



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ERICA LUZIA SALES MURICI DE JESUS

**AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEMEM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19**

SALVADOR
2023

ERICA LUZIA SALES MURICI DE JESUS

**AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde, Linha de Pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Giselle Alves da Silva
Teixeira

SALVADOR

2023

Jesus, Erica Luzia Sales Murici de

J58a

Avaliação do ambiente de prática profissional de enfermagem em Unidades de terapia intensiva COVID-19 / Erica Luzia Sales Murici de Jesus. Salvador, 2023.

58 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva. Coorientadora: Profa. Dra. Giselle Alves da Silva Teixeira. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2023.

1. Ambiente de trabalho. 2. Avaliação. 3. Prática Profissional. 4. Unidades de Terapia Intensiva. 5. Covid-19. I. Silva, Gilberto Tadeu Reis da. II. Teixeira, Giselle Alves da Silva. III. Título.

CDU: 616-083-098

ERICA LUZIA SALES MURICI DE JESUS

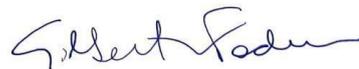
**AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestrado em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde, Linha de Pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 13 de Junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Gilberto Tadeu Reis da Silva _____
Doutor e Professor Titular da Universidade Federal da Bahia – UFBA



Giselle Alves da Silva Teixeira _____
Doutora e Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA



Virgínia Ramos dos Santos Souza _____
Doutora e Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA



Rosana Maria de Oliveira Silva _____
Doutora e Professora da Universidade Federal da Bahia – UFBA



Thadeu Borges Souza Santos _____
Doutor e Professor da Universidade do Estado da Bahia – UNEB



DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos profissionais de enfermagem atuantes nas unidades de terapia intensiva, pois guerreiam todos os dias, em circunstâncias adversas, para desempenhar suas atividades com qualidade e segurança. Que o conhecimento aqui compartilhado possa contribuir para melhorias na assistência e no ambiente de prática profissional de enfermagem nas unidades de terapia intensiva em organizações de saúde públicas brasileiras.

AGRADECIMENTOS

Este estudo não poderia ser concluído sem o apoio de algumas pessoas que foram essenciais nesta minha trajetória. Deus, na tua bondade e misericórdia, que me deu sabedoria e força para alcançar mais este objetivo. A minha família, que sempre esteve ao meu lado durante esta jornada do mestrado, em especial, os meus pais, minha filha, que sempre estiveram ali nos momentos mais difíceis me incentivando a continuar, e entenderam os momentos de ausência. Filha, você me ensinou tanto, obrigada por ser esta benção em minha vida.

Ao meu orientador Gilberto Tadeu. Foi uma honra conviver e aprender com você, gratidão é pouco para expressar todo o apoio nos momentos mais delicados da minha vida.

À minha coorientadora Giselle Teixeira pelo conhecimento, pela compreensão, incentivo, por todo o empenho, contribuições e aprendizado e por não ter soltado minha mão. Não tenho como agradecer por todo o apoio e incentivo, como aprendo com você!

À Professora Virgínia, que foi de grande importância neste projeto, muito obrigada por suas palavras, sua objetividade e por me encorajar a seguir em frente.

Aos amigos que direta ou indiretamente me ajudaram nesta trajetória. À minha equipe de trabalho da UTI Pediátrica, por tantos ensinamentos.

Ao meu grupo de mestrandos 2021.1, em especial a Alexandre, Itanna, Ludmila e Monalisa. Vocês foram fundamentais neste período, momentos que lembrarei por toda a vida. Muito obrigada por tanto carinho.

Por último, agradeço à UFBA pela oportunidade de fazer parte desta grande instituição.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Ao financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq), oportunizando o desenvolvimento do projeto multicêntrico.

RESUMO

JESUS, Erica Luzia Sales Murici de. Avaliação do Ambiente de Prática de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva COVID-19. 2023. 53f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023.

O conceito de ambiente de prática profissional se refere à percepção de características que podem influenciar de modo favorável ou desfavorável a obtenção de resultados para pacientes, profissionais e organizações de saúde. Pode ser definido, também, como as características que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de atividades profissionais em um determinado espaço de trabalho. Diversos estudos nacionais e internacionais trazem a importância da avaliação do ambiente de prática da enfermagem, para melhorias no ambiente de trabalho, e das práticas assistenciais. O trabalho tem como objetivo, avaliar o ambiente de prática profissional de enfermagem em UTI de um hospital universitário no contexto da pandemia COVID-19. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital universitário em Salvador/BA. Foram incluídos na pesquisa enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem que atendiam ao critério de inclusão definido neste estudo: ter atuado nas UTIs, no período de março de 2020 a fevereiro de 2022, de forma a contemplar os períodos mais críticos da pandemia no Estado da Bahia. Enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem responderam ao instrumento *Practice Environment Scale*. Os dados obtidos foram inseridos em planilha Excel® e analisados pelo software SPSS Statistics v.20. O estudo faz parte do projeto multicêntrico “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, aprovado no Comitê de Ética. O ambiente de prática de enfermagem foi considerado misto. A amostra foi composta por 68 participantes, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (n= 25) e enfermeiros (n= 31). A pesquisa identificou que 85,1% das profissionais de enfermagem eram do sexo feminino; 48,5% casadas ou em união estável. As UTIs foram avaliadas como um ambiente de trabalho misto na prática profissional da enfermagem, com pontuação acima de 2,5 em todas as outras subescalas “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado” (2,6), “Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros e equipe” (3,0) e “Relações colegiais entre profissionais de enfermagem e médicos” (3,1), considerando ser um bom ambiente de prática. O item “Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes” foi o que apresentou uma das menores médias nas respostas obtidas (1,96). Entre as categorias profissionais, mostrou que a percepção desfavorável foi proporcionalmente maior entre enfermeiros. Frente a estes resultados, defendemos que o ambiente de prática de enfermagem exerce grande influência sobre a capacidade, desempenho e o engajamento dos profissionais para com a prestação dos cuidados. O hospital tem protocolos assistenciais definidos, possui quantitativo adequado de pessoas, bons profissionais que foram bem avaliados entre seus pares, mas existe a necessidade da escuta dos trabalhadores por parte da alta gestão. O ambiente de prática de enfermagem foi considerado misto tanto pelos enfermeiros quanto pelos auxiliares/técnicos de enfermagem. O dimensionamento de enfermagem adotado pelas UTIs é suficiente para atender às demandas dos pacientes.

Palavras-Chave: Ambiente de trabalho. Avaliação. Prática Profissional. Unidades de Terapia Intensiva. COVID-1

ABSTRACT

JESUS, Erica Luzia Sales Murici de. Evaluation of the Nursing Practice Environment in an Intensive Care Unit Covid-19. 2023. 53f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2023.

