

Carla Helena Arnaud da Silva Maciel

Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Carla Helena Arnaud da Silva Maciel

Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Carla Helena Arnaud da Silva Maciel

Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros

Eu abaixo-assinado atesto a originalidade deste trabalho

(Carla Helena Arnaud da Silva Maciel)

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciado em
Enfermagem

RESUMO

O ambiente de trabalho salutogénico na prática de enfermagem caracteriza-se sobretudo por um conjunto de fatores, nomeadamente pela adequação de recursos humanos e materiais, a existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade de cuidados, a gestão e liderança dos enfermeiros, a participação dos enfermeiros nos assuntos internos da instituição e a relação entre a equipa multidisciplinar mais especificamente entre enfermeiros e médicos. Evidenciar, que os fatores descritos, de acordo com a evidência científica nos últimos anos, são de elevada relevância pois produzem impactos significativos aos níveis da qualidade e segurança em relação à prestação de cuidados, saúde e bem-estar dos profissionais e da produtividade dos serviços e da instituição.

A presente investigação teve como objetivo estudar o Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros num Hospital Privado do Distrito do Porto. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, tendo-se procedido à recolha de dados através do questionário Escala de Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem, validado e adaptado para a população portuguesa. O acesso ao grupo será realizado através de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 36 Enfermeiros do referido hospital.

Dos resultados obtidos, 36 enfermeiros 80,6% são género feminino com uma média de idades de 29 anos. Os resultados revelaram que a dimensão, gestão e liderança do enfermeiro apresenta o segundo valor mais baixo ($\bar{x} = 1,84$ e $\sigma = 0,062$). A dimensão, adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados representa a segunda maior perceção ($\bar{x} = 1,94$ e $\sigma = 0,093$). A dimensão, relação enfermeiro-médico representa a terceira maior perceção ($\bar{x} = 1,93$ e $\sigma = 0,069$). A dimensão, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital é o fator com a maior perceção ($\bar{x} = 2,19$ e $\sigma = 0,065$). A dimensão, fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados apresenta a menor perceção ($\bar{x} = 1,78$ e $\sigma = 0,080$).

Concluiu-se que a dimensão que predomina na instituição privada é a dimensão relacionada com a participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital e aquela que os enfermeiros percecionam com valores mais baixos é a dimensão relativa ao fator v designado de fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados.

É possível analisar que todos os domínios apresentam um valor médio inferior a 2,5 sendo assim considerado um ambiente de trabalho desfavorável, tornando-se importante intervir em todas as dimensões, nomeadamente na dimensão fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados, na gestão e liderança do enfermeiro e a relação enfermeiro-médico de modo a gerar ambientes de trabalho saudáveis, contribuindo este com ganhos para a instituição, para o profissional de saúde e para o utente.

Palavra-chave: Enfermeiros, Ambiente de Trabalho, Promoção de Saúde

ABSTRACT

The salutogenic work environment in nursing practice is characterized mainly by a set of factors, namely the adequacy of human and material resources, the existence of nursing fundamentals for the quality of care, the management and leadership of nurses, the participation of nurses in the institution's internal affairs and the relationship between the multidisciplinary team more specifically between nurses and doctors. Evidence that the factors described, according to scientific evidence in recent years, are of high relevance as they produce significant impacts on the levels of quality and safety in relation to the provision of care, health and well-being of professionals and the productivity of services and the institution.

This research aimed to study the Salutogenic Work Environment of Nurses in a Private Hospital in the District of Porto. This is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, having proceeded to the collection of data through the questionnaire Scale of Work Environment of Nursing Practice, validated and adapted for the portuguese population. Access to the group will be carried out through a non-probabilistic sample for convenience, consisting of 36 nurses from that hospital.

Of the results obtained, 36 nurses, 80.6% are female an average age of 29 years. The main results revealed that the nurse's dimension, management and leadership has the second lowest value ($\bar{x} = 1.84$ and $\sigma = 0.062$). The dimension, adequate human resources to ensure the quality of care represents the second highest perception ($\bar{x} = 1.94$ and $\sigma = 0.093$). The dimension, nurse-physician relationship represents the third highest perception ($\bar{x} = 1.93$ and $\sigma = 0.069$). The dimension, participation of nurses in hospital affairs is the factor that has the highest perception ($\bar{x} = 2.19$ and $\sigma = 0.065$). The dimension, fundamentals of nursing based on the quality of the care has the lowest perception ($\bar{x} = 1.78$ and $\sigma = 0.080$).

It was concluded that the dimension that predominates in the private institution is the dimension related to the participation of nurses in hospital matters and that that nurses perceive with lower values is the dimension related to factor v called nursing fundamentals based on the quality of the patients. care.

It is possible to analyze that all domains have an average value of less than 2.5, thus being considered an unfavorable work environment, making it important to intervene in all dimensions, namely in the dimension of nursing fundamentals based on the quality of care, management and leadership of the nurse and the nurse-doctor relationship in order to generate healthy work environments, contributing with gains for the institution, for the health professional and for the user.

Keyword: Nurses, Work Environment, Health Promotion

Agradecimentos

Apesar de serem as primeiras palavras a serem lidas, são as últimas e as mais difíceis a serem escritas. Trazem consigo, uma panóplia de sentimentos, de emoções contraditórias, o encerrar de um capítulo, porém, preparada para escrever o próximo. Sinto um alívio pelo trabalho estar terminado e, com a sensação de que melhor, ou pelo menos de forma diferente, poderia ter sido feito. É também nesta altura que as memórias ficam tão presentes, num espaço de segundos. Foram quatro anos de esforço, coragem e trabalho, feitos de avanço e de recuos, de dúvidas, incertezas, dissabores, gargalhadas, lágrimas e revolta nos piores momentos. E é nesta altura precisamente, com o descer do pano, recordo-me de todas aquelas pessoas que fizeram parte desta caminhada, com a certeza, que permanecerão, lado a lado, durante todo o meu percurso, que designamos por vida!

Agradeço à minha avó, o meu grande amor. O meu maior pilar. O meu grande orgulho. A pessoa que me embalou nas noites mais frias e me aconchegou nas noites mais quentes. O meu refúgio de todos os dias, todas as horas, todos os minutos. Agradecer-lhe todo o amor, paciência, compreensão e sobretudo pela força que me transmite desde sempre.

Aos meus pais! A eles que não tenho forma possível de agradecer toda a dedicação, toda a compreensão e amor. O meu maior orgulho. O meu ombro amigo. Agradecer sobretudo pelo apoio incondicional, e por caminharem, todos os dias, lado a lado comigo. À minha irmã, pela força que me transmite. Pela alegria. Pela coragem. Pela paciência, principalmente nos dias menos bons. Pelo carinho, e sobretudo, pelo amor, sendo este tão sincero, tão puro!

Agradeço a ti, meu André. Por acreditares em mim, todos os dias. À tua presença constante, mesmo estando a quilómetros de distância. Á tua força, aquela mesmo que me transmitiste nos momentos menos bons. À tua ajuda, principalmente, nas noites mais longas de estudo. A ti. Ao teu amor. És a coragem em forma de ser humano. E, por nunca deixares desistir de mim, do meu sonho, de nós!

Agradeço aos meus Sogros, pela presença assídua na minha vida. Pela paz que me transmitem todos os dias. Pela tranquilidade. Confiança. Por serem os meus alicerces, em

todos os momentos. Por serem seres humanos absolutamente bondosos, que enchem o meu coração de amor.

Ao meu tio, agradeço todo o apoio condicional principalmente nos dias menos bons. Ele que sempre esteve por e para mim. Que eu seja um orgulho para si tal como é para mim. Um obrigado!

Ao meu querido avô e à minha querida tia. Escrevo isto de lágrimas no rosto. Saudade, é a primeira palavra que me vem ao pensamento, e que palavra tão portuguesa! Não poderia deixar de colocar o vosso nome aqui, neste, que é o trabalho final. O meu novo ponto de partida começa agora. Quero agradecer-vos por cuidarem de mim de forma sistemática. Por olharem por mim. Sinto-vos tão presentes! Hoje sorriam por e para mim, pois estou a sorrir por e para vocês.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Margarida Ferreira, pelo seu saber, a sua atenção, a sua disponibilidade, o conforto e o seu carinho que dedicou ao Projeto de Graduação e sobretudo a mim. Hoje, levo comigo, uma amiga, uma confidente!

PENSAMENTO

“Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”

(Alberto Caeiro, Tabacaria)

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS

DGS - Direção Geral de Saúde

EV - Estilo de Vida

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSOC – Plano Nacional de Saúde Ocupacional

PSLT - Promoção da Saúde no Local de Trabalho

SciELO - Scientific Eletronic Library Online

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UFP - Universidade Fernando Pessoa

WHO - World Health Organization

\bar{x} - Média

n - Número de casos

% - Percentagem

Índice

Introdução	1
I. Fase Concetual.....	4
1. O problema de investigação	4
i. Domínio da investigação	5
ii. Questões pivot e questão de investigação	6
iii. Objetivos da investigação.....	7
2. Revisão da Literatura.....	7
i. Ambiente de Trabalho Salutogénico.....	8
ii. Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros.....	14
II. Fase Metodológica.....	21
1. Desenho de investigação	21
i. Tipo de estudo.....	22
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	23
iii. Variáveis em estudo	24
iv. Instrumento de recolha de dados	25
v. Pré-teste	28
vi. Tratamento e Apresentação dos dados	29
2. Salvaguarda dos princípios éticos.....	29
III. Fase Empírica	32
1. Apresentação e análise dos dados.....	32
i. Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	33
ii. Caraterização do Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem.....	38
iii. Conclusões do Estudo	47
Conclusão	50
Bibliografia	53
Anexos	58
Anexo I – Consentimento Informado	
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da UFP	
Apêndices	
Apêndice I – Questionário Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem	

Índice de Gráficos

Gráfico nº1 – Distribuição por género	33
Gráfico nº2 – Distribuição por Grupo Etário	34
Gráfico nº3 – Distribuição por Estado Civil	35
Gráfico nº4 – Distribuição por Nível de Escolaridade	35
Gráfico nº5 – Distribuição por Especialidade de Enfermagem	36
Gráfico nº6 – Distribuição por Serviço onde exerce funções	37
Gráfico nº7 – Distribuição por Anos de Serviço	37
Gráfico nº8 – Distribuição por Doença Crónica	38

Índice de Tabelas

Tabela nº1 – Estatística Descritiva do fator i - Gestão e Liderança do Enfermeiro Chefe	39
Tabela nº2 – Estatística Descritiva do fator ii – Adequados Recursos Humanos para Assegurar a Qualidade dos Cuidados	41
Tabela nº3 – Estatística Descritiva do fator iii – Relação Enfermeiro-Médico.....	43
Tabela nº4 – Estatística Descritiva do fator iv – Participação dos Enfermeiros nos Assuntos do Hospital.....	45
Tabela nº5 – Estatística Descritiva do fator v – Fundamentos de Enfermagem baseados na Qualidade dos Cuidados	47

Introdução

A investigação sustém um papel bastante relevante no estabelecimento de uma base científica, e, assim, conduzir à prática de cuidados (Fortin, 2009). A investigação em enfermagem nasce com Florence Nightingale, sendo que, as ideias centralizam-se sobretudo na área da promoção da saúde e na prevenção da doença. É uma área que surge, fundamentalmente, com o propósito de cuidar melhor do outro. Afinal, os enfermeiros são pessoas que cuidam de pessoas!

Assim, é neste contexto que surge o presente projeto de graduação como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem, que se encontra inserido no âmbito da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. O tema deste trabalho de investigação denomina-se “*Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros.*” O presente estudo tem como objetivo major: Conhecer o Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros, de forma a estabelecer o diagnóstico epidemiológico, identificando as dimensões onde é necessário intervir, refletindo sobre as medidas mais adequadas a implementar.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), a Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde de 1986 e os documentos inerentes ao tema acima indicado, sublinham a importância de pensar em saúde nas diversas áreas, nomeadamente, ambientes saudáveis, nos estilos de vida saudável e a necessidade de uma maior e melhor orientação dos serviços de saúde de modo a prevenir a doença e a promover saúde.

São diversos os fatores que afetam a saúde dos profissionais, tais como os comportamentos e características dos indivíduos, o ambiente socioeconómico e físico. Assim, a saúde dos enfermeiros é definida pelo sistema de saúde onde trabalham, pelos desafios e dilemas que enfrentam.

De acordo com Martiniano (2017), os profissionais dos cuidados de saúde, devem ser capazes de funcionar na plenitude pois são fundamentais ao desempenho de rigor e

sublimidade dos sistemas de saúde, sendo a saúde um ativo para o funcionamento em pleno.

Os profissionais de saúde, pela essência do seu trabalho, são considerados um grupo de risco. A exigência, tensão e diversas fontes de stress, tornam o profissional de saúde mais vulnerável, mais frágil, sendo que, estes devem sentir-se em pleno fisicamente e psicologicamente de forma a exercer o seu trabalho com todo o rigor, exigência e excelência que a profissão requer (Martiniano, 2017).

Por outro lado, segundo Pasquier (2015), os profissionais de enfermagem, no seu exercício diário, efetuam diversas sessões de prevenção, e, sistematicamente recomendam uma série de comportamentos que visam a saúde do doente, esperando-se, assim que haja uma coerência entre aquilo que os próprios recomendam e aquilo que executam na sua vida diária.

A segurança e o bem-estar dos trabalhadores são preocupações revigorantes de centenas de milhões de profissionais por todo o mundo, mas a questão alonga-se para além dos indivíduos e das suas famílias. Esta, tem uma elevada relevância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das empresas e das próprias comunidades, assim como para a economia (WHO, 2010).

A saúde é o bem mais precioso da vida. O indivíduo, no seu local de trabalho necessita de sentir-se bem para realizar as suas tarefas, contribuir para o trabalho de grupo bem como para a economia. Os indivíduos intitulados de saudáveis e felizes produzem mais, faltam menos, sofrem menos acidentes de trabalho e, sobretudo, adquirem menos doenças graves (Gonçalves, 2012).

Assim, assegurar um envelhecimento saudável no local de trabalho permite aos trabalhadores obter ganhos em saúde e, que, nomeadamente vivam na plenitude, trabalhem convenientemente e envelheçam da melhor forma possível.

A promoção de EV no ambiente de trabalho é considerada como uma condição fundamental para a preservação da saúde do profissional de saúde, de forma, a prevenir consequências adversas na sua saúde e, sucessivamente no seu rendimento profissional.

Uma abordagem no “local de trabalho” promove, assim, intervenções precoces nos fatores de risco dos trabalhadores, nomeadamente, tabagismo, obesidade, álcool, sono, sendo esta uma ação relevante na prevenção da doença, no diagnóstico precoce de patologias e para a reabilitação e ou reintegração do profissional no seu local de trabalho. (PNSOC, 2018-20).

As atividades de promoção da saúde no trabalho mais comuns em Portugal estão relacionadas com o exercício físico, a alimentação, o controlo do stress, os hábitos tabágicos e o consumo de substâncias psicoativas (PNSOC, 2018-20).

