the role of empowering unit leadership. *Nursing research*, 60(2), 124-131.

Last, JM (2011). *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Griffiths, P., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2015). Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 263-274. <http://doi.org/10.1111/jonm.12123>

Marques-Pinto, A., Jesus, E., Mendes, A & A., Fronteira, I. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº10, 26-37.

Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., & de Casterlé, B. D. (2006). Work environment and workforce problems: a cross-sectional questionnaire survey of hospital nurses in Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 745-754.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais*. (6ª edição). Lisboa:

Edições Silabo

Petit dit Dariel, O., & Regnaud, J.-P. (2013). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: A systematic review protocol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(11), 125. <http://doi.org/10.11124/jbisrir-2013-1155>

Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., et al.. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6. <http://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>

Sermeus W., Delesie L. (1996). Ridit analysis on ordinal data. *Western Journal of Nursing Research*. Vol. 18 Issue 3, 351-360.

Shang, D. J., Friese, D. C. R., Wu, M. E., & Aiken, L. H. (2013). Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing. *Cancer nursing*, 36(3), 206-212 <http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31825e4293>

Shen, H. C., Chiu, H. T., Lee, P. H., Hu, Y. C., & Chang, W. Y. (2011). Hospital environment, nurse-physician relationships and quality of care: Questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 349–358. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05502.x>

Silva, P.(2006). Effects of disposition on hospitality employee job satisfaction and commitment. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 18(4), 317-328.

Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., & Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), 242–9. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001734>

Sousa, P. A. F. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Formasau.

Stordeur, S., & D'Hoore, W. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses.

Journal of advanced nursing, 57(1), 45-58. Warshawsky N & Havens D (2011). Global Use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing Research*, 60(1), 17–31

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing research*, 60(1), 17

You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., et al.. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–161. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003>