The concept of professional practice environment refers to the perception of characteristics that can favorably or unfavorably influence the achievement of results for patients, professionals and health organizations. It can also be defined as the characteristics that facilitate or hinder the development of professional activities in a given workspace. Several national and international studies highlight the importance of evaluating the nursing practice environment for improvements in the work environment and care practices. **OBJECTIVE:** To evaluate the professional nursing practice environment in the ICU of a university hospital in the context of the COVID-19 pandemic. Evaluate the professional nursing practice environment in the ICU of a university hospital in the context of the COVID-19 pandemic. This is a descriptive study, with a quantitative approach, carried out in the Intensive Care Units of a university hospital in Salvador/BA. in the ICU, from March 2020 to February 2022, in order to cover the most critical periods of the pandemic in the state of Bahia. Nurses, nursing technicians/assistants answered the Practice Environment Scale instrument. The data obtained were entered into an Excel® spreadsheet and analyzed using the SPSS Statistics v.20 software. The study is part of the multicenter project "Evaluation of nursing care for patients with COVID-19 in Brazilian university hospitals", approved by the Ethics Committee. The environment of nursing practice was considered mixed. The sample consisted of 68 participants, nursing technicians and nursing assistants (n= 25) and nurses (n= 31), with a predominance of females (83.8%). The ICUs were evaluated as a work environment favorable to the professional practice of nursing with scores above 2.5 in all other subscales "Fundamentals of nursing focused on the quality of care" (2.6), "Skill, leadership and support from nursing coordinators/supervisors to nurses and staff" (3.0) and "Collegial relations between nursing professionals and physicians" (3.1), considering it to be a good practice environment. The item "Adequate support services that allow me to dedicate time to patients", was the one that presented one of the lowest average in the answers obtained (1.96). Among the professional categories showed that the unfavorable perception was proportionally higher among nurses. The hospital has defined care protocols, has an adequate number of people, good professionals who were well evaluated among their peers, but there is a need for the top management to listen to the workers. The nursing practice environment was considered favorable by both nurses and nursing assistants/technicians. The nursing dimension adopted by the ICUs is sufficient to meet the demands of patients.

Key words: Nursing practice environment. Nursing. Professional Practice. Intensive Care Units

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização sociodemográficas dos participantes	33
TABELA 2 – Caracterização profissional dos participantes	35
TABELA 3 – Avaliação geral do ambiente de prática das UTIs	38
TABELA 4 – Participação das enfermeiras na discussão dos assuntos hospitalares	40
TABELA 5 – Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado	43
TABELA 6 – Habilidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	45
TABELA 7 – Adequação dos recursos humanos e materiais	47
TABELA 8 – Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AAN	American Academy of Nursing
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DP	Desvio Padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
JCHO	Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations
MH	Magnet Hospital
NWI	Nursing Work Index
NWI-R	Nursing Work Index Revised
PES	Practice Environment Scale
PES-NWI	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index Revised
OMS	Organização Mundial da Saúde
RJU	Regime Jurídico da União
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CARACTERÍSTICAS CONSTITUTIVAS DESTE AMBIENTE DE CUIDADOS CRÍTICOS.....	20
2.2 AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	23
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	28
3.3 PARTICIPANTES.....	29
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	30
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	33
4.2 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA.....	37
5 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE.....	59

APRESENTAÇÃO

A Dissertação de Mestrado apresentada é oriunda de inquietações que emergiram a partir de mudanças em minha trajetória profissional.

Minha primeira aproximação com o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi em 2004, ainda durante a graduação, quando fiz estágio extracurricular remunerado em uma organização hospitalar que oferecia vagas em diversos setores. Fui alocada na UTI geral e, durante um ano, desenvolvi atividades no cuidado a pacientes críticos. Foi um período de muito aprendizado e descobertas que fomentaram o meu desejo de seguir carreira na área da terapia intensiva.

Logo após a conclusão do curso de graduação, comecei a trabalhar simultaneamente em duas organizações hospitalares. Uma delas era um hospital de médio porte onde atuei por três anos em uma UTI geral, desenvolvendo cuidados intensivos a pacientes acometidos principalmente por doenças cardíacas. O outro local era um hospital, também de médio porte, que dispunha de maternidade e serviço neonatal; fato que me colocava em contato com um perfil de pacientes diferente do que eu estava habituada. Frente aos desafios do mundo do trabalho e pela necessidade de aprimorar meus conhecimentos, busquei o Curso de Especialização em Terapia Intensiva e podia aplicar na prática os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas do curso.

Nas duas organizações citadas, cuidei de pessoas criticamente enfermas, num ambiente de prática com elevado nível de tensão, seja pela criticidade dos pacientes, seja pela intensidade do trabalho exercido pelas enfermeiras nesses espaços. No entanto, percebia que algumas características do segundo hospital facilitavam a prática de enfermagem, enquanto pequenos entraves dificultavam muito o trabalho no primeiro hospital onde atuei.

Em 2016, após aprovação em concurso, ingressei em um hospital de ensino de grande porte e passei a trabalhar na unidade de internação de pediatria. Dois anos depois, foi criada a UTI pediátrica e fui transferida para compor a equipe de enfermeiras assistenciais. Após sete meses, fui convidada a assumir a função de enfermeira referência com papel de gerir a unidade, função que exerço até o momento, assumindo também a responsabilidade técnica do serviço.

A organização hospitalar em questão passa por avaliação periódica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia para manutenção e ajustes na contratualização dos serviços.

Nesse sentido, em 2019, pouco mais de um ano após a implantação, a UTI pediátrica foi bem avaliada e foi reconhecida pela organização como uma unidade referência em padrões de qualidade.

Ao mesmo tempo, como enfermeira de referência, passei a participar de momentos com a Divisão de Enfermagem e a conviver com outras colegas que exerciam a função de gestão de suas unidades. Nesses encontros, percebia o quanto a UTI pediátrica se diferenciava em relação ao ambiente de prática e aos aspectos gerenciais e assistenciais. Comecei a questionar quais fatores facilitavam o meu trabalho e o da equipe de enfermagem da UTI pediátrica e que não estavam presentes em outras unidades.

Um desses fatores poderia ser a jovialidade da unidade, que foi pensada e criada com processos e protocolos definidos. Além disso, a equipe de enfermagem assistencial era a mesma desde o início e esteve envolvida na construção de todos os processos da unidade. Por outro lado, tratava-se de uma equipe nova, composta predominantemente por enfermeiras, pela indisponibilidade de técnicos de enfermagem; e a maioria dessas enfermeiras com pouca ou nenhuma experiência na área hospitalar, quiçá em terapia intensiva. Ainda assim, construímos um ambiente de trabalho que permitia a execução das atividades, gerando bons indicadores de qualidade, um ambiente que proporcionava uma assistência segura e eficaz.

Minha experiência como enfermeira intensivista e gestora me conduzem a perceber que, em momentos de crise, a equipe de enfermagem é a primeira afetada, seja com a redução de recursos de toda ordem, perda de controle sobre suas práticas e até mesmo limitação da autonomia. Percebo que todos esses fatores alteram o clima organizacional, o comportamento das pessoas no trabalho e, que na vigência dessas crises, a autoestima e a motivação dos profissionais diminuem, bem como o desejo de continuar o trabalho da UTI ou até na organização hospitalar. Além disso, essas mudanças parecem afetar os resultados assistenciais dos pacientes que necessitam de cuidados.

Durante a pandemia COVID-19, a maior crise sanitária até então por mim vivenciada, isso ficou ainda mais evidente. A enfermagem sofreu diretamente os efeitos da chegada do novo coronavírus, tanto pela restrição de recursos, quanto pela intensificação do trabalho em virtude do afastamento de trabalhadoras em situação de risco ou que foram infectadas. O ambiente de prática profissional na UTI, organicamente marcado pelas tensões constitutivas do trabalho em um ambiente de cuidados críticos, foi fortemente alterado com o aparecimento de uma nova patologia, com alto índice de mortalidade e

inúmeras incertezas quanto à transmissão do vírus, manejo dos pacientes e protocolos clínicos que deveriam ser empregados.