Segundo Gomes (2013), a capacidade de mudança de estilo de vida com a combinação de experiências e de aprendizagens que amplificam a motivação, e consciencialização torna-se assim, num processo facilitado de forma ao individuo a construir capacidades através da conceção de oportunidades que dão acesso a ambientes benéficos, com escolhas saudáveis e fáceis de adotar.

Trata-se de um estudo quantitativo de carácter descritivo, transversal. A população em estudo serão todos os Enfermeiros do Hospital-Escola Universidade Fernando Pessoa. A amostra será de conveniência, constituída pelos Enfermeiros, que se encontrem disponíveis para responder ao questionário. Para colheita de dados utilizado com a aplicação de um questionário Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem validado e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (2014) (Apêndice I).

O presente estudo divide-se em três partes fundamentais, sendo a especificidade de cada uma inerente às necessidades sentidas e com conteúdo igualmente relevante na concretização do mesmo. A fase concetual compreende a justificação do tema, as questões de investigação e objetivos. É composta pela fundamentação teórica acerca do tema em questão. Segue-se a segunda fase, a parte metodológica, onde são evidenciados os processos metodológicos da investigação tais como o tipo de estudo, as variáveis do estudo, população e amostra bem como as considerações éticas, o instrumento de recolha de dados e o pré-teste. Por fim apresenta-se a fase empírica onde se apresenta a análise, discussão e interpretação dos dados obtidos.

I. Fase Concetual

De acordo com Fortin (2009) a fase concetual, é uma etapa de bastante relevância e fundamental no processo de investigação, pois concede à investigação uma orientação e um objetivo. É a etapa que visa o levantamento de um problema e, conseqüentemente, a busca por uma resposta face ao problema. Assim, todo este processo faz, de uma forma inata, gerar conhecimento.

Fortin (2009) alude que a fase concetual visa aclarar e descrever os componentes de uma problemática. O autor menciona que o indagador gera conceitos, expressa ideias e recolhe toda a informação sobre um determinado tema preciso, com vista a chegar a um consenso claro. O mesmo autor, ainda refere, que todo o processo é iniciado por uma seleção de um determinado tema e de uma questão oportuna, sendo este, o ponto de partida e, conseqüentemente, a orientação para toda a investigação.

Segundo Fortin (2009) a fase concetual é composta por cinco etapas, sendo elas: a escolha de um tema, a revisão da literatura, a elaboração do quadro de referência, a formulação do problema, o enunciado do objetivo das questões de investigação e das hipóteses. É a etapa que delinea o desenvolvimento da ideia do projeto, da sua origem até à aprovação da proposta para a sua execução.

1. O problema de investigação

Segundo Fortin (2009), a investigação compreende um método que por sublimidade possibilita ao indagador obter novos saberes. É, um método que visa encontrar respostas para questões precisas. Consta em descrever, elucidar, e apurar factos, acontecimentos ou fenómenos.

Formular um problema de investigação consiste em construir a síntese do conjunto dos elementos de informação colhidos sobre o tema que se pretende estudar. É desenvolver e fortalecer uma ideia, baseando-se numa progressão lógica dos factos, em observações e raciocínios respeitantes ao estudo que se deseja intentar (Fortin, 2009). O mesmo autor alude que a fase concetual se dispõe no centro de toda a fase concetual. É, uma das etapas mais importantes do processo de investigação.

Para Coutinho (2014), formular o problema de investigação é elementar pois aclara uma direção, congruência e conformidade, restringe o estudo, expondo as suas fronteiras e conduz a revisão da literatura para a questão central.

Nesta sequência lógica de pensamento e face ao exposto, a problemática em estudo aborda “*Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros*”.

i. Domínio da investigação

Segundo Fortin (2009), o aspeto geral da problemática que se pretende estudar é o domínio. Pode ser representado de várias formas, nomeadamente, em atitudes, comportamentos, crenças, populações, observações, conceitos, etc. e resultam de diversas fontes.

O tema de estudo é um constituinte particular de um domínio de saberes do interesse do indagador impulsionando-o a fazer uma pesquisa, tendo em vista, amplificar os seus conhecimentos. Eleger o tema de estudo é uma das fases de bastante relevo e importância de todo o processo de investigação, pois influencia o desenrolar das etapas posteriores. Ainda o mesmo autor menciona que o tema de estudo, está frequentemente relacionado com preocupações clínicas, comunitárias, profissionais (Fortin, 2009).

Fortin (2009) alude que é, precisamente, nesta fase que o indagador opta por um tema geral, que vai melhorando, aperfeiçoando ou aprimorando, de acordo com a revisão bibliográfica efetuada, permitindo a formulação explícita do problema.

Neste âmbito, o tema delineado para o presente estudo centra-se, fundamentalmente, nos “*Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros, num Hospital Privado do Norte do País*”.

ii. Questões pivot e questão de investigação

A questão de investigação é um momento fundamental para o desenvolver de toda a investigação. Assim, a partir deste ponto, o indagador direciona a sua investigação de modo a alcançar os objetivos desejados. Ribeiro (2010) refere que a questão de investigação compõe um elemento principal no início de qualquer investigação.

Segundo Fortin (2009), questão de investigação é uma pergunta muito clara, inequívoca e explícita que necessita dos conceitos a estudar, particulariza a população e sugere uma investigação empírica.

Fortin (2009), refere que, geralmente a questão de investigação abrange mais do que uma variável. Alude ainda que a questão de investigação assenta num enunciado interrogativo, realizado no presente que inclui a variável e a população em estudo.

A questão de investigação apresenta duas componentes: o domínio e a questão pivôt. A última, de acordo com Fortin (2009), precede o domínio no enunciado da questão e delimita a direção de toda a investigação.

Deste modo, e tendo em conta o que foi exposto anteriormente, delineou-se para este estudo a seguinte questão de investigação: *“Será o Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros num Hospital Privado do Norte do País, Salutogénico?”*

De acordo com Fortin (2009), todas as questões de investigação advêm do problema de investigação e da sua fundamentação teórica e, abrange todas as outras fases do método de investigação. Portanto, para o presente estudo foram delimitadas as seguintes questões de investigação:

Q1: Qual o perfil sociodemográfico dos Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do País?

Q2: Quais os fatores que contribuem para um Ambiente de Trabalho *Salutogénico* dos Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do País?

iii. Objetivos da investigação

Posteriormente à definição das questões de investigação surge a necessidade de enunciar os objetivos de investigação, de forma a dar uma resposta às questões de investigação (Ribeiro, 2010).

Fortin (2009) alude que o objetivo da investigação é descrever, prever ou esclarecer, de acordo com a situação dos conhecimentos no domínio estudado.

Segundo Ribeiro (2010), os objetivos de investigação patenteiam tudo aquilo que o indagador se predispõe a realizar, de forma, a responder à questão de investigação.

De modo a refletir sobre o propósito da presente investigação e de forma a responder às preocupações evidenciadas na temática em estudo, definiu-se como objetivo geral: Conhecer o Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros, de forma a estabelecer o diagnóstico epidemiológico, identificando as dimensões do estilo de vida, onde é necessário intervir. Como objetivos específicos:

- Caracterizar os Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do País, relativamente às variáveis sociodemográficas;
- Caracterizar o Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do país;
- Identificar fatores que contribuem para um Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do País.

2. Revisão da Literatura

Uma investigação tem sempre um ponto de partida que vai de encontro à problemática e à questão imposta, que necessita de uma explicação ou compreensão de determinada incidência (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009), a revisão de literatura é um método que compreende a execução de um inventário e uma análise crítica de um conjunto de publicações consideradas relevantes sob um domínio de investigação do interesse do indagador.

A revisão da literatura é fundamental não meramente para definir de forma concreta o dilema, mas também para idealizar de forma consistente sobre a veracidade atual de saberes sobre uma temática muito particular, bem como as suas lacunas e, uma contribuição da indagação para o desenvolvimento do conhecimento, do saber (Fortin, 2009).

A pesquisa documental é, segundo Fortin (2009) uma fase de elevada relevância à análise de um domínio de investigação. Assim, e segundo o mesmo autor, a pesquisa de distintas fontes documentais não só permite ao indagador a oportunidade de equiparar os conhecimentos no domínio de investigação a explorar, como amplifica o seu campo de conhecimentos, de modo a estruturar o problema de investigação e, ao mesmo tempo, estabelecer vínculos entre o próprio projeto e os projetos de investigação efetuados por outros indagadores.

Neste sentido, procurando situar o estudo num contexto teórico e específico utilizou-se a literatura científica indexada nas bases de dados: Web of Science, LILACS e Scientific Electronic Library Online (SciELO), na língua portuguesa, utilizando-se as palavras chave: enfermeiros, estilos de vida, saúde, promoção de saúde, trabalho salutogénico, utilizando variadas combinações. Também se recorreu a livros e trabalhos científicos, nomeadamente, artigos de revisão.

i. Ambiente de Trabalho Salutogénico

De acordo com World Health Organization (WHO) (2010), esta define saúde não só pela ausência de doença, mas envolve todo um estado de absoluto bem-estar a nível físico, mental e social. Assim, e em concordância com o conceito anteriormente referido, a definição de ambiente de trabalho saudável, segundo WHO (2010) consiste na colaboração entre os trabalhadores e os gestores para a utilização de um processo de melhoria contínua a nível da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho.

O Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) (2018/2020) corrobora com a WHO (2010), definindo ambiente de trabalho saudável aquele em que os trabalhadores, gestores e empregados cooperam copulativamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção de saúde e bem-estar dos trabalhadores e, assim, garantem a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho. Este conceito agrupa quatro aspetos fundamentais, nomeadamente:

- Questões de saúde, bem-estar e segurança nas condições de trabalho em geral;
- Questões de saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, envolvendo a cultura organizacional de trabalho, modelo de gestão e valores da entidade empregadora.
- Recursos que apoiem e incitem a saúde individual no trabalho, de forma a melhorar a saúde dos trabalhadores, das suas famílias e da própria comunidade.
- Envolvimento da empresa na comunidade.

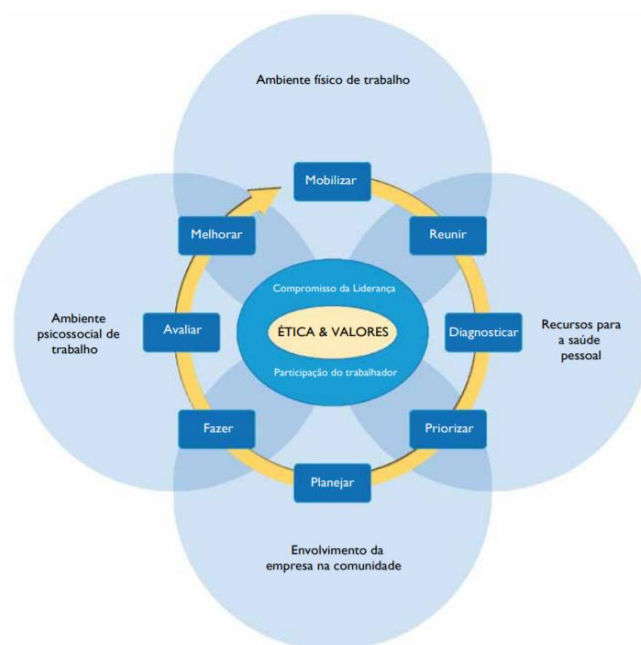
Também a OMS (2010), tem como objetivo major da Saúde ocupacional a promoção de condições de trabalho que permitam aos trabalhadores um alto nível de qualidade de trabalho, protegendo a saúde, promovendo o bem-estar físico, social e mental e prevenindo a doença e os acidentes de trabalho. Está inerente assim um processo de promoção e manutenção de um ambiente de trabalho saudável.

O trabalho de uma equipa de Saúde Ocupacional torna-se mais reconhecido, como sendo decisivo, na medida em que mais de metade da população mundial são trabalhadores, sendo estes que contribuem para um desenvolvimento económico e social não se podem descuidar das condições de saúde, segurança e o seu bem-estar no ambiente de trabalho (OMS,2010).

Para criar um ambiente de trabalho saudável, uma empresa necessita considerar sobretudo as vias ou áreas de influência onde as ações possam melhor suceder, bem como os métodos mais eficazes e eficientes pelos quais os empregadores e trabalhadores possam intentar ações. Assim, existem quatro áreas-chave que podem ser mobilizadas e influenciadas por meio das iniciativas voltadas para um ambiente de trabalho saudável, nomeadamente:

- Ambiente físico de trabalho;
- Recursos para a saúde pessoal;
- Ambiente psicossocial de trabalho;
- Envolvimento da empresa na comunidade (WHO, 2010).

Para assegurar as melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, evitar o processo de adoecimento, é imprescindível que o ambiente de trabalho forneça condições adequadas e apropriadas para as atividades laborais. Assim, a figura ilustrada abaixo exemplifica o modelo de um ambiente de trabalho saudável.



A satisfação no trabalho é uma atitude da pessoa em relação ao trabalho que reúne uma panóplia de emoções como sentimentos, percepções e avaliações que delimitam ou influenciam as tendências comportamentais. Portanto, é de enaltecer a priorização da satisfação e do bem-estar do indivíduo (Bentes, 2018).

A atenção das empresas não devem ser só e apenas centradas na exposição aos agentes ambientais, nomeadamente, agentes físicos, químicos ou biológicos, mas também direcionada às questões relativas à satisfação do trabalhador no seu local de trabalho tendo como objetivo o impacto na qualidade de vida e naturalmente, um ganho na

produção das próprias empresas. Assim, as medidas de prevenção devem compreender os fatores ambientais mencionados e os fatores psicossociais, que estão interligados, de forma direta, ao desempenho das atividades laborais (Bentes, 2018).

O ambiente de trabalho está a ser cada vez mais utilizado como recurso à promoção de saúde, assim como, para intervenções preventivas de saúde, não só com o intuito de evitar acidentes de trabalho e doenças, mas também de modo a diagnosticar e melhorar a saúde dos indivíduos em geral (WHO, 2010).

Para gerar um ambiente de trabalho saudável, a empresa necessita considerar diversos aspetos nomeadamente as vias ou áreas de influência onde as ações possam correr melhor forma, bem como os processos mais eficientes pelos quais os empregadores e trabalhadores possam delinear ações (WHO, 2010).

As pessoas passam a maior parte do seu tempo no local de trabalho. Assim, é de extrema importância que se sintam confortáveis, realizadas e sobretudo felizes enquanto se encontram no seu espaço de trabalho. Segundo a mesma autora, o local de trabalho não deve influenciar de forma negativa a vida dos trabalhadores, assim, é de elevada relevância a atividade profissional criar condições que permitam a manutenção e a promoção do estado de saúde dos trabalhadores (Costa, 2015).

É de salientar que o trabalho pode ser benéfico quer para a saúde física quer para a saúde mental do trabalhador. A promoção do trabalho sustentável e do envelhecimento saudável pode melhorar a saúde bem como a motivação dos trabalhadores, diminuir a rotatividade e o absentismo dos trabalhadores e ampliar a produtividade da empresa (Costa, 2015).

Para a promoção e manutenção de um ambiente de trabalho saudável, é imprescindível a interação entre as várias vertentes, nomeadamente a Segurança do Trabalho, a Medicina e Enfermagem do Trabalho, a Psicologia e Sociologia do trabalho entre outros, que constituem a saúde ocupacional, sendo que, os eventos de risco profissional envolvem acontecimentos inerentes ao trabalhador, às condições de trabalho e à tarefa desenvolvida. A mesma autora menciona só ser possível garantir uma intervenção

exigente, sistemática e de qualidade visando a salvaguarda da saúde e bem-estar dos trabalhadores se existir uma interdisciplinaridade (Costa, 2015).

A promoção de ambientes de trabalho saudáveis, de acordo com o PNSOC (2013-17), para além das condições de trabalho seguras deve também proporcionar aos trabalhadores níveis de conforto de bem-estar físico, social, mental e, oferecer oportunidades para a melhoria da saúde individual e o reforço das práticas e estilos de vida saudáveis.

A promoção da saúde no local de trabalho (PSLT), é um processo que emerge de um esforço contínuo por parte dos empregadores, dos trabalhadores e da comunidade em geral, tendo como objetivo primordial melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no local de trabalho. Esta, só é possível ser alcançada por uma combinação de estratégias nomeadamente:

- Melhorar as condições de trabalho e a organização;
- Promover uma participação de forma ativa dos trabalhadores no contexto de trabalho;
- Promover escolhas e comportamentos saudáveis por parte dos trabalhadores;
- Promover um desenvolvimento pessoal e o contributo na melhoria da comunidade em que está inserido o trabalhador (PNSOC, 2013-17).

A promoção de saúde dos trabalhadores circunscreve fundamentalmente nos determinantes de saúde, porém, tem sido pouco valorizada nas empresas e estabelecimentos nacionais sendo a abordagem salutogénica da promoção de saúde nos locais de trabalho ínfima e pouco engrandece os aspetos de bem-estar que o local de trabalho deveria proporcionar (PNSOC, 2013-17).

A abordagem salutogénica atua na compreensão dos potenciais dos indivíduos de forma a manterem-se saudáveis. Assim, procura compreender o que gera saúde das pessoas, tendo em vista que há pessoas que permanecem bem e conseguem gerir a sua vida apesar de condições adversas. Essa perspetiva vai de encontro aos eixos de ação

salientados na Carta de Ottawa, em que a saúde deve ser empregue como um recurso para a vida (Marçal, 2018).

O paradigma salutogénico de Antonovski veio dar um novo contributo à promoção de saúde, com uma nova metodologia de intervenção tendo como objetivo major fortalecer a capacidade do individuo quando exposto a fatores de ordem psicossocial desempenhando assim uma ação protetora da saúde mental. Assim, surge o conceito como sentido de coerência, que expressa uma determinada característica intrínseca em relação ao individuo, que difere de individuo para individuo, e transpõe uma variante essencial na capacidade de lidar com fatores produtores de stress (Reis, 2012).

Os recursos salutogénicos apoiam a conceção de qualidade de vida como perceção do individuo relativamente à sua posição na vida, no contexto de cultura e do sistema de valores, nos quais o próprio vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. De salientar que os determinantes sociais são elementares e essenciais para enfatizar o senso de coerência e promover a saúde e a qualidade de vida por meio de atitudes e hábitos saudáveis (Marçal, 2018).

A promoção da saúde, de acordo com o modelo salutogénico, estabelece na capacitação dos indivíduos e da comunidade de modo a melhorar a saúde e qualidade de vida e insere o sentido de coerência, sendo este elementar para a manutenção da saúde. O sentido de coerência acarreta que os indivíduos sejam capazes de compreender um determinado acontecimento na vida, perceber como podem solucionar e atribuir um significado ao mesmo. Em suma, estes três aspetos simplificam a seleção de recursos e comportamentos eficientes para dar uma resposta às adversidades impostas pelo quotidiano (Marçal, 2018).

A Saúde e Segurança do Trabalho tem como objetivo major a prevenção de riscos profissionais e a proteção e promoção da saúde do trabalhador. Através de estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles provenientes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho, visam garantir ambientes de trabalho saudáveis que evitem ou diminuam a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a

saúde do trabalhador e de modo garantir uma boa qualidade de vida no local de trabalho (PNSOC, 2013-17).

A qualidade de vida está catalogada de forma direta com o clima organizacional e com a satisfação das necessidades mais básicas dos trabalhadores. Os trabalhadores quando alcançam a qualidade de vida no trabalho, são seres humanos mais felizes, mais satisfeitos e a qualidade de vida sucede de forma natural quando os trabalhadores sentem que são fundamentais e imprescindíveis para a empresa (Amorim, 2016).

As empresas atualmente, de acordo com Amorim (2016), deparam-se com um enorme desafio, a existência de um equilíbrio e coerência entre o bem-estar e a qualidade de vida dos trabalhadores e o alcance das metas e os objetivos delimitados. Para a autora supracitada uma das formas de alcançar o equilíbrio entre os dois fatores aludidos passa pelas atividades e pelos cargos inerentes aos trabalhadores.

ii. Ambiente de Trabalho dos Enfermeiros

A valorização do ser humano enquanto profissional, surgiu da necessidade de colmatar a tendência à desumanização, que era por norma, efetivada através da implementação de metodologias intransigentes e rígidas, às quais os trabalhadores se deviam subjugar sem interrogar a finalidade e utilidade destas medidas. O método mencionado surge na escola clássica de Administração, onde os trabalhadores eram reputados só e apenas como máquinas. Contudo, ao longo dos tempos, começa a surgir uma crescente apreensão em relação aos aspetos humanos em contexto laboral e, emerge o modelo psicossocial. Este modelo assenta essencialmente a organização como organismo social, tendo como objetivo major a valorização e apreciação do ser humano, onde o essencial alude sobre as relações interpessoais estabelecidas e não somente no fator financeiro associado ao trabalho e à atividade laboral (Amorim, 2016).

Assim, o conceito de ambiente de trabalho na prática de enfermagem é complexo e amplo, sendo demarcado como as características do contexto de trabalho facilitadoras ou constrangedoras da prática profissional de enfermagem (Ferreira, 2014).

O conceito de ambiente da prática de enfermagem emerge da sociologia das organizações, baseado no modelo profissional. É um conjunto de características que potenciam ou constroem a prática profissional, sendo a definição mais expressiva entre autores diferentes (Roque, 2016).

De acordo com Ferreira (2014), é relevante compreender as relações entre as características do ambiente de trabalho da prática de enfermagem, dos cuidados de enfermagem e as suas consequências quer para utentes, quer para trabalhadores. Neste sentido, os fatores do ambiente de trabalho podem afetar os cuidados de enfermagem e a saúde dos trabalhadores.

Existem Instituições de Saúde, que procuram oferecer às equipas de enfermagem autonomia, colaboração entre a equipa multidisciplinar, um relacionamento entre a equipa de enfermagem e a equipa médica, e o controlo sobre ambiente, resultando em benefícios para os utentes e profissionais, como um ambiente seguro, melhor qualidade nos cuidados de enfermagem prestados e na saúde dos próprios profissionais (Santos, 2017).

A autonomia do enfermeiro, consta no domínio da tomada de decisão concentrada no utente e na liberdade para agir com base no conhecimento profissional e científico. Assim, é considerada uma mais valia em termos de trabalho, uma vez que emerge numa maior satisfação por parte do profissional, numa comunicação mais eficiente com os médicos e toda a equipa interdisciplinar, na eficiência e eficácia da organização e sobretudo em ganhos para o utente, sendo este o objetivo primordial (Santos, 2017).

A relação cordial e positiva entre enfermeiro e médico é fundamental para uma comunicação precoce em benefício do utente. De salientar que as boas relações entre os profissionais de saúde promovem melhorias no cuidado ao utente bem como uma diminuição de efeitos adversos no cliente (Santos, 2017).

O suporte organizacional está catalogado sobretudo à perceção dos profissionais em relação à sua valorização por parte da organização. Quanto maior for a perceção maior é o compromisso dos enfermeiros (Santos, 2017).

O ambiente de trabalho dos profissionais de saúde é de extrema responsabilidade, mas muito peculiar, pois acaba por expô-los a inúmeros riscos físicos, químicos, fisiológicos, psíquicos, mecânicos e, principalmente, biológicos relativos à função e às intervenções que a profissão exige. O mesmo autor refere ainda que o trabalho de Enfermagem requer do profissional de saúde exigências, nomeadamente, de concentração (estados de emergência), agilidade (nas intervenções de enfermagem), gestão (gerir o tempo durante o turno), entre outras exigências (Cordeiro, 2017).

Os profissionais de enfermagem têm defrontado certas dificuldades e desafios, que nem sempre é o mais favorável para o seu desempenho profissional, no que diz respeito à boa prestação de cuidados, entre eles, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, num ambiente de trabalho (Santos, 2017).

A qualidade dos cuidados é intrínseca aos fatores: Estrutura, Processo e Resultados. A Estrutura agrega fatores organizacionais que consentem o desenvolvimento do trabalho. De modo mais concreto, integra fatores referentes ao utente, ao enfermeiro e à organização (Ferreira, 2014).

O Processo caracteriza-se pelo desempenho e o desenvolvimento das atividades pertencentes à prestação de cuidados. Inclui as intervenções autónomas e interdependentes, nomeadamente, as intervenções que resultam de prescrição médica, a comunicação na equipa de trabalho, a gestão de casos e o planeamento de cuidados (Ferreira, 2014).

Por fim, os Resultados revelam o efeito dos cuidados, como o nível de saúde e a satisfação de padrões e expectativas. Abarcam o estado funcional, o controle de sintomas, o autocuidado, os efeitos adversos, a satisfação do utente, entre outros (Ferreira, 2014).

O profissional de saúde, atua, a maior parte do seu tempo nos ganhos de saúde, nomeadamente, em prol do bem-estar dos pacientes (Cordeiro, 2017).

Assim, torna-se de uma extrema relevância preservar o foco num conjunto de características organizacionais, como a tomada de decisão descentralizada, a gestão e liderança efetiva, participativa e visível, o reconhecimento e a autonomia profissional, responsabilidade pela qualidade dos cuidados inerentes a cada utente, profissionais com formação adequada, específica e horários flexíveis, sendo que todas as características aludidas estão associadas à satisfação no trabalho e à qualidade dos cuidados (Ferreira, 2014; Santos, 2017).

Um elemento essencial para a sobrevivência da organização é o trabalhador, portanto torna-se necessário que as organizações sejam observadas não só como o local onde o indivíduo se esforça fisicamente, psicologicamente e emocionalmente, mas também como o local onde o profissional passa grande parte do seu tempo e onde permanece durante extensos anos da sua vida. Deste modo, as organizações observam cada vez mais o bem-estar e o sentimento de pertença para com a organização em prol da satisfação do trabalhador, motivação, a saúde, o bem-estar e, naturalmente, o aumento da produtividade (Pepe, 2016).

As organizações são integradas por pessoas, com sentimentos e motivos racionais distintos, submetidos às forças do ambiente que influenciam a motivação, os relacionamentos e a liderança, entre outros fatores que originam o comportamento do ser humano e do grupo que o próprio integra. Desta forma, a liderança é necessária em todos os tipos de organização humana, devendo agir simultaneamente com os acontecimentos que afetam a humanidade (Venâncio, 2017).

O gestor deve cooperar e colaborar no cuidado com os trabalhadores que estão sob a sua chefia fazendo com que o sentimento de bem-estar e a saúde no local de trabalho seja algo natural, inato e, ao mesmo tempo, estratégico para a conservação de um ambiente produtivo na organização (Venâncio, 2017).

Aliar o que deve ser feito e como deve ser feito é fundamental para uma liderança eficaz do ponto de vista organizacional. Esta máxima recai sobre o líder, figura com a função de motivar todo o grupo de trabalho em prol de objetivos comuns. Assim, a liderança é o processo de simplificar os esforços individuais e coletivos tendo em vista alcançar os objetivos partilhados (Yukl, 2013).

Para conquistar um ambiente de trabalho saudável, é de evidenciar a necessidade de líderes e liderados das organizações, se unificarem em redor de objetivos comuns. De ressaltar que, laborar num ambiente onde as relações entre líderes e liderados são saudáveis será benéfico para os trabalhadores, para as chefias e, naturalmente para a produção e a própria organização. Portanto, melhorar a qualidade de vida no trabalho através de abordagens do fator liderança é uma forma concreta de se conceber resultados positivos para todos no ambiente de trabalho (Venâncio, 2017).

No contexto laboral, a qualidade de vida está de forma direta interligada com o clima organizacional e com a satisfação das necessidades mais básicas dos profissionais. Estes, quando adquirem na plenitude a qualidade de vida no local de trabalho são seres humanos mais felizes, mais satisfeitos e mais concretizados. Deste modo, os trabalhadores quando se sentem úteis, fundamentais e elementares na organização, nomeadamente nas tomadas de decisão relativas ao trabalho e à própria instituição, a qualidade de vida ocorre de forma mais natural (Amorim, 2016).

Catalogada ao estado emocional encontra-se a satisfação profissional que surge da consonância entre o que o indivíduo espera e o que efetivamente pode retirar da sua atividade profissional. A satisfação e insatisfação em relação ao trabalho incide em diversas consequências pessoais ou profissionais, afetando de forma direta o comportamento, a saúde e o bem-estar do trabalhador (Rodrigues, 2015; Amorim, 2016).

Desta forma, a insatisfação exerce influência sobre o profissional, com consequências para a saúde física e mental, para os comportamentos sociais, atitudes e profissionais, tendo resultados negativos na vida pessoal e familiar do indivíduo e da própria instituição. Quanto à satisfação, gera saúde e promove a satisfação no trabalhador (Rodrigues, 2015).

Segundo Rodrigues (2015) o absentismo é inferior entre os que sustentam uma maior satisfação no trabalho, sendo que a satisfação do trabalho tem efeito na deliberação dos níveis de stress e na qualidade de vida do profissional. Quando o trabalho detém de fatores de stress e de insatisfação torna-se um verdadeiro sacrifício para o trabalhador

pateteando-se a necessidade de programas de prevenção e promoção de saúde que cooperam e sejam fonte de realização e satisfação pessoal e profissional.

O bem-estar no local de trabalho é igualmente influenciado pela percepção que o profissional tem em relação à instituição empregadora. O suporte provido pela instituição em geral ou mesmo pela própria chefia é um condicionante ao bem-estar no local de trabalho. Evidenciar quando o local de trabalho oferece as condições apropriadas ao trabalhador não só se sente mais feliz e realizado, como também desempenha as suas funções de forma mais correta visto ter um acesso mais facilitado a um conjunto de ferramentas ou situações mais benéficas e adequadas (Amorim, 2016).