Frente a este cenário, ficou evidente o quanto o ambiente influencia na prática profissional e, conseqüentemente, nos resultados assistenciais. A partir dessas observações, decidi ingressar no curso de mestrado da Escola de Enfermagem da UFBA em busca de respostas aos meus questionamentos. Foi nesta direção e em sintonia com estes desafios, que delimito o meu objeto de estudo e tracei os objetivos desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa tem como objeto de investigação o ambiente de prática profissional de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

O conceito de ambiente de prática profissional se refere à percepção de características que podem influenciar de modo favorável ou desfavorável a obtenção de resultados para pacientes, profissionais e organizações de saúde (RIBOLDI et al., 2021). Pode ser definido, também, como as características que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de atividades profissionais em um determinado espaço de trabalho (LAKE, 2002).

Em meio à crise no mercado de trabalho nos Estados Unidos nos anos 1970 e 1980, expressa pela alta rotatividade e escassez de profissionais de enfermagem, um grupo de hospitais chamou a atenção da *American Academy of Nursing*, que desenvolveu um estudo para compreender por que essas organizações hospitalares conseguiam manter e atrair novos profissionais de enfermagem. Os pesquisadores identificaram que os denominados *Magnet Hospitals* investiam no desenvolvimento de estratégias favoráveis ao ambiente da prática e estimulavam os enfermeiros a comporem o corpo decisório nos seus âmbitos de atuação e, por conseguinte, promoviam autonomia, trabalho em equipe, articulação interdisciplinar e qualificação técnico-científica, de acordo com uma gestão flexível e participativa.

Surgiu, então, a primeira escala para avaliar o ambiente de prática profissional da enfermagem – *Nursing Work Index* (NWI) – composta por 65 itens que contemplavam questões relacionadas à satisfação no trabalho e qualidade do cuidado. (KRAMER; HAFNER, 1989) Em 2000, o NWI foi revisado e a nova versão *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R) passou a conter 57 itens, sendo 56 da versão original. (AIKEEN et al., 2000). Em 2002, Lake e colaboradores revisaram a NWI e criaram a *Practice Environment Scale* (PES-NWI), contendo agora 31 itens, sendo 29 comuns ao NWI-R.

Desde então, estudos vêm sendo desenvolvidos em diversos países como Alemanha, China, Suíça, França, Austrália, Itália e Canadá. (RIBOLDI et al., 2021), sobretudo, após a publicação do relatório *To Err is Human*, quando floresceram uma enorme preocupação com a segurança do paciente e um crescente discernimento de que a força de trabalho da enfermagem tem impacto significativo sobre a segurança do paciente e a obtenção de melhores resultados assistenciais e organizacionais.

Entretanto, Riboldi e colaboradores (2021) apontam, em recente *scoping review*, que na literatura latino-americana ainda são escassos estudos que avaliem os ambientes de prática profissional da enfermagem. Eles encontraram 20 artigos publicados no período de 2008 a 2018, sendo três destes estudos de tradução, adaptação transcultural e validação das escalas. No Brasil, foram identificados 17 estudos e nenhum deles da Região Nordeste do país. Ambientes de prática profissional favoráveis estão relacionados a maior nível de satisfação profissional, menor nível de *burnout* e maior qualidade do cuidado e segurança para o paciente. Por outro lado, ambientes desfavoráveis expõem a equipe de enfermagem a fatores estressores que podem comprometer o cuidado e a segurança dos pacientes (RIBOLDI et al., 2021).

A escassez de estudos na Latinoamérica pode ser justificada pela necessidade de tradução e adaptação cultural das escalas que foram criadas em inglês e focadas na cultura estadunidense e na organização do trabalho dos enfermeiros desse país. No Brasil, a NWI-R e a PES-NWI foram traduzidas e validadas para a língua portuguesa em 2008 e 2015, respectivamente (GASPARINO et al., 2017).

É importante, portanto, fomentarmos a discussão e estudos de avaliação dos ambientes de prática profissional de enfermagem no Brasil, sobretudo, diante do cenário que nos foi imposto pela pandemia de COVID-19. A pandemia de COVID-19, desencadeada pelo agente etiológico SARS-CoV-2, com elevado potencial de transmissibilidade e letalidade, trouxe impactos negativos em diferentes dimensões e complexidades em todos os setores da sociedade, inclusive, na saúde. O número elevado de infectados provocou um aumento das internações em leitos hospitalares, especialmente, nas Unidades de Terapia Intensiva.

O Sistema Único de Saúde (SUS) precisou se reorganizar de forma rápida e assertiva para enfrentar com eficácia e eficiência a pandemia. No entanto, os entraves estruturais e organizacionais que o SUS vem, historicamente, enfrentando, foram agudizados com a emergência e a alta demanda de serviços e atendimentos impostos pela pandemia.

As organizações hospitalares enfrentaram escassez de equipamentos, de material para diagnósticos e assistência aos usuários; escassez de leitos hospitalares, particularmente os de terapia intensiva; condições precárias de trabalho reveladas pela

falta de equipamentos de proteção individual, sobrecarga de trabalho, subdimensionamento de pessoal, despreparo dos trabalhadores para lidar com a nova patologia e, conseqüentemente, aumento do número de trabalhadores contaminados pelo SARS-CoV-2 (GEREMIA et al., 2020).

Houve a necessidade de reorganização de leitos de UTI existentes e expansão progressiva da capacidade de internamento neste tipo de unidade. As UTIs concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados e compõem um ambiente de prática com características peculiares, que envolvem complexidade clínica e tecnológica; pluralidade profissional; sujeitos do cuidado em situações de vulnerabilidade biopsicossocial, muitas vezes, sob risco iminente de morte; conflitos éticos e bioéticos, que podem desencadear sofrimento moral na equipe; âmbito restrito, dinâmico e estressante, que, na maioria das vezes, promovem circunstâncias que exigem tomada de decisão imediata e resolutiva.

É fundamental, portanto, considerar a necessidade de recursos compatíveis às demandas dos pacientes críticos. No entanto, o quadro emergencial imposto pelo coronavírus demandou uma reestruturação e expansão dos leitos de forma acelerada que pode ter desconsiderado estas necessidades, gerando ambientes de prática profissional desfavoráveis.

Como enfermeira intensivista, vivenciei, no auge da pandemia da COVID-19, uma mudança nesse ambiente de prática profissional. Por tratar-se de uma nova patologia e agente etiológico desconhecido, as condutas eram modificadas frequentemente, levando a um ambiente mais estressante que o habitual e à necessidade de decisões rápidas por parte da gestão e dos enfermeiros na assistência. O cenário imposto pelo coronavírus no ambiente de prática levou a desfechos desfavoráveis tanto no resultado clínico dos pacientes, quanto no processo de trabalho da equipe de enfermagem, sobretudo, na segunda onda da pandemia.

Frente a estas considerações e entendendo que a avaliação do ambiente de prática é um importante elemento que permeia diversos assuntos e apresenta influência direta nos resultados assistenciais e gerenciais, o problema de pesquisa que se procura responder neste estudo foi assim formulado: Como os enfermeiros e técnicos de enfermagem avaliam o ambiente de prática profissional das unidades de terapia intensiva de um hospital universitário? Nesta direção, definimos os seguintes objetivos para esta pesquisa:

Objetivo Geral: Descrever o ambiente de prática profissional de enfermagem em UTI de um hospital universitário no contexto da pandemia de COVID-19.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem;
- Identificar os aspectos que tornam o ambiente de prática profissional de enfermagem favorável na UTI;
- Identificar os aspectos que tornam o ambiente de prática profissional de enfermagem desfavorável na UTI.