São diversos os fatores que podem determinar a satisfação ou insatisfação com o local de trabalho que resultam em aspetos que afetam de forma positiva ou negativa o contexto laboral. Pode-se destacar entre os vários fatores no que respeita à satisfação profissional o crescimento, a responsabilidade intrínseca à atividade profissional, o reconhecimento e a realização. A satisfação profissional encontra-se relacionada com as características pessoais inerentes a cada indivíduo. De acordo com as evidências estatísticas indicam que relativamente à idade, os profissionais mais jovens revelam menos insatisfação com o local de trabalho em comparação com os profissionais mais anos de experiência e um maior vínculo à instituição. No que respeita ao género, o lado masculino demonstra uma maior insatisfação com o trabalho em relação ao lado feminino. Em relação aos fatores intrínsecos em relação à instituição, os mesmos autores mencionam que os fatores de satisfação e insatisfação profissional estão ligados a aspetos salariais para as relações interpessoais e para o clima organizacional (Amorim, 2016).

Existe um consenso na literatura sobre a natureza e identificação de riscos psicossociais, os quais englobam as exigências laborais, organização e conteúdo do trabalho, interface trabalho-indivíduo, valores no local de trabalho, justiça e respeito, saúde e bem-estar. Novas ou renovadas formas de trabalho, contextos sociais de interação, alterações demográficas da população, crise económica mundial, novas tecnologias, fluxos migratórios, novas tecnologias, relações sociais e liderança dão lugar ao aparecimento de novos ou diferentes riscos, que muitas vezes tomam a forma de riscos emergentes

ou mesmo desconhecidos. Estes riscos psicossociais no local de trabalho, podem ter um grande impacto em diferentes níveis (Fernandes, et al. 2016).

II. Fase Metodológica

A segunda fase que sustenta um trabalho de investigação denomina-se por fase metodológica. Assim, Fortin (2009) alude que, esta fase “consiste em definir os meios de realizar a investigação”. De acordo com o mesmo autor, o indagador determina a sua forma de obter as respostas às questões de investigação ao longo da fase metodológica. De evidenciar, que as decisões tomadas no decorrer da fase metodológica irão demarcar o desenrolar do estudo (Fortin, 2009).

A fase metodológica, segundo Fortin (2009), abrange as seguintes etapas: a escolha do desenho de investigação, a definição do tipo de estudo, a definição da população e da amostra, as variáveis e a sua caracterização, a elaboração de métodos ou escala de medida ou de tratamento das variáveis, a escolha dos métodos de colheita e análise dos dados, e para finalizar, as considerações éticas.

Na elaboração e planificação desta investigação esteve implícito aplicação de um conjunto de procedimentos assentes em reflexões concetuais consistentes baseadas no conhecimento científico, que deram corpo à presente investigação sobre “Estilos de Vida e Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros”.

1. Desenho de investigação

De acordo com Fortin (2009), o desenho de investigação compreende um plano lógico delineado pelo indagador, com o objetivo de estabelecer uma maneira de atuar capaz de levar à concretização dos objetivos, sendo eles encontrar as respostas às questões de investigação ou averiguar hipóteses e, definir mecanismos de controlo, tendo como objetivo major a minimização de riscos de erro.

Em consonância, Ribeiro (2010) refere que, os desenhos e os métodos de investigação assentam uma das partes mais relevantes de um estudo de investigação. Ambos, permitem, ou não, responder à questão de investigação colocada na fase inicial, que colhe toda a informação necessária, sendo ela quantitativa, qualitativa ou mista, de forma benéfica, com os procedimentos adequados, permitindo identificar e valorizar os aspetos de maior importância da investigação.

Portanto, segundo Lima (2019), os pressupostos supramencionados o desenho de investigação é organizado pelo tipo de estudo, as variáveis, a população alvo e a amostra, o instrumento e o método de recolha de dados e, por fim, o tratamento de dados.

i. Tipo de estudo

Segundo Freixo (2011) um tipo de estudo difere sempre de um outro tipo de estudo. Cada tipo de estudo tem uma metodologia e um desenho de investigação muito exclusivos e particulares, sendo que, estes devem satisfazer os objetivos e questões de toda a investigação. Assim, para a realização do presente estudo de investigação desenvolveu-se um estudo do tipo descritivo, inserido no paradigma quantitativo e transversal.

Fortin (2009) alude que o estudo descritivo consiste em descrever de forma natural um fenómeno ou um conceito alusivo a uma população, da maneira como esta se apresenta no meio natural de modo, a estabelecer as características da totalidade ou de uma fração da mesma população.

O método de abordagem quantitativa é caracterizado, segundo Fortin (2009), pelo tamanho de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis a serem generalizados a outras populações ou contextos. Segundo a mesma autora o método quantitativo compreende um processo metódico de recolha de dados observáveis e quantificáveis sustentado na observação.

De acordo com Vilelas (2017) os estudos quantitativos sugerem que é possível dispor números às opiniões e às informações sendo estas, de seguida, avaliadas e examinadas. Posteriormente, segundo o mesmo autor, serão apresentadas com o objetivo de adquirir a descrição e a explicação do fenómeno sobre o qual incidem as observações.

Ribeiro (2010) refere que um estudo descritivo pode ser transversal, de comparação ou longitudinal. Em relação à dimensão temporal o estudo é transversal, e, segundo Fortin (2009), o carácter do tipo transversal de um determinado estudo consta na obtenção de

informação referente a uma determinada situação num período de tempo definido. A mesma autora menciona que os estudos são económicos, acessíveis de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, todavia, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais.

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Fortin (2009) define população como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que detêm características comuns. A população em estudo, é intitulada de “população alvo” esta é composta por um grupo de pessoas que cumprem os critérios de seleção definidos previamente, que permitem fazer generalizações. Tendo em conta este conceito e de modo a promover a eficácia da investigação, a população alvo em estudo são os “Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do País”.

A amostra é definida como uma fração de uma população sobre a qual é realizado o estudo. Esta, deve ser representativa da população, isto é, certas características previamente conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos que constituem a amostra (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin encontra-se Coutinho (2014), este último afirma que uma amostra abrange um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população de onde derivam, de quem se irá recolher os dados e, que deve deter características idênticas da população de onde foi retirada (Coutinho, 2014).

Com base nestas interpretações, a amostra selecionada para o presente estudo foi baseada no método não probabilístico o qual, de acordo com Coutinho (2014) não permite especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma determinada população. Mais uma vez em concordância estão Coutinho e Fortin (2009), pois para a amostragem não probabilística não atribui a todos os elementos da população a mesma hipótese de ser escolhido para integrar a amostra (Fortin, 2009).

A amostragem é um método pelo qual um conjunto de indivíduos ou uma fração da população (amostra) é selecionado de forma a representar uma população completa. Existem uma panóplia de técnicas de amostragem das quais o indagador pode

selecionar (Fortin, 2009). Assim, neste contexto, a amostra em estudo é constituída por 36 Enfermeiros a desempenhar funções no Hospital referido, que se encontravam disponíveis para responder ao questionário e cumpriram todos os critérios de inclusão.

Considerando todo o processo de amostragem, o método utilizado para a seleção dos indagados baseou-se nos critérios de amostragem não probabilística por conveniência. Esta técnica de amostragem, de acordo com Fortin (2009), pretende que os sujeitos sejam facilmente acessíveis e presentes num local definido. Os sujeitos à medida que se apresentam são incluídos no estudo até a amostra alcançar o tamanho que o indagador deseja e pretende.

De acordo com Fortin (2009) com o auxílio dos critérios de inclusão determina-se a inclusão das características que se tenciona encontrar nos elementos da amostra, nomeadamente, o grupo etário, o género, o estado de saúde, o nível de escolaridade, entre outros, tendo como objetivo a aquisição de uma amostra o mais uniforme possível.

Assim, os critérios de inclusão dos sujeitos no presente estudo foram ser Enfermeiro, a trabalhar em contexto hospitalar, no Norte do País, de ambos os sexos, a trabalhar pelo menos há três meses na instituição e, participar de forma voluntária no estudo.

iii. Variáveis em estudo

De acordo com Ribeiro (2010) as variáveis de investigação constituem um elemento central, uma vez que a investigação é organizada em torno das mesmas.

Na mesma linha de pensamento de Ribeiro encontra-se Fortin (2009), para a autora, as unidades de base da investigação são as variáveis. Estas podem ser propriedades, características ou qualidades de indivíduos, objetos, de situações capazes de se alterar ou variar no tempo. De acordo com a mesma autora, as variáveis compreendem valores díspares, estes podem ser calculados, manipulados ou controlados e, podem ser classificados consoante o papel que exercem na investigação como variáveis independentes, dependentes, de atributo, de investigação e estranhas (Fortin, 2009).

Fortin (2009) define a variável atributo como características pré-existentes dos participantes em estudo e, usualmente são constituídas por dados demográficos como a idade, a situação de família, o género. Assim, os dados demográficos serão examinados no fim do estudo de modo a obter um perfil demográfico das características da amostra.

A variável independente é a variável que o indagador manuseia com o intuito de estimar os efeitos produzidos na variável dependente, isto é, a variável independente é “considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente” (Fortin, 2009).

Coutinho (2014) declara que a variável independente, também designada como variável central, é aquela que o indagador manuseia. Desta forma, considera-se a variável independente para o presente estudo os “Enfermeiros”. Estas variáveis serão operacionalizadas pelos itens presentes na primeira parte do questionário, sendo eles, género, idade, peso e altura, estado civil, nível de escolaridade, especialidade em Enfermagem, serviço onde exerce, anos ou meses de serviço e, por fim, portador de doença crónica.

A variável dependente define-se como aquela que é influenciada pela variável independente, isto é, sofre o efeito da variável independente, sendo que, o resultado extraído previsto pelo indagador resulta da junção de ambas as variáveis. Assim, a variável dependente é o comportamento, a resposta, ou o resultado analisado que acontece por presença e influência da variável independente (Fortin, 2009).

Logo, a variável dependente para o presente estudo é designada “Ambiente de Trabalho”. Esta será operacionalizada através do questionário sobre o Ambiente de Trabalho, composto por 31 questões.

iv. Instrumento de recolha de dados

De acordo com Coutinho (2014), um plano de investigação envolve uma recolha de dados originais por parte do indagador.

A seleção do método de recolha de dados segue um segmento indispensável para o desenvolvimento da investigação, sendo este, o que dá a resposta às questões de

investigação e aos objetivos delineados. Logo, o indagador decide qual o tipo de instrumento de colheita de dados apropriado e de acordo com o objetivo da sua investigação (Fortin, 2009).

Nos estudos descritivos, segundo Fortin (2009), são empregues geralmente os questionários, as observações, as entrevistas dirigidas ou semi-dirigidas e, algumas vezes, as escalas de medida.

Tendo em conta a natureza do presente projeto de investigação, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário.

Vilelas (2017) refere que os questionários são instrumentos de registo escrito e delineados para a procura de dados dos indivíduos, através de perguntas, tendo em consideração conhecimentos, crenças, atitudes e sentimentos.

Fortin (2009, pp.367-398) define questionário como sendo,

“um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...). É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

De acordo com Fortin (2009) relativamente à recolha de dados pode utilizar-se um questionário já existente ou gerar um questionário por autoria do indagador. Na elaboração de um questionário as instruções necessitam de ser claras e objetivas sobre a forma de responder aos distintos tipos de questões. As instruções devem ser colocadas no início do questionário. A mesma autora refere ainda que é pertinente ter em consideração o número de perguntas, o tipo de resposta a solicitar e a apresentação global do questionário, de modo a não desmotivar e não originar nenhuma dúvida ao indagado, durante o preenchimento do mesmo.

Será utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário Escala de Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem (Apêndice I) validada e adaptada para a população portuguesa por Ferreira (2014). O questionário será preenchido devidamente pelo Enfermeiro da Instituição em estudo, via online. Seguidamente os

dados serão analisados recorrendo à estatística descritiva e apresentados sobre a forma de gráficos e tabelas para melhor planeamento e entendimento.

O questionário, em formato digital, foi aplicado no período entre 01 e 20 de maio de 2020.

O instrumento de colheita de dados patenteia três momentos de estruturação díspares. Num primeiro momento, os intervenientes são informados sobre o contexto do tema em estudo, os objetivos e, esclarecimentos peculiares sobre o preenchimento do questionário, assim como a relevância da sua participação para o sucesso do projeto de investigação.

No segundo momento, envolve os aspetos sociodemográficos e profissionais que caracterizam os intervenientes, como o género, idade, estado civil, nível de escolaridade, especialidade de Enfermagem, serviço onde trabalha, anos/meses de serviço, peso (Kg), altura (metros), se é portador de doença crónica, se considera ter vícios, como classifica o seu estilo de vida.

O terceiro e último momento é inerente ao questionário Practice Environment Scale of Nursing Work Index, Escala de Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem validado, e adaptado à população portuguesa por Ferreira (2014) que pretende avaliar a perceção de características organizacionais presentes na prática de enfermagem.

Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por 31 perguntas divididas por 5 fatores:

- Fator i – Gestão e liderança do enfermeiro chefe;
- Fator ii – Adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados
- Fator iii – Relação enfermeiro-médico;
- Fator iv – Participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital;
- Fator v – Fundamentos de Enfermagem baseados na qualidade dos cuidados

As duas primeiras subescalas refletem o ambiente de todo o hospital sendo que as restantes aludem a aspetos mais específicos (Ferreira, 2014).

As quatro opções de resposta (Concordo totalmente, Concordo, Discordo, Discordo totalmente), distribuem-se numa escala tipo Likert, que segundo Fortin (2009) consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um determinado tema e, onde é solicitado aos participantes para indicarem o seu maior ou menor acordo ou desacordo, escolhendo entre quatro categorias, nomeadamente, concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente. Assim, o instrumento de recolha de dados tem como objetivo avaliar a perceção de características organizacionais presentes na prática de enfermagem. (Ferreira 2014; Fortin 2009).

Ferreira (2014) menciona que existem critérios que constituem referências para a classificação dos ambientes em três níveis, favorável se quatro ou cinco escalas apresentarem valores superiores a 2,5; desfavoráveis se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5; e misto se duas ou três escalas apresentam valores superiores a 2.5.

v. Pré-teste

É realização de um pré-teste tem como finalidade encontrar exequíveis dificuldades no preenchimento do questionário e, de modo a averiguar se é apropriada a sua utilização como instrumento de pesquisa (Gonçalves, 2019).

Segundo Reis (2018), o pré-teste compreende um estudo preliminar efetuado a uma parte da população em estudo, de modo a avaliar se este foi elaborado de forma clara e, se responde às questões e objetivos de investigação.

Fortin (2009) estabelece pré-teste como sendo a demonstração que comporta em verificar da eficácia bem como o valor do questionário junto de uma amostra diminuída, geralmente comporta entre 10 e 20 indivíduos da população alvo. A mesma autora refere que esta etapa é indispensável pois, possibilita descobrir as lacunas do questionar e assim, efetuar as correções necessárias.

Deste modo, os resultados conseguidos no pré-teste demonstrarão possíveis lacunas existências quanto à inconsistência ou questões mais complexas, dubiedade ou linguagem inatingível, perguntas supérfluas ou que provoquem embaraço na pessoa, se

as questões cumprem uma determinada ordem ou se são numerosas. Assim, estes factos permitirão conceder credibilidade ao questionário e, conseqüentemente, à investigação (Lima, 2019).

Assim, para o questionário do presente estudo não houve necessidade realizar um pré-teste, de modo a verificar a autenticidade, operacionalidade e fidedignidade do instrumento de pesquisa, pois, o mesmo já foi validado para a população portuguesa.

vi. Tratamento e Apresentação dos dados

De acordo com Coutinho (2014), numa investigação os dados reunidos requerem uma organização e análise e, geralmente tomam o formato numérico, procede-se à sua análise estatística para converter em informação.

Em consonância encontra-se Fortin (2009), este declara que qualquer estudo que envolve valores numéricos, a análise dos dados procede-se com a utilização de estatística descritiva, possibilitando assim descrever as características da amostra, na qual os dados foram recolhidos. O procedimento estatístico dos dados é de elevada relevância no sucesso de uma investigação, sendo que se pode responder às questões previamente estabelecida através do mesmo.

Deste modo, após a colheita dos dados é essencial proceder à sua análise, com vista a obter o resultado de interesse. A análise é efetuada com recurso a métodos estatísticos, através de um programa informático, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0 para Windows, convertendo os dados obtidos em resultados estatísticos. A apresentação dos dados alcançados será realizada com recurso a tabelas e gráficos, onde serão apresentados os dados mais relevantes do estudo, para uma melhor organização e entendimento.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

De acordo com Vilelas (2017), a ética é uma ciência moral que preceitua os nossos valores morais e a nossa conduta, ou seja, o nosso juízo filosófico sobre o que é mais

correto fundamentando-se em princípios vivenciados para esclarecer ações e na resolução de problemas.

No presente estudo tentar-se-á defender os cinco direitos básicos e fundamentais adequáveis aos seres humanos, determinados pelo código de ética, sendo eles:

O direito à autodeterminação que, segundo Fortin (2009), fundamenta-se no princípio ético do respeito pelos indivíduos, na qual qualquer indivíduo é capaz de decidir por si próprio a sua participação numa investigação, e capaz de tomar conta do seu próprio destino.

O direito à intimidade que, de acordo com Fortin (2009), alude à liberdade que o indivíduo detém de decidir sobre a extensão da informação concedida numa investigação e, delimitar em que medida aceita partilhar informações pessoais e íntimas.

O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do indivíduo não conseguir ser relacionada às respostas pessoais por nenhum meio, mesmo pelo próprio indagador. Deste modo, os resultados deverão ser exibidos para que nenhum dos participantes em estudo seja reconhecido, quer por parte do leitor do relatório de investigação como pelo próprio indagador (Fortin, 2009).

O direito a um tratamento íntegro e imparcial alude ao direito de comunicar ao participante a natureza, a duração e o fim da investigação para o qual foi requerida a sua participação, bem como todos os métodos empregues ao longo do estudo (Fortin, 2009).

Por fim, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, segundo Fortin (2009), menciona as regras de proteção do indivíduo contra inconvenientes suscetíveis de afetar e prejudicar o próprio.

Gonçalves (2019) menciona que os princípios éticos supracitados foram tidos em consideração, uma vez que cada questionário detém de uma introdução onde foram transmitidas as informações relevantes alusivas ao estudo, bem como os objetivos, garantindo o sigilo dos dados, o anonimato, confidencialidade e a proteção dos direitos

fundamentais e elementares do ser humano, assim como a natureza opcional da participação do estudo.

De modo a aplicar o instrumento de colheita de dados, o questionário, foi solicitada a autorização aos autores que autenticaram e aplicaram o mesmo para a população portuguesa (Anexo I), seguido do pedido de autorização á Comissão de Ética da UFP e da instituição referenciada para a realização do presente estudo (Anexo II).

III. Fase Empírica

A fase empírica é, a fase mais entusiasta e interessante do estudo, pois, é nesta que se desenvolve o estudo, procede-se à análise de dados e respetiva interpretação dos resultados. Uma vez findada a colheita de dados procede-se à leitura dos questionários, sendo os dados estruturados e inseridos numa base de dados para efetuar o tratamento estatístico dos mesmos. Após esta etapa, a próxima que segue, trata-se da apresentação dos resultados, e respetiva interpretação com base nas questões de investigação ou das hipóteses previamente enunciadas (Fortin, 2009).

A análise dos resultados, segundo Fortin (2009), deriva de factos analisados e observados, os quais tiveram lugar durante a etapa anterior, a colheita de dados sendo, assim, analisados e interpretados, com vista a facultar uma ligação lógica com o problema de investigação inicialmente proposto.

A interpretação dos resultados consiste numa das etapas mais difíceis da investigação, uma vez que carece de uma reflexão intensa e uma análise mais profunda de todo o processo de investigação. Desta forma, a interpretação dos dados possibilita ao indagador analisar os principais resultados da investigação, fazendo a ligação ao problema, às questões ou às hipóteses previamente instituídas. Assim, possibilita o confronto dos resultados obtidos com outros projetos de investigação (Fortin, 2009).

A parte final do estudo chegou. A fase empírica, após a colheita de dados efetuada, com as ferramentas apropriadas, os dados são planificados e organizados, introduzidos numa base de dados, analisado de acordo com as finalidades do estudo, de modo a permitir, explorar e descrever fenómenos ou investigar relações possíveis entre as variáveis. No presente estudo de investigação e de forma a proceder à preparação, organização e tratamentos estatístico recorreu-se ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26, conforme referido anteriormente. Seguidamente, passamos à interpretação, análise e discussão dos resultados de forma a dar resposta às questões realizadas previamente.

1. Apresentação e análise dos dados

Após a recolha de dados, Fortin (2009) menciona que se procede à organização dos mesmos de modo a simplificar a sua análise, podendo ser vantajoso a apresentação dos resultados em forma de quadros e figuras, pois possibilitam uma consulta mais veloz e global.

Fortin (2009), refere que a análise dos dados relativos a qualquer estudo que admita valores numéricos é iniciado pelo uso da estatística descritiva, que por efeito possibilita caracterizar a amostra e delimitar valores obtidos pelas medidas das variáveis.

Os resultados abaixo apresentados serão referentes às respostas obtidas no questionário respondido por 36 Enfermeiros, que consentiram, de forma deliberada, a participação no presente projeto de investigação.

i. Caraterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra do presente estudo de investigação contempla 36 enfermeiros, sendo que para a caraterização sociodemográfica foi tida em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, especialidade de enfermagem, o serviço onde exerce funções, os anos de serviço e doença crónica.

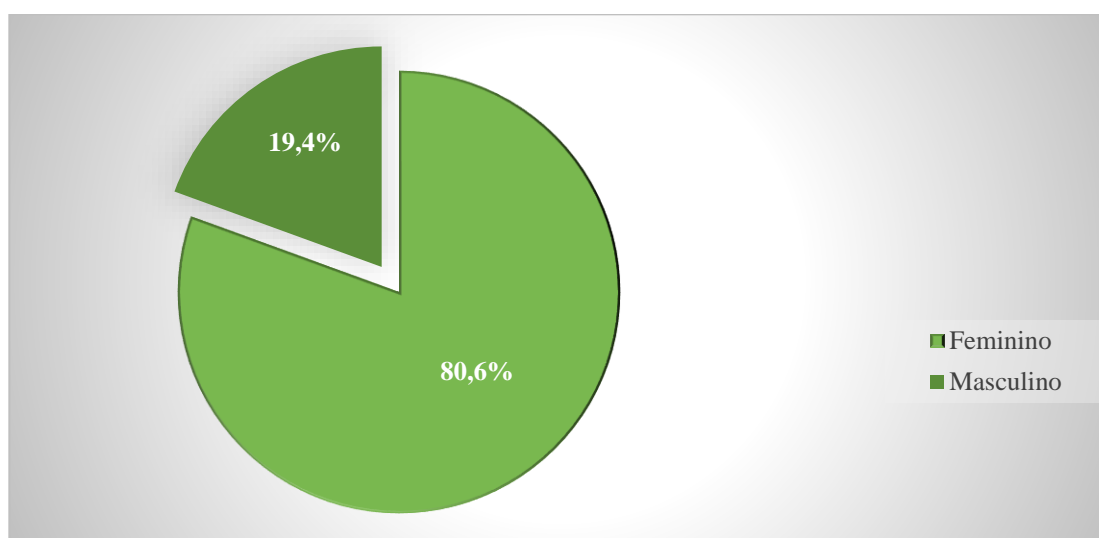


Gráfico n°1 – Distribuição por género

Relativamente à distribuição de acordo com o género observamos pela análise do gráfico n°1 que 80,6% (n=36) dos enfermeiros pertence ao sexo feminino, sendo que,

apenas 19,4% cabe ao sexo masculino. Os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro ao estudo realizado por Amorim (2016), no qual a amostra é composta por 76,15% do sexo feminino face ao género masculino 23,85%.

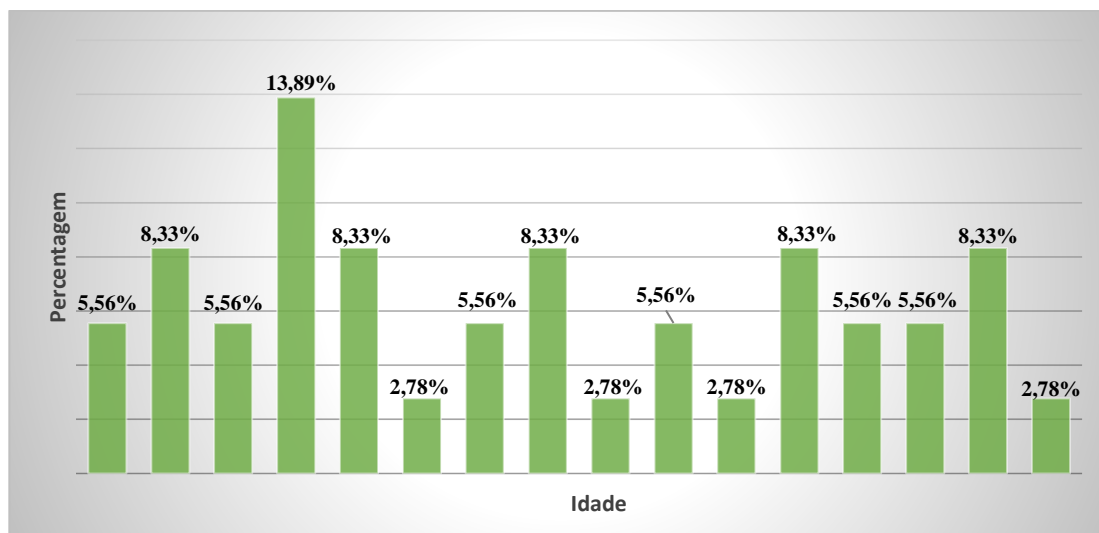


Gráfico n.º2 – Distribuição por Grupo Etário

De acordo com o gráfico n.º2, os elementos que integram a amostra apresentam idades compreendidas entre os 22 e os 44 anos, sendo a média de idade 29,08 anos e a mediana de idades situa-se nos 28,5. A maioria é representada por 13,89% (n=5) referente à faixa etária dos 25 anos, seguidos de 8,33% (n=3) cuja as idades correspondem à faixa etária dos 23, 26, 29, 33 e 36 anos. De seguida com 5,56% (n=2), observa-se o grupo etário dos 22, 24, 28, 31, 34 e 35 anos. Para finalizar, 2,78% (n=1) corresponde a idades como 27, 30, 32 e 44 anos. Os dados estão em consonância com o estudo efetuado por Santos (2017), onde os 58,75% dos inquiridos pertence ao grupo etário dos 26 aos 31 anos.

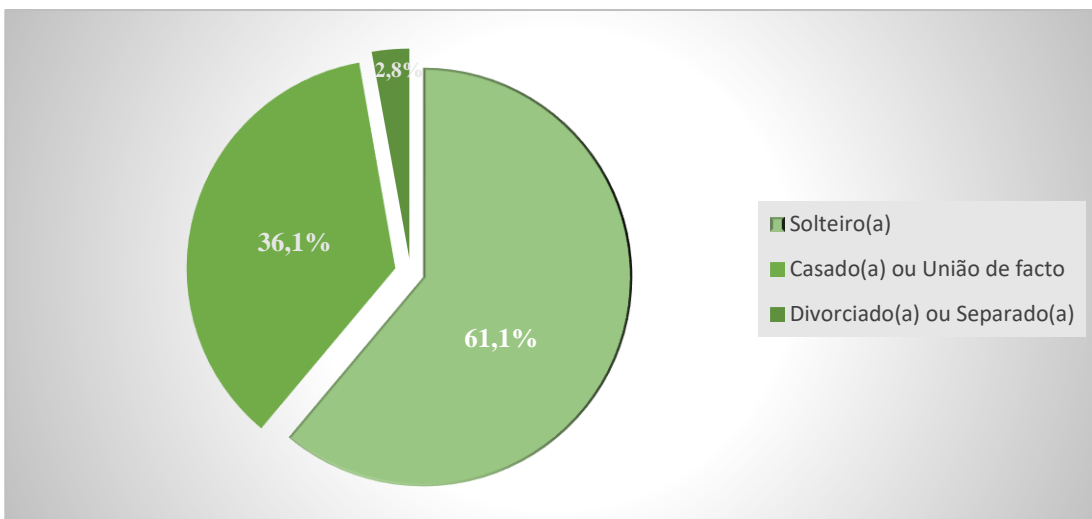


Gráfico n°3 – Distribuição por Estado Civil

Como demonstrado no gráfico n°3 quanto ao estado civil dos enfermeiros que integram a amostra do presente estudo, observa-se que a sua maioria 61,1% (n=22) são solteiros e 36,1% (n=13) são casados ou vivem em união de facto. A minoria é representada por 2,8% (n=1) referente a divorciado(a) ou separado(a). Os dados analisados encontram-se em consonância com o estudo realizado por Camacho (2017) onde os inquiridos são maioritariamente solteiros.

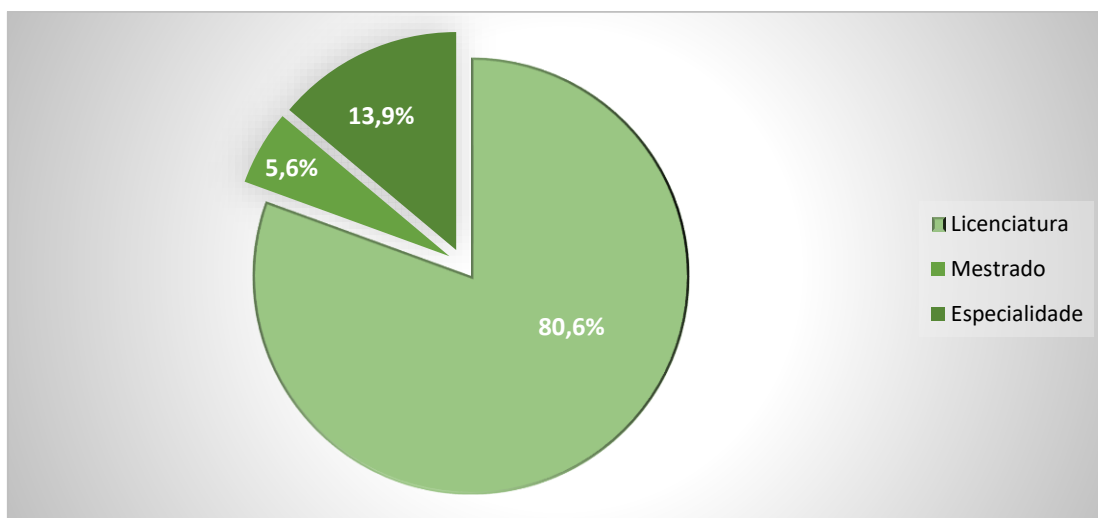


Gráfico n°4 – Distribuição por Nível de Escolaridade

Após analisar o gráfico n°4, sendo este representativo do variável nível de escolaridade, é possível constatar que a maioria dos inquiridos, com 80,6% (n=29) possui uma licenciatura, seguindo-se a especialidade em enfermagem com 13,9% (n=5). Por fim,

com 5,6% (n=2) encontram-se os inquiridos que possuem grau de Mestre. Os valores acima representados vão ao encontro do estudo realizado por Santos (2017), sendo os resultados unânimes e os inquiridos patenteiam, na maioria, de uma licenciatura com 82,50%.