Avaliar estes ambientes de prática profissional da enfermagem contribuirá para identificação de características facilitadoras e dificultadoras do trabalho nesses espaços, subsidiando as equipes no desenvolvimento de ações estratégicas para melhoria dos pontos de fragilidade e fortalecimento dos aspectos bem avaliados. Além disso, faz-se relevante o desenvolvimento de estudos nesta temática frente à escassez de pesquisas e à emergência sanitária da pandemia de COVID-19.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: CARACTERÍSTICAS CONSTITUTIVAS DESSE AMBIENTE DE CUIDADOS CRÍTICOS

Florence Nightingale foi pioneira no entendimento da necessidade de segregação dos pacientes conforme a criticidade e criou, durante a Guerra da Crimeia, em 1854, a primeira unidade específica para cuidados intensivos, reduzindo a mortalidade entre os soldados que eram hospitalizados de 40% para 2%. Uma das principais medidas implementadas foi a classificação e separação dos soldados feridos de acordo com sua gravidade, traduzida pelo grau de dependência. Os mais graves ficavam mais próximos da área de trabalho da enfermagem, de forma que pudessem ser mais bem monitorados e atendidos. Essas são medidas até hoje utilizadas no cuidado em terapia intensiva.

O conhecimento adquirido ao longo dos períodos de guerras, precisamente com a II Guerra Mundial e a Guerra do Vietnã, fomentou a implantação de unidades especializadas para atendimento de pacientes graves. As primeiras unidades de terapia intensiva tinham por objetivo monitorizar as funções cardíacas, respiratórias e neurológicas das pessoas em recuperação após atos cirúrgico-anestésicos. No Brasil, a primeira UTI respiratória foi inaugurada em 1967, no Hospital dos Servidores, no Estado do Rio de Janeiro (RÉA NETO et al., 2004; SILVA, 2009).

A UTI contemporânea caracteriza-se como uma unidade hospitalar complexa, dotada de sistema de monitorização contínua, com equipamentos sofisticados e recursos destinados ao tratamento de pessoas em estado grave de saúde (ou potencialmente graves), com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, cujo suporte e tratamento intensivos possibilitam a recuperação da saúde (MAURICIO, 2017).

Para Nascimento e Trentini (2018), o ambiente orgânico da UTI e o risco à vida contribuem para que a atuação dos profissionais de enfermagem seja guiada pelo modelo assistencial biomédico. Neste modelo assistencial, as concepções são decorrentes da fundamentação metodológica mecanicista, onde a formação e o exercício profissional são pautados no domínio do corpo-doença, tendo o corpo (fragmentado) como objeto da ação; os profissionais são controladores e controlados; as relações interpessoais são baseadas na hipervalorização do profissional; e os instrumentos são voltados para a técnica (BRITO, 2010).

Nas UTIs, parecem fortalecer esse modelo assistencial biomédico: a estrutura

física e organizacional; o estresse vivenciado pelos profissionais, seja por falhas no processo de comunicação, seja pela iminência de eventos súbitos; o uso de tecnologia de ponta; as fragilidades das relações interpessoais que impactam nas relações entre os profissionais; as questões éticas, geradas pela própria dinâmica de trabalho e por estas relações (BENITES e FAIMAN, 2022). No modelo biomédico, há, ainda, uma hipervalorização da prática profissional do médico em detrimento dos demais profissionais, o que gera, muitas vezes, desconforto e conflitos interprofissionais.

O estresse vivenciado no ambiente de uma UTI se revela, principalmente, por dois fatores: o primeiro, pela unidade de terapia intensiva ser um local onde o estado crítico das pessoas ali internadas requer intervenções rápidas; o segundo, porque a criticidade do estado de saúde mobiliza, nos profissionais que ali atuam, emoções e sentimentos que frequentemente se expressam de forma muito intensa, podendo se tornar um ambiente com características desfavoráveis. (MOLLER et al., 2021).

Desse modo, o trabalho com pessoas em estado de sofrimento, o fato de ser responsável pela vida de outras pessoas, o pouco reconhecimento profissional pela sociedade, a falta de autonomia e a fragilidade legal quanto a esta autonomia são alguns dos fatores estressores no trabalho em enfermagem intensivista (BALSANELLI e CUNHA, 2013). Sabemos, ainda, que o estresse pode influenciar na maneira como o ambiente é concebido e na maneira como as práticas do cuidado são exercidas.

Buscando entender esse ambiente e as práticas de cuidado que ocorrem nas UTIs, não se pode deixar de abordar as tecnologias, que devem ser utilizadas para facilitar as práticas de cuidado, otimizando o tempo do profissional, para estar mais próximo dos pacientes (MAZIERO et al., 2020).

Segundo Fernandes *et al.* (2000), as relações interpessoais vividas pelos profissionais nas UTIs evidenciam conflitos, o que mostra o descompasso da excessiva valorização da competência técnica em detrimento da competência interpessoal. E, assim, caracterizam relações efêmeras, tênues, onde os profissionais, de uma forma geral, não têm tempo para ouvir o outro, para perceber o outro, o que influi negativamente no ambiente de prática.

Não se poderia aqui esgotar as discussões acerca dos fatores que influenciam o ambiente de prática de enfermagem na UTI, porque são muitos. No entanto, é de fundamental relevância saber identificá-los nos espaços da terapia intensiva, pois,

somente conhecendo como tais fatores contribuem ou não para ambientes de prática favoráveis, é que será possível traçar ações conjuntas para, senão eliminar os problemas, ao menos reduzi-los. Ao desenvolvermos ambientes de prática mais favoráveis na terapia intensiva, contribuímos com a satisfação dos profissionais que ali atuam e com boas práticas de cuidado, mais efetivas e seguras.

No bojo deste universo complexo, acrescentamos a chegada do novo coronavírus no final de 2019, na cidade de Wuhan, região central da China, que trouxe novos desafios para o ambiente de prática nas UTIs. Em cerca de dois meses, a COVID-19 disseminou-se rapidamente pela Ásia e atingiu todos os continentes, tornando-se o mais importante problema mundial de saúde pública dos últimos 100 anos. Diante da magnitude da infecção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atribuiu à doença a classificação de pandemia em março de 2020 (MEDEIROS, 2020). Na América Latina, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 25 de fevereiro de 2020, no Brasil (RODRIGUEZ et al., 2020).

Nenhum país estava preparado para enfrentar a disseminação de COVID-19, que gerou continua gerando impactos negativos nas áreas social, econômica, na saúde física e mental das populações, bem como na capacidade assistencial dos sistemas de saúde (SANTOS, et al., 2020). No âmbito hospitalar, as ações de enfrentamento à COVID-19 exigiram um esforço significativo de gestores e profissionais que envolveu a ampliação de leitos de terapia intensiva, capacitação dos profissionais e aquisição de equipamentos de proteção individual em qualidade e quantidades adequadas (WANG, WANG, YU, 2020).

No Brasil, o enfrentamento à pandemia se deu de maneira muito distinta entre os estados por falta de uma política nacional clara e assertiva no controle da doença. O Sistema Único de Saúde sofreu para dar respostas rápidas e eficazes à alta demanda de pacientes, tanto na atenção primária, quanto na alta complexidade. Os serviços de saúde públicos, que já vinham sofrendo com a escassez de recursos materiais, equipamentos e pessoal qualificado, em virtude de cortes orçamentários, depararam-se com a necessidade de reestruturação e ampliação de serviços do dia para a noite.