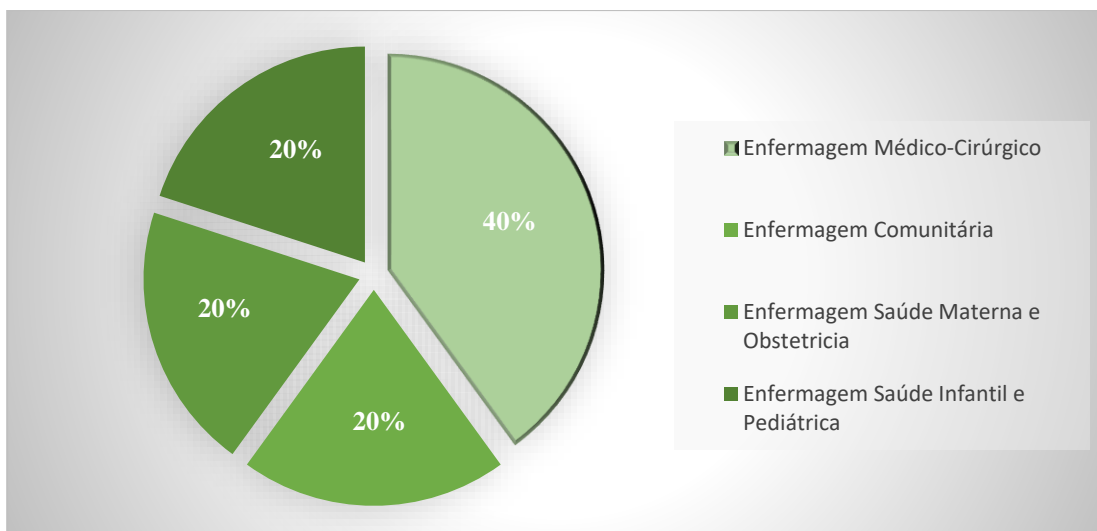


Gráfico n°5 – Distribuição por Especialidade de Enfermagem

Os dados obtidos, de acordo com o gráfico n°5 tendo como variável especialidade de enfermagem, revelam que a maior parte da amostra 40% (n=2) possui especialidade Médico-Cirúrgico, seguindo-se, com a mesma percentagem Enfermagem Comunitária com 20% (n=1), Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia com 20% (n=1) e, por fim, Enfermagem Infantil e Pediátrica com 20% (n=1).

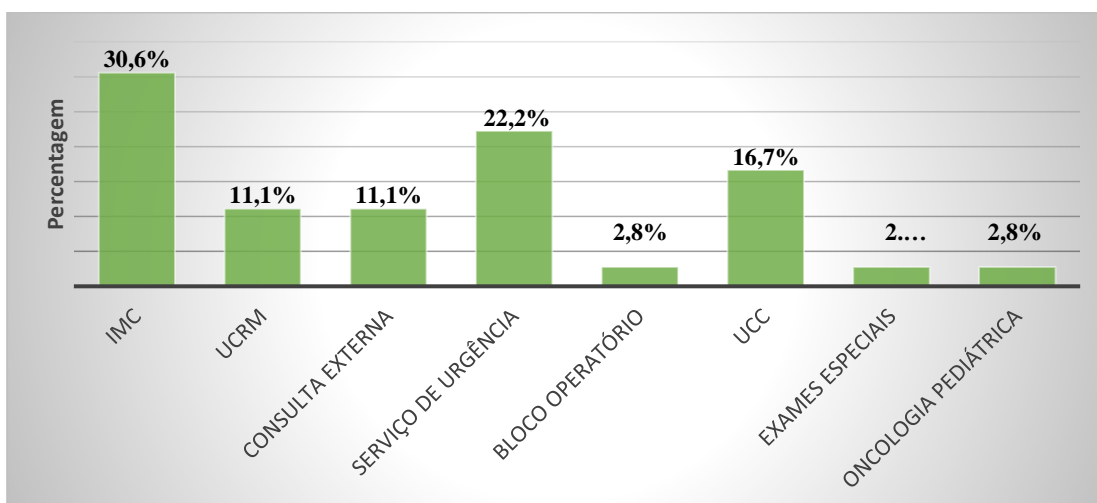


Gráfico nº6 – Distribuição por Serviço onde exerce funções

Analisando as respostas dos inquiridos, representadas no gráfico nº6, verificou-se que a maioria da amostra, 30,6% (n=11) exerce funções no serviço de Internamento Médico-Cirúrgico. De seguida com 22,2% (n=8) pertence ao Serviço de Urgência, com 16,7% (n=6) encontram-se os enfermeiros que assumem funções na Unidade de Cuidados Continuados. Com igual percentagem encontra-se a Unidade de Cuidados de Reabilitação e Manutenção e a Consulta Externa representando 11,1% (n=4) do total dos inquiridos. Por fim, com uma percentagem de 2,8% (n=1) encontram-se os enfermeiros que exercem funções no Bloco Operatório, no serviço de Exames especiais e no serviço de Oncologia Pediátrica.

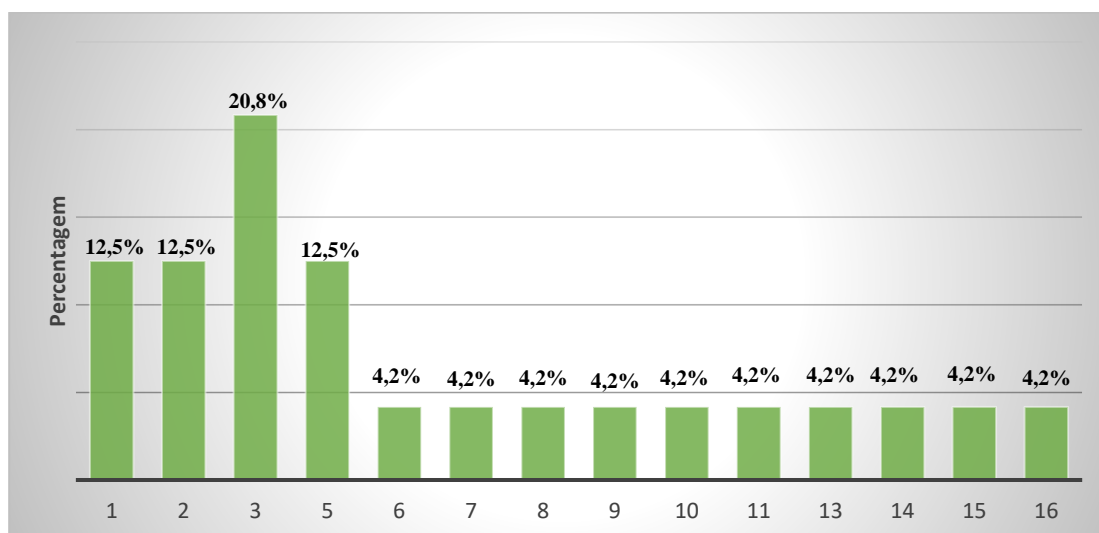


Gráfico nº7 – Distribuição por Anos de Serviço

Analisando o gráfico nº7 é possível constatar que a grande maioria dos inquiridos com 20,8% da amostra possuem 3 anos de serviço. Com a mesma percentagem encontram-se os enfermeiros com 1, 2 e 3 anos de serviço. Por fim, de acordo com o gráfico nº7, o inquirido com mais anos de serviço varia entre os 6 anos e os 16 anos correspondendo cada ano a 4,2% da amostra.

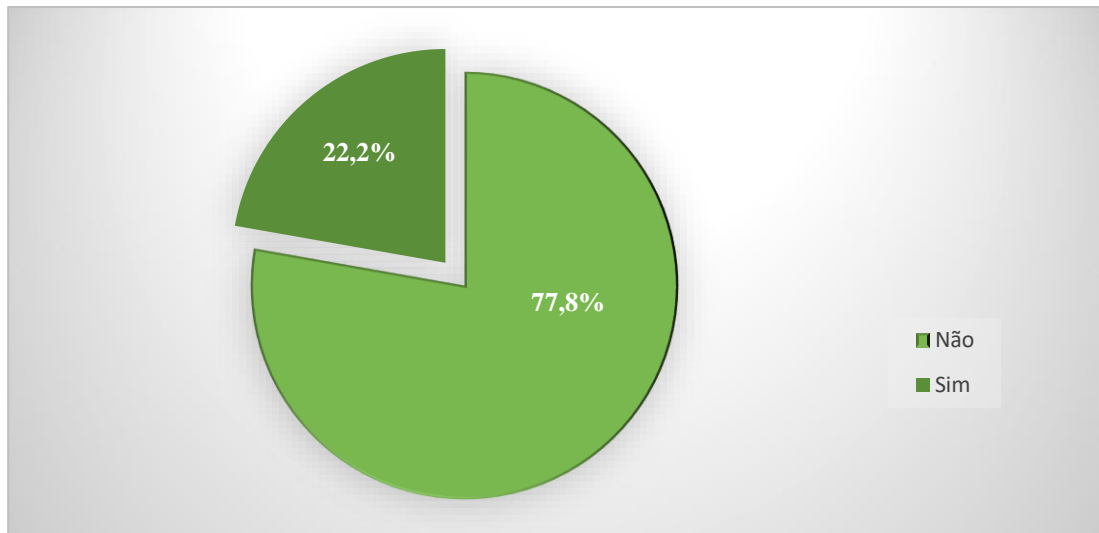


Gráfico n°8 – Distribuição por Doença Crónica

Segundo os dados obtidos, no gráfico n°8 revelam que a maior parte da amostra 77,8% (n=28) dos inquiridos indicaram não ter doença crónica, por oposição com 22,2% (n=8) dos inquiridos referem ter doença crónica.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), 80% da mortalidade nos países europeus tem como causa implícita as doenças crónicas. Estas, têm um grande impacto na morbilidade e mortalidade prematura das populações e a sua prevalência e incidência é influenciada por fatores de risco sociais e individuais, nomeadamente o excesso de peso, sedentarismo, hábitos alimentares desadequados, alcoolismo e tabagismo.

ii. Caraterização do Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem

Seguidamente, vão ser analisados e debatidos os resultados alcançados no questionário relativamente à perceção dos enfermeiros sobre as caraterísticas organizacionais presentes na prática de enfermagem da instituição onde exercem funções. Para esta análise foi empregue a estatística descritiva, particularmente, a média da amostra assim como, o desvio padrão. Os resultados serão patenteados, sob forma de tabela, referentes aos cinco fatores:

- i - Gestão e liderança do Enfermeiro-Chefe;**
- ii - Adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados;**

iii - Relação enfermeiro-médico;

iv - Participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital;

v - Fundamentos de enfermagem baseados na qualidade de cuidados.

Fator i – Gestão e Liderança do Enfermeiro-Chefe

	N	%	\bar{x}	σ
O Enfermeiro-Chefe apoia a equipa de enfermagem.	36	Concordo totalmente - 55,6% Concordo – 41,7% Discordo – 2,8%	1,47	0,560
Enfermeiro-Chefe é bom gestor e líder.	36	Concordo totalmente – 44,4% Concordo – 50% Discordo – 2,8% Discordo totalmente – 2,8%	1,64	0,683
Enfermeiro-Chefe apoia a equipa na tomada de decisão.	36	Concordo totalmente – 27,8% Concordo – 61,1% Discordo – 11,1%	1,83	0,609
Enfermeiros Supervisores utilizam o erro como oportunidade de aprendizagem.	36	Concordo totalmente – 27,8% Concordo – 61,1% Discordo – 8,3% Discordo totalmente – 2,8%	1,86	0,683
Enfermeiro-Chefe consulta os enfermeiros no que respeita a problemas e procedimentos diários.	36	Concordo totalmente – 25% Concordo – 58,3% Discordo – 13,9% Discordo totalmente – 2,8%	1,94	0,715
Tempo e oportunidades para discutir com outros enfermeiros os cuidados ao utente.	36	Concordo totalmente – 25% Concordo – 66,7% Discordo – 2,8% Discordo totalmente – 5,6%	1,86	0,708
			1,84	0,062

Tabela nº1 – Estatística Descritiva do fator i - Gestão e Liderança do Enfermeiro Chefe

Ao analisar as tabelas, (tabela nº 1,2,3,4 e 5) é possível certificar que os valores entre as distintas dimensões de ambiente de trabalho na prática de enfermagem estão, relativamente, próximos. A dimensão gestão e liderança do enfermeiro apresenta o segundo valor mais baixo, conforme indicado na tabela nº1 apresentando os seguintes valores ($\bar{x} = 1,84$ e $\sigma = 0,062$).

Os resultados obtidos no presente trabalho de investigação não se encontram em consonância com os resultados que Ferreira (2014) obteve no seu estudo, onde a dimensão gestão e liderança do enfermeiro foi a que obteve a segunda maior percepção ($\bar{x} = 3,00$ e $\sigma = 0,62$). O estudo realizado por Roque (2016), a dimensão gestão e liderança obteve terceira maior percepção ($\bar{x} = 2,42$).

Prevalece o item inerente ao Enfermeiro-Chefe consulta os enfermeiros no que respeita a problemas e procedimentos diários, seguido dos enfermeiros envolvidos na gestão interna do hospital, o mérito e reconhecimento para o trabalho bem realizado e um programa de garantia de qualidade e o tempo e oportunidades para discutir com outros enfermeiros os cuidados ao utente, todos com valores semelhantes.

Segundo Roque (2016), o fator i evidencia-se, sobretudo na percepção dos enfermeiros sobre o papel crítico em relação à gestão de enfermagem, pela dualidade do papel de gestor e líder, bem como o suporte aos enfermeiros aquando a existência de conflitos com os médicos, realização de erros, e o reconhecimento do trabalho bem realizado e desenvolvido.

O conhecimento sobre o comportamento humano e dos processos em redor do grupo de trabalho, a aptidão para a compreensão de determinadas atitudes, os sentimentos e os motivos do outro, a capacidade de comunicação, e por fim, a sensibilidade social são competências imprescindíveis de um líder nato. Assim, um líder deve ter em atenção as funções interpessoais, nomeadamente, o espírito de equipa, a empatia, sentido de respeito e de justiça, humor e boa disposição, competência política, um comportamento flexível, coaching, e uma capacidade de comunicar (Venâncio, 2017).

Fator ii - Recursos Adequados Humanos para Assegurar a Qualidade dos Cuidados

	N	%	\bar{x}	σ
Enfermeiros suficientes asseguram a qualidade dos cuidados.	36	Concordo totalmente – 27,8% Concordo – 61,1% Discordo – 5,6% Discordo totalmente – 5,6%	1,89	0,747
Enfermeiros suficientes concretizam o trabalho.	36	Concordo totalmente – 33,3% Concordo – 52,8% Discordo – 8,3% Discordo totalmente – 5,6%	1,86	0,798
Ativo desenvolvimento de pessoal.	36	Concordo totalmente – 33,3% Concordo – 55,6% Discordo – 5,6% Discordo totalmente – 5,6%	1,83	0,775
Enfermeiros envolvidos na gestão interna do hospital.	36	Concordo totalmente – 72,2% Concordo – 22,2% Discordo – 5,6%	2,33	0,586
Mérito e reconhecimento para o trabalho bem realizado.	36	Concordo totalmente – 22,2% Concordo – 58,3% Discordo – 16,7% Discordo totalmente – 2,8%	2,00	0,717
Programa de garantia de qualidade.	36	Concordo totalmente – 13,9% Concordo – 75% Discordo – 8,3% Discordo totalmente – 2,8%	2,00	0,586
			1,94	0,093

Tabela nº2 – Estatística Descritiva do fator ii – Adequados Recursos Humanos para Assegurar a Qualidade dos Cuidados

De acordo com a tabela nº2, a dimensão com maior percepção a seguir ao fator iv: participação dos enfermeiros nas políticas do hospital é o fator ii que diz respeito aos adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados ($\bar{x} = 1,94$ e $\sigma =$

0,093), predominando os enfermeiros envolvidos na gestão interna do hospital, de seguida, e com um valor semelhante o mérito e reconhecimento para o trabalho bem realizado e um programa de garantia de qualidade. Os resultados alcançados encontram-se em concordância com o estudo realizado com Ferreira (2014) ($\bar{x} = 2,69$ e $\sigma = 0,54$) e, tendo valores opostos a investigação realizada por Roque (2016) ($\bar{x} = 2,04$), constituindo, deste modo, a dimensão com o valor mais baixo.

O fator ii, relata os princípios de adequação dos recursos para uma prestação de cuidados com qualidade em prol do doente, onde o equilíbrio e coerência nos recursos humanos para a prestação de cuidados, os serviços de apoio, o tempo e oportunidade para promoção à discussão entre colegas sobre casos clínicos que assumem um cariz de bastante relevância e importância (Roque, 2016).

Segundo Ferreira (2014) os recursos humanos adequados para assegurar a qualidade dos cuidados é a dimensão que fornece um suporte para os enfermeiros em relação ao seu papel na partilha de conhecimentos com outros colegas de profissão com o objetivo de fortalecer aptidões e promover a autonomia.

Fator iii – Relação Enfermeiro-Médico

	N	%	\bar{x}	σ
Muito trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros.	36	Concordo totalmente – 25% Concordo – 58,3% Discordo – 13,9% Discordo totalmente – 2,8%	1,94	0,715
Trabalho conjunto entre médicos e enfermeiros.	36	Concordo totalmente – 19,4% Concordo – 72,2% Discordo – 5,6% Discordo totalmente – 2,8%	1,92	0,604
Médicos e enfermeiros têm uma boa relação de trabalho.	36	Concordo totalmente – 22,2% Concordo – 72,2% Discordo – 5,6%	1,83	0,507
Enfermeiro-Diretor possui poder e autoridade equivalente a outros executivos.	36	Concordo totalmente – 8,3% Concordo – 66,7% Discordo – 22,2% Discordo totalmente – 2,8%	2,19	0,624
Programa de acolhimento aos enfermeiros recém-admitidos.	36	Concordo totalmente – 13,9% Concordo – 75% Discordo – 8,3% Discordo totalmente – 2,8%	2,00	0,586
Enfermeiro-Diretor acessível e visível para os trabalhadores.	36	Concordo totalmente – 33,3% Concordo – 61,1% Discordo – 2,8% Discordo totalmente – 2,8%	1,75	0,649
			1,93	0,069

Tabela nº3 – Estatística Descritiva do fator iii – Relação Enfermeiro-Médico

De acordo com a tabela nº3, a terceira maior percepção é o fator iii sendo este correspondente à relação enfermeiro-médico ($\bar{x} = 1,93$ e $\sigma = 0,069$), predominando o poder e autoridade do enfermeiro-diretor, de seguida, o programa de acolhimentos aos enfermeiros recém-admitidos, o trabalho em equipa entre médicos e enfermeiros e o trabalho conjunto entre médico e enfermeiro. O resultado obtido no presente estudo não se encontra em concordância com o estudo realizado por Ferreira (2014) e por Roque (2016) ($\bar{x} = 1,80$ e $\sigma = 0,72$) e ($\bar{x} = 2,55$), constituindo, desta forma, a dimensão com o valor mais baixo e, a segunda dimensão com maior percepção.

Da relação enfermeiro-médico é de destacar o trabalho em conjunto, além da boa relação entre os profissionais. Assim, esta dimensão assume uma elevada importância em relação ao papel do enfermeiro diretor, um elemento de autoridade e poder, bem como um programa de acolhimentos para os enfermeiros recém-admitidos na instituição. Para um ambiente de trabalho saudável é fundamental um trabalho em parceria eficaz entre o enfermeiro e o médico, sendo este uma influência significativa nos resultados (Ferreira, 2014).

As competências técnicas, conceituais, relacionais, sociais e de liderança pessoal permite ao líder laborar com pessoas, com conceitos e com o próprio. Ser dotado destas competências pode ser irrisório caso o líder não consiga adaptar a sua personalidade ao grupo de trabalho e à realidade. Assim, assumir os erros, ser prudente, resiliente, confiante e perseverante torna a pessoa um líder capaz de liderar. De salientar que a humildade e a capacidade de aprendizagem habilitam-lhes a determinação para atingir o sucesso (Venâncio, 2017).

Fator iv – Participação dos Enfermeiros nos Assuntos do Hospital

	N	%	\bar{x}	σ
Oportunidade de subida na carreira.	36	Concordo totalmente – 27,8% Concordo – 50% Discordo – 16,7% Discordo totalmente – 5,6%	2,00	0,828
Oportunidade de progressão.	36	Concordo totalmente – 19,4% Concordo – 52,8% Discordo – 25% Discordo totalmente – 2,8%	2,11	0,747
Oportunidade de o enfermeiro participar nas decisões políticas.	36	Concordo totalmente – 11,1% Concordo – 50% Discordo – 25% Discordo totalmente – 13,9%	2,42	0,874
Administração ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	36	Concordo totalmente – 11,1% Concordo – 55,6% Discordo – 27,8% Discordo totalmente – 5,6%	2,28	0,741
			2,19	0,065

Tabela nº4 – Estatística Descritiva do fator iv – Participação dos Enfermeiros nos Assuntos do Hospital

O fator iv que patenteia a participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital é o fator que apresenta uma maior perceção ($\bar{x} = 2,19$ e $\sigma = 0,065$), predominando a oportunidade de o enfermeiro participar nas decisões políticas, de seguida, o papel da administração em relação à preocupação dos profissionais, a oportunidade de progressão e, por fim, a oportunidade de subida na carreira, sendo possível de observar na tabela nº4.

Os resultados obtidos no presente projeto de investigação não se encontram em consonância com os resultados de Ferreira (2014) em que a dimensão participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital apresenta ($\bar{x} = 2,37$ e $\sigma = 0,59$), sendo a dimensão

com maior percepção o fator v que representa os fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados ($\bar{x} = 3,24$ e $\sigma = 0,41$).

De acordo com Ferreira (2014) o envolvimento dos enfermeiros nos assuntos hospitalares visa uma grande oportunidade de valorização e progressão na carreira, pela partilha de preocupações e participação em deliberações políticas.

Fator v – Fundamentos de Enfermagem baseados na Qualidade dos Cuidados

	n	%	\bar{x}	σ
Plano de cuidados escrito e atualizado para todos os clientes.	36	Concordo totalmente – 36,1% Concordo – 61,1% Discordo – 2,8%	1,67	0,535
Uso de diagnóstico de enfermagem.	36	Concordo totalmente – 33,3% Concordo – 55,6% Discordo – 11,1%	1,78	0,637
Gestão de cuidados promove continuidade de cuidados.	36	Concordo totalmente – 11,1% Concordo – 63,9% Discordo – 22,2% Discordo totalmente – 2,8%	2,17	0,655
Trabalha com enfermeiros clinicamente competentes.	36	Concordo totalmente – 50% Concordo – 44,4% Discordo – 5,6%	1,56	0,607
Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem.	36	Concordo totalmente – 27,8% Concordo – 66,7% Discordo – 5,6%	1,78	0,540
Oportunidade de o enfermeiro participar em comissões e departamentos.	36	Concordo totalmente – 11,1% Concordo – 66,7% Discordo – 13,9% Discordo totalmente – 8,3%	2,19	0,749
			1,78	0,080

Tabela nº5 – Estatística Descritiva do fator v – Fundamentos de Enfermagem baseados na Qualidade dos Cuidados

Para finalizar, no presente estudo, a dimensão onde se verifica uma menor percepção é no fator v designado por fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados ($\bar{x} = 1,78$ e $\sigma = 0,080$), conforme representado na tabela nº5. Este resultado não se encontra em consonância com os estudos efetuados por Ferreira (2014) e Roque (2016) ($\bar{x} = 3,24$ e $\sigma = 0,41$) e ($\bar{x} = 2,85$), sendo a dimensão de maior percepção em ambos os estudos.

Segundo Ferreira (2014), a qualidade de cuidados tem por base, além do modelo de enfermagem, a elaboração de planos de cuidados redigidos e atualizados de modo a dar uma continuidade de cuidados em prol de uma melhor prestação de cuidados tendo sempre como foco o doente. De enaltecer que, associada a esta dimensão, têm-se verificado uma diminuição na taxa de mortalidade, uma maior satisfação do enfermeiro no seu local de trabalho, maior qualidade de atendimento e menos ocorrências adversas.

De acordo com Venâncio (2017), a qualidade deve andar de mão dada com todos os profissionais, sendo esta a exigência nos dias de hoje. Qualidade de serviços, qualidade de produtos, qualidade de atendimento, qualidade na comunicação e qualidade nas instituições e nas organizações. De ressaltar que o sucesso das instituições e das organizações resulta, fundamentalmente, do investimento na comunicação ativa e em atitudes empáticas junto do público-alvo, de modo a criar relações de necessidade.¹

iii. Conclusões do Estudo

Em relação às variáveis sociodemográficas, é possível concluir que subsiste uma maior predominância de enfermeiros do sexo feminino com 80,6% analogamente a 19,4% que pertence ao sexo masculino. De acordo com o estado civil, é possível constatar que 61,1% dos enfermeiros é solteiro(a) e apresentam uma média de idades de 29 anos. Relativamente à variável nível de escolaridade atesta-se que 80,6% dos enfermeiros detém apenas a Licenciatura, 13,9% corresponde à percentagem dos enfermeiros que possuem uma especialidade e 5,6% dos enfermeiros possui grau de mestre. Assim, os enfermeiros que detêm de uma especialidade em enfermagem, sendo que a maioria se

centra nos 40% e patenteiam a especialidade Médico-Cirúrgica. A maioria dos indagados, com uma percentagem de 30,6% exerce funções no Internamento Médico-Cirúrgico, a maioria dos enfermeiros, mais precisamente 25% detém 3 anos de serviço, com 16,7% exerce funções há 2 anos e 12,5% variam entre 1 e os 5 anos de serviço.

Assim, o objetivo desta investigação foi conhecer o Ambiente de Trabalho salutogénico dos enfermeiros, de um Hospital Privado da região Norte. A sua avaliação revela-se de particular interesse, tendo em conta que na literatura consultada está patente diversos fatores que intervêm de forma positiva ou negativa no ambiente de trabalho considerado saudável.

Os dados indicam que em média, os enfermeiros têm uma perceção claramente mais positiva para a participação dos enfermeiros nos assuntos da instituição, valorizam os recursos humanos de modo assegurar a qualidade de cuidados, e uma perceção negativa quanto aos fundamentos de enfermagem baseados na qualidade de cuidados.

De acordo com Ferreira (2014), existem critérios que constituem referências para a classificação dos ambientes em três níveis, favorável se quatro ou cinco escalas apresentarem valores superiores a 2,5; desfavoráveis se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5; e misto se duas ou três escalas apresentam valores superiores a 2.5.

Assim, o domínio correspondente aos fundamentos de enfermagem baseados na qualidade de cuidado com um valor médio $\bar{x} = 1,78$ representa um valor inferior a 2,5 pontos. Em relação à gestão e liderança este tem valor médio $\bar{x} = 1,84$ obtendo um valor inferior a 2,5. São os dois domínios com uma menor perceção e por representar um valor médio inferior a 2,5 são considerados ambientes desfavoráveis havendo assim a necessidade de adotar medidas de intervenção, ação estratégica e promoção em políticas direcionadas para cada domínio.

O domínio recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados com um valor médio $\bar{x} = 1,94$ e o domínio de relação enfermeiro-médico com um valor médio $\bar{x} = 1,93$. Ambos os domínios apresentam, no entanto, valores mais favoráveis daqueles acima mencionados, ainda que abaixo dos valores de referência de outros estudos.

Logo, existe uma necessidade de adotar medidas de intervenção de modo a garantir um ambiente de trabalho saudável aos profissionais, nomeadamente em relação à comunicação e trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros, dada a sua elevada relevância para a qualidade e segurança dos cuidados.

Por fim, o domínio que representa a participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital $\bar{x} = 2,19$ encontra-se abaixo dos valores de referência, porém, é o domínio que está mais próximo desse mesmo valor.

Para concluir, e sucintamente, é necessária uma intervenção em todos os domínios referentes ao Ambiente de Trabalho na Prática de Enfermagem, de modo, a gerar ambientes saudáveis, sendo estes, benéficos para a organização, para o profissional e sobretudo, em prol do utente.

Conclusão

A investigação científica é um processo constante e persistente, em busca de novos conhecimentos com um objetivo fundamental: o conhecimento e compreensão da realidade, a obtenção de respostas às questões de uma indagação considerada pertinente, assim como para a progressão do mundo e o desenvolvimento de novas teorias científicas.

Assim, com a concretização deste projeto, pretende-se não só demonstrar a relevância da investigação para a profissão de enfermagem, como contribuir para um maior aprofundamento do tema em questão, simplificando a conceção de estratégias que promovam um ambiente de trabalho saudável, acautelando dilemas futuros.