Dentre os profissionais de saúde, a equipe de enfermagem foi o grupo que mais se afetou com a pandemia. Seja pelo grande número de profissionais nos serviços, seja pelo fato de a enfermagem estar 24 horas ininterruptas em contato com os pacientes, o fato é que a enfermagem precisou lidar com todas as nuances da pandemia e sentiu diretamente os efeitos negativos da intensificação do trabalho, falta de recursos, adoecimento e morte

de trabalhadores.

Para as equipes de terapia intensiva, além de todas as incertezas que circundavam o novocoronavírus e as dificuldades estruturais dos serviços de saúde, o manejo do paciente foi um desafio ainda maior, dado que se tratava de pacientes num nível de criticidade pouco vivenciado, até mesmo nas unidades mais complexas (CONZ et al., 2021). Nesse contexto, a infecção e adoecimento de trabalhadores, a falta de suprimentos essenciais, como os equipamentos de proteção individual e dispositivos médico-hospitalares, e a indisponibilidade de leitos de terapia intensiva agravaram o estresse e a tensão no trabalho nas UTIs.

A equipe de enfermagem da UTI, no trabalho cotidiano com os pacientes acometidos pela COVID-19, enfrentou e vivenciou diversos fatores estressores, para além dos já conhecidos do trabalho em UTI. Dentre esses estressores, destacam-se o medo de ser infectado, adoecer e morrer; o risco de infectar outras pessoas, mesmo sem intenção; a sobrecarga de trabalho e fadiga; a exposição a mortes em larga escala; e a frustração em não conseguir evitá-las. No entanto, e apesar dos esforços, sofreu com ameaças, agressões, afastamento de entes queridos, medo de disseminar o vírus à sua família e a pouca valorização social e profissional (SANT'ANNA et al., 2022).

Ainda sobre isso, afirma-se que esses fatores estressores comprometem o psicológico, a qualidade de vida e o desempenho profissional, podendo colocar em risco a segurança e a assistência da população atendida no sistema de saúde. A preocupação com o cuidado voltado à segurança do paciente pode interferir na qualidade dos serviços de saúde e nas boas práticas assistenciais (MARINS et al., 2020; SCHULTZ et al., 2020).

Uma das grandes dificuldades enfrentadas pela equipe da UTI foi realizar o processo de desumanização dentro dessas unidades, pois os profissionais estavam com alto nível de estresse. Para isto, a enfermagem criou medidas de interação com famílias e pacientes para fortalecer a condição humana, a dignidade, solidariedade, cidadania e fraternidade. Visando à manutenção das boas práticas assistenciais e de um ambiente de trabalho seguro para pacientes e profissionais (HAMMERSCHMIDT; BONATELLI; CARVALHO, 2020).

2.2 AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O interesse pelo estudo do ambiente de prática profissional de enfermagem surgiu entre as décadas de 70 e 80, nos Estados Unidos da América (EUA). Havia profissionais

de enfermagem no mundo do trabalho estadunidense, mas as vagas oferecidas pelos hospitais não eram totalmente preenchidas e essas organizações sofriam com a inadequação no dimensionamento de pessoal de enfermagem. Esse descompasso estava associado à falta de atrativos para os enfermeiros ingressarem nessas organizações. Algumas organizações hospitalares apresentavam inabilidade na atração e retenção de profissionais qualificados, enquanto uma minoria de hospitais atraía e retinha bons profissionais. Surgiu, então, o interesse em investigar quais as características presentes nesta pequena parcela de hospitais que conseguia manter sua equipe estável por maior período de tempo.

No início dos anos 1980, a *American Academy of Nursing* (AAN) conduziu um estudo com 163 hospitais americanos, para identificar as características organizacionais que atraíam e retinham os enfermeiros. Como resultado desse estudo foram identificados 41 hospitais que receberam a designação de *Magnet Hospitals* (AIKEN e PATRICIAN, 2000).

Esses hospitais foram assim chamados por apresentarem um conjunto de atributos organizacionais comuns que favoreciam a prática profissional da enfermagem, incluindo a descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem, uma liderança de enfermagem forte, efetiva e visível, o reconhecimento da autonomia, adequação dos recursos humanos e flexibilidade dos horários para os profissionais (LAKE, 2002). As características encontradas nos hospitais magnéticos passaram a ser conhecidas como “Forças do Magnetismo”, pela habilidade de atração e retenção dos enfermeiros nessas organizações hospitalares (AIKEN et al., 2015).

A partir desses achados, a AAN decidiu criar uma escala que pudesse avaliar o ambiente de prática profissional de enfermagem nos hospitais americanos, buscando as características que facilitavam ou dificultavam o trabalho dos enfermeiros nesses cenários e que podem interferir na decisão desses profissionais em permanecer no trabalho.

O primeiro instrumento, o NWI, foi criado por Kramer e Hafner em 1989 e era composto por 65 itens, com três objetivos mensuráveis: satisfação profissional, produtividade da enfermagem e a presença das características favoráveis. Na década de 90, a AAN credenciou a *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) como uma instituição autorizada a realizar a certificação dos hospitais magnéticos e conferir-lhes um selo de qualidade. A partir de então, criaram manuais que orientavam os hospitais que desejassem organizar seus processos internos e pleitear um selo de *Magnet Hospital*

(ALMEIDA et al., 2020).

A ideia de certificar os hospitais que tinham as “forças do magnetismo”, de certa forma, avaliava também a qualidade da assistência prestada por estas organizações. Embora esta não fosse a intenção inicial da escala de avaliação do ambiente de prática, sabemos que ambientes favoráveis possuem melhores condições de trabalho que levam a melhores resultados.

A partir dessas observações, no ano 2000, a escala NWI passou por uma revisão que pretendia facilitar seu uso e aplicação. Linda Aikeen reformulou a escala, que passou a ter como objetivo avaliar as condições do ambiente de trabalho, identificando as características favoráveis ou desfavoráveis ao ambiente de prática da enfermagem. A nova escala foi chamada de *Nursing Work Index – Revised* (NWI-R), passando a apresentar 57 itens. Desse total de itens, 56 foram originados do NWI e apenas um item foi acrescentado por Aikeen e colaboradores. Desses 57 itens, os autores extraíram 15 itens que foram distribuídos em quatro subescalas: autonomia, controle sobre o ambiente, relações entre médicos e enfermeiros e satisfação profissional (AIKEN et al., 2000).

A partir desta reformulação, a escala passou a ser aplicada em organizações de saúde fora dos Estados Unidos, disseminando a importância da avaliação do ambiente da prática de enfermagem e seus achados. Dois anos depois da primeira revisão, Lake criou um segundo instrumento baseado na primeira versão da NWI. A *Practice Environment Scale* (PES), como foi chamada, é um construto robusto, fundamentado em teorias sociológicas das organizações e do trabalho, capaz de captar informações sobre o ambiente de prática de enfermagem. A PES contém 31 itens, extraídos dos 65 itens da NWI, agrupados em cinco subescalas, a saber:

2.2.1 Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos da organização. Avalia se os enfermeiros participam ativamente nas decisões da organização; participam de comitês; participam do plano de cargos com oportunidades de ascensão; possuem comunicação eficaz e clara com os gestores; possuem poder decisório na gestão e visibilidade da administração executiva da enfermagem.

2.2.2 Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados. Avalia padrões de qualidade na assistência que podem ser verificados pela continuidade dos cuidados, utilização de diagnósticos e prescrições de enfermagem, assegurados por um programa de qualidade.

2.2.3 Habilidade da gestão, liderança e suporte aos enfermeiros. Avalia a

percepção dos enfermeiros sobre o papel crítico da gestão de enfermagem, como reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, bem como pelo suporte aos profissionais de enfermagem na presença de conflitos com os médicos e ocorrência de eventos adversos.

2.2.4 Adequação de recursos humanos e materiais. Avalia a importância da conformidade com os recursos para uma assistência de qualidade, onde o dimensionamento de pessoal, os serviços de apoio e o ambiente proporcionem discussão entre colegas sobre casos clínicos.

2.2.5 Relação entre médicos e enfermeiros. Avalia a existência de relações satisfatórias de trabalho entre médicos e enfermeiros.

Diante da robustez, da validade interna e evidência agregada ao corpo de conhecimentos da enfermagem, o uso da PES tem sido recomendado como medida preferencial para avaliar o ambiente de prática de enfermagem pelo *National Quality Forum* (NQF) – uma organização sem fins lucrativos com sede nos EUA que promove a proteção do paciente e a qualidade da assistência médica por meio de medição e relatórios públicos. Além disso, a PES compõe um conjunto de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem nos protocolos de acreditação da *Joint Commission* (LAKE et al., 2019).

Entretanto, no Brasil, as produções científicas utilizam a NWI-R com mais frequência; talvez porque a PES foi traduzida, adaptada e validada em terras brasileiras somente em 2017. A versão original da PES é composta por 31 itens; porém, após análise fatorial confirmatória, a versão brasileira foi composta por 24 itens distribuídos em cinco subescalas: participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares; adequação da equipe e de recursos; fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado; habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem e relações colegiais entre médicos e enfermeiros (GASPARINO, GUIRARDELLO, 2017).

Defendemos, portanto, a importância do uso de escalas que identifiquem determinadas características do ambiente de trabalho que contribuem diretamente para o exercício da prática profissional da enfermagem, sobretudo, em áreas de cuidados críticos, onde o tipo de cuidado prestado favorece o estresse e tensões entre os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, as investigações são de fundamental importância para as melhores práticas de enfermagem, satisfação profissional da equipe e para melhorias na assistência ao paciente. Estudos internacionais mostram que ambientes de prática razoáveis e colaborativos para a enfermagem também estão associados à maior satisfação

do paciente, menor prevalência de infecção e menores taxas de mortalidade (AIKEN et al., 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O desenho metodológico desta pesquisa seguiu as recomendações do *check list Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*, adaptando os itens às particularidades deste estudo.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. No estudo transversal as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente em um determinado ponto temporal, não havendo seguimento dos indivíduos. A pesquisa descritiva tem como propósito observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, enfatizando atributos mensuráveis. O método quantitativo visa a uma coleta sistemática de informações numéricas, resultante de mensuração formal que utiliza procedimentos estatísticos para análise. É empregado para descrever, testar relações e determinar causas (POLIT; BECK, 2019).

Nessa direção, o desenho metodológico mostra-se adequado para o alcance dos objetivos propostos, uma vez que a PES avalia o ambiente de prática profissional a partir de dados numéricos e cálculos de médias, medianas e desvio padrão.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público universitário localizado na cidade do Salvador/BA. É um hospital de alta complexidade, especializado em doenças raras, de grande porte, com 291 leitos de internação integral ativos, divididos em 18 unidades de internação; 11 leitos de hospital dia; 20 de Terapia Intensiva Adulto e oito de Terapia Intensiva Pediátrica. Conta ainda com salas de aula, laboratórios de pesquisa e 128 consultórios para atendimento ambulatorial.

É administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e dispõe de uma força de trabalho composta por 2408 trabalhadores, contratados sob diversos regimes de trabalho, com carga horária e direitos trabalhistas distintos. O corpo clínico é formado por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos.

Exerce importante papel como cenário de prática na formação dos estudantes de cursotécnicos, de graduação e de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, com destaque

para os residentes de diversas especialidades, que colaboram na assistência aos pacientes. A história desta organização é marcada por conquistas e inovações nos quatro pilares de um hospital universitário – ensino, pesquisa, extensão e assistência, repercutindo diferenciadamente na prestação de serviços à sociedade. No âmbito da pesquisa, são desenvolvidas investigações em diversas especialidades: gastroenterologia, hepatologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, onco-hematologia, ginecologia, pediatria, doenças hematológicas benignas e doenças raras.

Os locais do estudo foram as Unidades de Terapia Intensiva Adulto do referido hospital. São 20 leitos divididos igualmente em duas UTIs: uma clínica, destinada às múltiplas especialidades atendidas no hospital, e uma cirúrgica. Ambas sofreram adequações para atendimento a pacientes COVID-19, nas duas ondas da pandemia.

3.3 PARTICIPANTES

Para a seleção dos informantes foram privilegiados os sujeitos sociais que possibilitassem à pesquisa a compreensão abrangente do objeto de estudo. O projeto foi apresentado à Chefe da Divisão de Enfermagem do hospital, que nos forneceu uma lista nominal com os profissionais de enfermagem das UTIs adulto, totalizando 105 profissionais, sendo 43 enfermeiras, 55 técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem.

Em seguida, o projeto foi apresentado às enfermeiras responsáveis técnicas das UTIs, para identificação dos profissionais que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Foram incluídos na pesquisa 35 enfermeiras e 51 técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem que atendiam ao critério de inclusão definido neste estudo: ter atuado nas UTIs clínica ou cirúrgica, no período de março de 2020 a fevereiro de 2022, de forma a contemplar os períodos mais críticos da pandemia no Estado da Bahia. Após a inclusão, aplicamos os seguintes critérios de exclusão: profissionais que atuaram por um período inferior a 6 meses nas UTIs (não houve exclusão); profissionais que estivessem de licença superior a três meses no período de coleta de dados (seis profissionais foram excluídos). Assim, o universo de participantes deste estudo foi composto por 35 enfermeiras, 47 técnicos e seis auxiliares de enfermagem, totalizando 88 possíveis respondentes. Para análise dos dados referentes à avaliação do ambiente de prática, optei por integrar o grupo de auxiliares de enfermagem como categoria técnicos de enfermagem, pelo quantitativo muito pequeno de auxiliares na amostra (seis pessoas).

Foram estabelecidos como parâmetros para carga horária: 30 horas para os colaboradores em Regime Jurídico da União (RJU), 36 horas para colaboradores sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e acima de 40 horas para aqueles que laboravam em mais de um vínculo empregatício.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para avaliação do ambiente de prática profissional de enfermagem, utilizamos a versão brasileira da *Practice Environment Scale* (PES), adaptada e validada para a cultura brasileira por Gasparino (2015) em sua tese de doutoramento (APÊNDICE A). A PES (versão brasileira) é composta por 24 itens divididos em cinco domínios: Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos da organização (cinco itens); Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados (sete itens); Habilidade da gestão, liderança e suporte aos enfermeiros (cinco itens); Adequação de recursos humanos e materiais (quatro itens); Relações colegiais entre enfermeiros e médicos (três itens).

No intuito de otimizar a coleta de dados e evitar o uso de impressos em virtude das restrições sanitárias ainda em vigor, criamos um formulário no *Google Forms*, contendo os 24 itens que compõem a PES, um questionário sociodemográfico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que antecedeu as questões, de forma que o participante precisava concordar com a pesquisa para prosseguir com o questionário (APÊNDICE B).