O ambiente de trabalho saudável cada vez mais torna-se fundamental numa instituição e/ou organização. Este centra-se sobretudo na melhoria contínua da proteção e promoção de saúde, segurança e bem-estar de todos os profissionais e sustentabilidade do ambiente de trabalho, baseando-se nas necessidades dos profissionais, nomeadamente, questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho, questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, recursos pessoais em relação à saúde no ambiente de trabalho, e a participação na comunidade em prol da saúde dos trabalhadores, das famílias e da própria comunidade.

Assim, é elementar as cinco chaves, nomeadamente o compromisso e envolvimento de liderança; o envolvimento dos trabalhadores na gestão, tendo assim meios coletivos de expressão; ética e legislação; sustentabilidade e integração; e por fim, um processo sistemático de modo assegurar a eficácia e uma melhoria contínua.

Na génese do presente documento deparou-se com a inevitável determinação e curiosidade, no sentido de conhecer o Ambiente de Trabalho Salutogénico dos Enfermeiros. O presente estudo teve como objetivo major conhecer o ambiente de trabalho salutogénico dos enfermeiros, de um hospital privado do Distrito do Porto, permitindo estabelecer o diagnóstico epidemiológico, identificando as dimensões onde existe necessidade de adotar medidas de intervenção com o intuito de promover a satisfação, o bem-estar e qualidade de vida no local de trabalho, de modo a obter ganhos

em saúde do profissional de saúde e uma melhor prestação de cuidados em prol do utente. Dos resultados obtidos, dos 36 enfermeiros estabeleceu-se que a sua maioria pertencia ao grupo etário dos 25 anos e era do sexo feminino.

Para concluir, a indagadora deixa listadas as principais conclusões do estudo:

- a) Persiste um maior predomínio de enfermeiros do sexo feminino com 80,6%, dos quais 61,1% são solteiros (as), com uma média de idades de 29 anos.
- b) A dimensão, gestão e liderança do enfermeiro apresenta o segundo valor mais baixo, apresenta os seguintes valores ($\bar{x} = 1,84$ e $\sigma = 0,062$);
- c) A dimensão, adequados recursos humanos para assegurar a qualidade dos cuidados representa a segunda maior perceção ($\bar{x} = 1,94$ e $\sigma = 0,093$);
- d) A dimensão, relação enfermeiro-médico representa a terceira maior perceção ($\bar{x} = 1,93$ e $\sigma = 0,069$);
- e) A dimensão, participação dos enfermeiros nos assuntos do hospital é o fator que apresenta a maior perceção ($\bar{x} = 2,19$ e $\sigma = 0,065$);
- f) A dimensão, fundamentos de enfermagem baseados na qualidade dos cuidados apresenta a menor perceção ($\bar{x} = 1,78$ e $\sigma = 0,080$);
- g) Por fim, salientar que todos os domínios apresentam um valor médio inferior a 2,5 sendo assim considerado um ambiente de trabalho desfavorável.

Existe uma grande necessidade de adotar medidas de intervenção, ação estratégica e promoção em políticas direcionadas para cada domínio, para garantir aos profissionais da instituição um ambiente de trabalho saudável. O trabalho deve ser benéfico para a saúde física e mental do profissional. A promoção de um ambiente saudável e, consequentemente, de um envelhecimento saudável pode melhor de forma significativa a saúde dos profissionais, a motivação, reduzir a rotatividade e o absentismo em prol da produtividade da instituição.

As principais limitações centraram-se sobretudo nas dificuldades sentidas pela indagadora, na elaboração deste trabalho, em resultado da inexperiência na área de investigação, e, sendo este o seu primeiro projeto de investigação. De facto, a exigência pertencente a este tipo de trabalho fez surgir uma panóplia de dúvidas, mas que foram

sendo solvidas com a prática diária, bem como com toda a disponibilidade, prontidão, eficiência e orientação do Professora Doutora Margarida Ferreira.

A bibliografia existente sobre o problema em discussão mostrou-se uma ajuda preciosa ao estudo e exposição das teorias apresentadas, tendo sido úteis ao pensamento e construção de ideias pessoais relativamente à questão levantada no início deste trabalho.

Assim, foi com grande contentamento e empenho, que a indagadora desenvolveu este trabalho. A sua elaboração contribuiu para o crescimento e enriquecimento profissional e sobretudo pessoal, uma vez que possibilitou desenvolver aptidões a nível de investigação, proporcionando saberes elementares para desempenhar na prática com sublimidade e rigor na busca ininterrupta do saber e fundamentação científica. Na enfermagem, a base da profissão centra-se sobretudo no cuidar com arte e ciência. Sendo os enfermeiros os artistas dessa ciência complexa, mas imprescindível à saúde e, os fundamentais educadores na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Bibliografia

Amorim, M. (2016). A Satisfação e Qualidade de Vida no Trabalho dos Colaboradores de Unidades Funcionais do ACDES Dão Lafões. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21932/1/Tese%20Margarida%20Amorim.pdf>> [Consultado em 27/09/2020].

Bentes, F. (2018). A Prevenção como Estratégias nos Ambientes de Trabalho [Em linha]. Disponível em <<http://revistas.icesp.br/index.php/TEC-USU/article/view/453>> [Consultado em 18/09/2020].

Camacho, C. (2017). Cultura e Clima Organizacional numa empresa de atividade de consultoria em informática. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Ciências Empresariais. Tese de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos.

Cordeiro, E. (2017). Estilo de Vida e Saúde do Enfermeiro que Trabalha no Período Noturno, Rev enferm UFPE on line, 11(9), p 3369-75.

Costa, A. (2015). Riscos Psicossociais e Capacidade no Trabalho na população de Outil (Cantanhede). [Em linha]. Disponível em <https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/29794/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20mestrado_Ana%20Costa.pdf> [Consultado em 17/09/2020].

Coutinho, P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra, Almedina.

Fernandes, C. et al (2016). Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. [Em linha]. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006129.pdf> [Consultado em 17/09/2020].

Ferreira, M. (2014). Estudo de adaptação e validação da Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem para a Realidade Portuguesa [Em linha]. Disponível em

<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-690.pdf>

[Consultado em 17/09/2020].

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência.

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget, 2ª Edição.

Gomes, J. (2013). Atividade física e Saúde Pública: Políticas e Estratégias de Ação Intersectorial na Promoção de Health-enhancing Physical Activity (HEPA) em Portugal. [Em linha]. Disponível em

<<https://run.unl.pt/bitstream/10362/11533/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Jo%C3%A3o%20Greg%C3%B3rio%20Gomes.pdf>>

[Consultado em

20/08/2020].

Gonçalves, A. (2019). Estilo de Vida dos Estudantes do Ensino Superior da Zona Norte do País. [Em linha]. Disponível em

<<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7994/1/Mono%2019-07%20PDF.pdf>>

[Consultado em 20/08/2020].

Gonçalves, B. (2012). A Influência do Ambiente de Trabalho e do Estilo de vida sobre a Saúde do Trabalhador. [Em linha]. Disponível em

<http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2012_tn_wic_160_932_21165.pdf>

[Consultado em 20/08/2020].

Lima, C. (2019). Estilos de Vida dos Estudantes da Licenciatura em Enfermagem, em Ensino clínico. [Em linha]. Disponível em

<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7992/1/Monografia_Catia_Lima_FIM.pdf>

[Consultado em 20/08/2020].

Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ufp.pt/app/uploads/2018/07/ManualEstiloElabora%C3%A7%C3%A3o-trabalhos-cient%C3%ADficos.pdf>> [Consultado em 20/10/2020].

Marçal, C. et alli (2018). A salutogénese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa, *Revista de Enfermagem UERJ*, 26, pp. 1-6.

Martiniano, C. (2017). Estilos de Vida dos Profissionais de Saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste. [Em linha]. Disponível em <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14689/1/Carlos%20Manuel%20Gon%C3%A7alves%20Martiniano.pdf>> [Consultado em 20/08/2020].

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde Portugal*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Santos, I. (2017). Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Influência no Burnout dos Enfermeiros. [Em linha]. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19144/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20final%20ultimo.pdf>> [Consultado em 17/09/2020].

Organização Mundial da Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2010). Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para a ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais. OMS; SESI-Departamento Nacional, Tradução. Brasília.

Pasquier, R. (2015). Los médicos y las enfermeras no siempre tienen estilos de vida saludables. [Em linha]. Disponível em <<http://rigobertomarcano.com/los-medicos-y-las-enfermeras-no-siempre-tienen-estilos-de-vida-saludables-por-rigotordoc>> [Consultado em 20/08/2020].

Pepe, A. (2016). Cultura e Bem-Estar no trabalho: o papel do ajustamento pessoa-organização num estudo experimental. Universidade de Évora. Tese de Mestrado em Psicologia.

Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) (Extensão 2018 - 2020). [Em linha]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-ocupacional-extensao-2018-2020-pdf.aspx>>. [Consultado em 20/08/2020].

Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) (Extensão 2013 - 2017). [Em linha]. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/documentos-so/pnsoc_2_ciclo_programa_norma_026_2013-pdf.aspx>. [Consultado em 27/09/2020].

Reis, C. (2012). Projeto de Intervenção em Estilos de Vida Saudáveis no local de trabalho [Em linha]. Disponível em <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3971/1/Trabalho%20de%20Projeto%20-%20Prata%20da%20Casa%20-%20Cintia%20Santos%20Reis%20-%20n%201944.pdf>> [Consultado em 18/09/2020].

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª ed.). Oliveira de Azeméis, Livpsic.

Rodrigues, D. (2015). A satisfação dos Profissionais no Setor da Saúde. [Em linha]. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8542/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20A%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Profissionais%20no%20Setor%20da%20Sa%C3%BAde%202015%20Dulce%20Rodrigues.pdf>> [Consultado em 25/09/2020].

Roque, S. (2016). Impacto do Ambiente da Prática de Enfermagem na Qualidade e Segurança dos Cuidados [Em linha]. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24197/1/Tese%20entrega%2028_03_2017.pdf?fbclid=IwAR2sSwKcHfyLtCo1Ruu8TNE_gDsApPPmF1YzMVYb6rLQcMBhJDfIJ8uYlX0> [Consultado em 25/09/2020].

Venâncio, P. (2017). Liderança e Motivação nas Organizações: O Papel do Líder na Construção da Imagem Institucional [Em linha]. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/30061/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_DE_TESSE_DOCUMENTO_OFICIAL_FINAL.pdf> [Consultado em 18/09/2020].

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ªed). Lisboa, Edições Sílabo.

World Health Organization (WHO) (2010). Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um Modelo para Ação. [Em linha]. Disponível em <https://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf> [Consultado em 27/09/2020].

Yukl, G. (2013). *Leadership in organizations* (8th ed.). Harlow, Essex: Pearson.

Anexos

Anexo I - Autorização da Autora da Escala de Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem

22/01/2020

Google Apps da Universidade Fernando Pessoa Correio - escala ATPE



Margarida Ferreira <mmferreira@ufp.edu.pt>

escala ATPE

1 mensagem

Maria Regina Ferreira - ESSau de <regina.ferreira@essau.de.ipsantarem.pt>
Para: Margarida Ferreira <mmferreira@ufp.edu.pt>

21 de janeiro de 2020 às 17:39

Cara Prof^a Margarida Ferreira

Autorizo a utilização da Escala "*Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem*" por mim validada para a realidade portuguesa a qual envio em anexo.

Com os melhores cumprimentos pessoais.


Regina Ferreira

PhD, MSc, RN

Prof Adjunta

Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde

 Escala Ambiente Pratica Enfermagem.pdf
21.3K

Anexo II – Autorização da Comissão de Ética da UFP



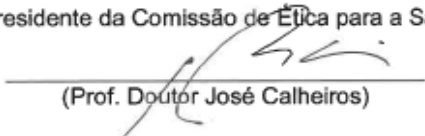
PARECER N.º 64

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa (CES-HE-FFP) dá **parecer favorável** ao Projeto/ Estudo "**Estilos de vida e ambiente de trabalho salutogénico dos enfermeiros**", tendo como investigador principal a Prof.ª Doutora Margarida Ferreira.

A CES-HE-FFP solicita ainda que, quando da conclusão deste estudo/projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Gondomar, 03 de fevereiro de 2020

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Prof. Doutor José Calheiros)

Apêndices

Apêndice I – Questionário Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem

As afirmações que a seguir se apresentam referem-se ao seu ambiente de trabalho.

Para cada item, por favor indique até que ponto concorda que esse mesmo item está presente no seu ambiente de trabalho.

Indique o grau de concordância colocando um círculo no número apropriado.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Um adequado serviço de apoio permite ao enfermeiro passar tempo com os seus clientes.	1	2	3	4
Médicos e enfermeiros têm boa relação de trabalho.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem.	1	2	3	4
Activo desenvolvimento do pessoal ou programas de formação continua para enfermeiros.	1	2	3	4
Oportunidade de subida de escalão na carreira.	1	2	3	4
Oportunidade para os enfermeiros participarem nas decisões políticas.	1	2	3	4
Supervisores/Enfermeiros chefes utilizam os erros dos enfermeiros como oportunidade de aprendizagem e não para crítica.	1	2	3	4
Tempo e oportunidades suficientes para discutir com os outros enfermeiros problemas sobre os cuidados ao cliente.	1	2	3	4
Enfermeiros suficientes, de forma a assegurar a qualidade de cuidados ao paciente.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe que é um bom gestor e líder.	1	2	3	4
O enfermeiro director que é altamente visível e acessível aos trabalhadores.	1	2	3	4
Enfermeiros suficientes para concretizar o trabalho.	1	2	3	4
Mérito e reconhecimento para com um trabalho bem feito.	1	2	3	4
Elevados níveis de cuidados de enfermagem são esperados pela administração.	1	2	3	4
O enfermeiro director possui poder e autoridade equivalente aos outros executivos.	1	2	3	4
Muito trabalho de equipa entre médicos e enfermeiros.	1	2	3	4
Oportunidades de progressão.	1	2	3	4
Uma filosofia clara de cuidados de enfermagem que protege o ambiente de cuidados seguro.	1	2	3	4
Trabalha com enfermeiros que são clinicamente competentes.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na sua tomada de decisões, mesmo quando o conflito é com um médico.	1	2	3	4
A Administração ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4
Um programa de garantia de qualidade activa.	1	2	3	4
Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital.	1	2	3	4
Trabalho conjunto (prática colaborativa) entre enfermeiros e médicos.	1	2	3	4
Um programa de acolhimento aos enfermeiros recentemente contratados.	1	2	3	4

(continuação)	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	1	2	3	4
Os enfermeiros têm a oportunidade para participarem em comissões do hospital e departamentos de enfermagem.	1	2	3	4
O enfermeiro chefe ou coordenador consulta os enfermeiros no que respeita a problemas e procedimentos diários.	1	2	3	4
Planos de cuidados de enfermagem escritos e actualizados para todos os clientes.	1	2	3	4
A gestão de cuidados promove a continuidade dos mesmos, ou seja, o mesmo enfermeiro cuida, sempre que possível, do mesmo utente.	1	2	3	4
Uso de diagnóstico de enfermagem (os enfermeiros realizam Diagnostico de enfermagem).	1	2	3	4