Após elaboração, o formulário foi enviado a uma *expert* professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da UFBA (EEUFBA), que possui vasta experiência com pesquisas quantitativas utilizando o *Google Forms*, de modo que a mesma pudesse criticar e sugerir as adequações necessárias. Feitas as adequações sugeridas pela *expert*, enviamos o formulário para 10 enfermeiras sem vínculo com a pesquisa, para testagem do instrumento em relação ao tempo médio despendido para resposta e pontos de melhoria.

Com o instrumento aprovado, iniciamos aproximação com o campo da pesquisa com visitas às UTIs para contato pessoal com os participantes, apresentação dos objetivos e convite para participar do estudo. Durante esta abordagem um profissional recusou-se a participar. Para os que manifestaram interesse, enviamos por meio do aplicativo *WhatsApp*, o link para acesso ao formulário na plataforma *Google Forms* e a pesquisadora permaneceu disponível na UTI enquanto os profissionais respondiam o questionário.

Aqueles profissionais que manifestaram interesse em participar, mas não puderam responder nos momentos em que a pesquisadora esteve nas UTIs, foram orientados sobre o preenchimento posterior, para que o pudessem fazer em momento oportuno. Acompanhamos as respostas e, após 48 horas do contato presencial, reforçamos o convite através do *WhatsApp* com aqueles profissionais que não haviam respondido. Houve quatro profissionais que se recusaram a responder e 16 profissionais que não responderam ao questionário, mesmo após duas tentativas frustradas de contato pela pesquisadora, mas também não manifestaram a recusa, apenas ignoraram o contato. Entendemos, portanto, que o profissional não estava disposto a participar e o excluimos da amostra. Assim, no período de 18 de agosto de 2022 a 19 de setembro de 2022 realizamos a coleta de dados, finalizando a amostra com 68 questionários respondidos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos do instrumento de coleta de dados possibilitaram elencar as variáveis de caracterização sociodemográficas, de formação acadêmica, laborais (tempo de serviço no hospital e na unidade e carga horária semanal de trabalho).

No tocante à escala selecionada para aferir o ambiente de prática, cabe informar que a PES é amplamente utilizada nos estudos internacionais e recomendada pela *Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations* (JCHO) nos processos de acreditação hospitalar, justificando, assim, a seleção para este estudo. A escala adota a gradação do tipo Likert, com quatro pontos (1 – Discordo Totalmente a 4 – Concordo Totalmente). Para interpretá-la, as médias dos 24 itens são estimadas individualmente, por domínio: médias acima de 2,5 classificam o domínio como favorável; abaixo de 2,5, como desfavorável; e o ponto neutro (2,5), como domínio misto. Ambientes classificados como favoráveis são aqueles que obtiverem valores acima de 2,5 em quatro ou em cinco subescalas. Aqueles que atingem pontuações acima de 2,5 em duas ou três subescalas são considerados como ambientes mistos. Ambientes desfavoráveis são aqueles que obtiverem média acima de 2,5 em apenas uma ou nenhuma subescala (GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017).

Os dados coletados foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24. Em primeiro lugar, procedeu-se ao tratamento do banco de dados, com avaliação e decisão estatística sobre *missing*, *outliers*, exame da distribuição e checagem de pressupostos estatísticos. Em seguida, realizou-se análise descritiva

univariada e bivariada dos dados com base na categoria profissional, cálculo de média e mediana das variáveis contínuas e, para as variáveis categóricas, estimou-se a frequência absoluta.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente proposta faz parte de um projeto multicêntrico que possui como título da pesquisa: “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (CAAE: 38912820.3.2011.0049 e número do Parecer: 4.562.421), sob coordenação da Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foram respeitadas as recomendações das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, no que tange à confidencialidade, à privacidade e à preservação da imagem dos participantes, assim como a solicitação de autorização para utilização uso dos dados para ensino e pesquisa (BRASIL, 2012; 2016).

O TCLE foi enviado para os participantes através do formulário *Google Forms*, com um link remetido pelo *WhatsApp*, conforme descrito na coleta de dados, sem qualquer tipo de coação, protegendo a liberdade de escolha do indivíduo de participar ou não da investigação. Os participantes do estudo tiveram a garantia plena de liberdade para se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. Foram mantidos o sigilo e a privacidade, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o nome do participante da pesquisa. Não houve ônus de qualquer natureza para o participante ou para a organização à qual está vinculada.

Os documentos relativos à coleta de dados ficarão sob a guarda da autora do presente projeto, por um período de cinco anos, e, após este período, serão arquivados no banco de dados do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem e Saúde (GEPASE) da EUFBA, ao qual este projeto está vinculado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para caracterização dos participantes da pesquisa, tomamos como referência a função exercida por esses sujeitos na organização *locus* do estudo. Desta forma, a amostra foi composta por 68 participantes, sendo seis auxiliares de enfermagem, 29 técnicos de enfermagem e 33 enfermeiros, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Enfermeiros n=33		Técnicos de Enfermagem n=29		Auxiliares de Enfermagem n=6		Equipe de Enfermagem n=68	
	n	%	N	%	N	%	n	%
SEXO								
Feminino	31	93,9	20	69	6	100,0	57	83,8
Masculino	2	6,1	9	31	0	0,0	11	16,2
ESTADO CIVIL								
Casado/União Estável	15	45,5	16	55,2	3	50,0	34	50,0
Divorciado/Separado	10	30,3	8	27,6	3	50,0	21	30,9
Solteiro	8	24,2	5	17,2	0	0,0	13	19,1
IDADE								
Até 25 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
26 - 30 anos	0	0,0	1	3,4	0	0,0	1	1,5
31 - 35 anos	6	18,2	5	17,2	0	0,0	11	16,2
36 - 40 anos	10	30,4	10	34,5	0	0,0	20	29,4
41 - 45 anos	13	39,4	5	17,2	1	16,7	19	27,9
46 - 50 anos	3	9,0	7	24,1	3	49,9	13	19,1
51 - 55 anos	1	3,0	1	3,4	1	16,7	3	4,4
Maior que 56 anos	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	1,5

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados da tabela nos revelam que a equipe de enfermagem das UTIs analisadas era composta, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino, casadas ou em união estável, na faixa etária de 36 a 40 anos. Esses achados convergem com resultados descritos no relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, que realizou um amplo levantamento sobre as profissões da Enfermagem, apresentando um diagnóstico preciso e detalhado da situação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A pesquisa

identificou que 85,1% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino; 48,5% eram casados ou em união estável; 20,3% estavam na faixa etária dos 31 a 35 anos (FIOCRUZ/COFEN, 2017).

A equipe de enfermagem do hospital analisado estava em uma faixa etária acima da tendência nacional observada na pesquisa do Cofen. Este fato pode ser explicado quando consideramos que a maioria das participantes da pesquisa ingressou no hospital através de concurso realizado em 2014, cujo edital valorizava o tempo de formação e a experiência profissional, dificultando o acesso de profissionais mais jovens. Esta afirmação pode ser corroborada com os dados da Tabela 2, que demonstram que 83,8% dos profissionais de enfermagem atuavam de três a oito anos na organização e 36,8% deles tinham entre 16 e 20 anos de formados. Vale destacar que a falta de concursos públicos foi apontada pelos profissionais de enfermagem como a segunda das cinco principais dificuldades para ingressar no mundo do trabalho no Brasil, dificultando, sobretudo, a entrada de jovens profissionais recém-egressos da formação (FIOCRUZ/COFEN, 2017).

Podemos observar, ainda, que 100% das auxiliares de enfermagem atuavam na organização havia mais de oito anos e estavam em faixa etária acima de 41 anos. Estes dados são esperados, tendo em vista que não houve vagas para esta categoria profissional nos últimos concursos realizados pela EBSEH. Deste modo, as auxiliares de enfermagem que atuavam na organização possuíam vínculo empregatício com a universidade, sob o RJU.

Quando olhamos para a quantidade de vínculos empregatícios e a carga horária semanal, nossos achados revelam que a maioria dos trabalhadores atuava apenas na organização em questão (69,1%), com carga horária de 36 horas semanais (64,7%). Os nossos números estão bem acima da média nacional apontada na pesquisa do Cofen que mostrou 34,7% dos trabalhadores da enfermagem com carga horária semanal entre 31 e 40 horas, quando considerados todos os serviços de saúde e 40,1% quando analisado somente o setor público de saúde.

Uma das razões que poderia explicar a predominância do único vínculo entre os participantes deste estudo seriam os valores da remuneração praticada pela EBSEH, que diminui a necessidade de os profissionais de buscarem um segundo emprego para complementação da renda. Atualmente os salários pagos pela EBSEH, conforme Portal da Transparência, giram em torno de R\$8.400 para enfermeiros e R\$4.900 para técnicos.

A pesquisa FIOCRUZ/COFEn aponta que 2% dos enfermeiros no setor público e 0,9% no setor privado recebiam proventos dentro dessa faixa salarial; entre os técnicos de enfermagem a porcentagem é de 2,3% no setor público e 1,1% do setor privado. Isto nos permite inferir que a remuneração da equipe de enfermagem no *locus* deste estudo diverge significativamente da realidade do mercado de trabalho em enfermagem no Brasil. Quando perguntados sobre qual seria o salário ideal, a maioria dos enfermeiros (33,4%) não respondeu e 23,3% referiram um salário entre R\$ 4001,00 e R\$ 5000,00 (FIOCRUZ/COFEN, 2017).

Os nossos achados jogam luz sobre a importância de remuneração e carga horária justas para fixação dos profissionais em uma única organização, sem a necessidade de duplo ou triplo vínculos. Por esta razão, defendemos a pauta da implantação do piso salarial da enfermagem, mas entendemos que esta discussão não pode estar desassociada da luta pela definição da jornada de trabalho.

Tabela 2 – Caracterização profissional dos participantes

FORMAÇÃO/TITULAÇÃO	Enfermeiros n=33		Técnicos de Enfermagem n=29		Auxiliares de Enfermagem n=6		Equipe de Enfermagem n=68	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Auxiliar de enfermagem	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6	8,8
Técnico de Enfermagem	0	0,0	29	100,0	5	83,3	34	50,0
Enfermeiro	33	100,0	8	27,6	1	16,7	42	61,8
Especialização	33	100,0	6	20,7	1	16,7	40	58,8
Residência	9	27,3	0	0,0	0	0,0	9	13,2
Mestrado	11	33,3	0	0,0	0	0,0	11	16,2
Doutorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TEMPO DE FORMAÇÃO								
Até 10 anos	4	12,1	1	3,4	1	16,7	6	8,8
11 - 15 anos	11	33,3	12	41,4	1	16,7	24	35,3
16 - 20 anos	13	39,4	12	41,4	0	0,0	25	36,8
21 - 25 anos	4	12,1	4	13,8	3	50,0	11	16,2

Acima de 25 anos	1	3,0	0	0,0	1	16,7	2	2,9
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO								
Menos de 3 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
De 3 a 8 anos	31	93,9	26	89,7	0	0,0	57	83,8
Mais de 8 anos	2	6,1	3	10,3	6	100,0	11	16,2
TEMPO DE ATUAÇÃO NA UTI DA ORGANIZAÇÃO								
Menos de 3 anos	1	3,0	1	3,4	0	0,0	2	2,9
De 3 a 8 anos	30	90,9	26	89,7	0	0,0	56	82,4
Mais de 8 anos	2	6,1	2	6,9	6	100,0	10	14,7
LOTAÇÃO INICIAL FOI NA UTI								
Não	18	54,5	11	37,9	4	66,7	33	48,5
Sim	15	45,5	18	62,1	2	33,3	35	51,5
POSSUI OUTRO VÍNCULO EMPREGATÍCIO								
Não	24	72,7	18	62,1	5	83,3	47	69,1
Sim	9	27,3	11	37,9	1	16,7	21	30,9
CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO								
30 horas	0	0,0	1	3,4	4	66,7	5	7,4
36 horas	24	72,7	19	65,5	1	16,7	44	64,7
40 horas ou mais	9	27,3	9	31,0	1	16,7	19	27,9

Fonte: Dados da pesquisa

Outro aspecto relevante encontrado neste estudo versa sobre a formação dos participantes. Todos os enfermeiros e 20,7% dos técnicos de enfermagem possuíam pós-graduação, fato similar ao encontrado no estudo do COFEn, evidenciando que a busca pela especialização se reveste de esperança e necessidade para ingresso no mundo do trabalho. Além disso, verificamos que oito técnicos e um auxiliar fizeram graduação em enfermagem e seguiram para a especialização. Ainda que, nas UTIs estudadas, esses profissionais atuassem como técnicos ou auxiliares de enfermagem, entendemos que é impossível não se utilizar de saberes, conhecimentos e práticas adquiridos na formação como enfermeiros, elevando a qualificação dessa equipe no cuidado ao paciente crítico, mas mantendo um custo mais baixo para a organização.

Quando perguntados sobre o tempo de atuação nas UTIs, verificamos que 82,4% tinham entre três e oito anos na unidade. O tempo de atuação dos profissionais na organização e na unidade de trabalho propriamente dita pode elevar a confiabilidade nas respostas à PES, pois os trabalhadores que conhecem a dinâmica laboral de seu serviço apresentam uma percepção confiável e passível de mensuração, promovendo maior poder ao instrumento de medir o que é proposto (LAKE, 2002; OLIVEIRA, 2018; MACIEL, 2022). Neste estudo, isto é ainda mais relevante, porque nos permite avaliar o ambiente de prática nas UTIs no período pandêmico a partir das respostas de uma equipe que conhecia o funcionamento do serviço em condições normais e participou do processo de mudanças exigidas pela pandemia de COVID-19.

Considerando a UTI como unidade especializada, que provê cuidados a pacientes graves, instáveis, e que exige profissionais de enfermagem com alto preparo técnico permanentemente, a retenção destes profissionais, além de melhorar os resultados organizacionais, tende a diminuir os custos operacionais (CAMPONOGARA et al., 2022). Por outro lado, a retenção desses profissionais nas UTIs aumenta suas habilidades e competências para sua atuação como intensivistas.

4.2 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE PRÁTICA

Conforme explicado na metodologia, para avaliação do ambiente de prática agrupamos auxiliares e técnicos num grupo único de participantes, uma vez que o quantitativo de auxiliares não era estatisticamente relevante para a análise desse grupo individualmente.

A análise dos dados revelou os seguintes resultados (Tabela 3):

1. O **ambiente de prática das UTIs** foi avaliado como um **ambiente misto**, dado que somente três domínios atingiram média superior a 2,5;

2. O Domínio 1 – **Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares** foi considerado **desfavorável pelos enfermeiros** (média 2,4) e **misto pelos técnicos/auxiliares de enfermagem** (média 2,5);

3. O Domínio 2 – **Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado** foi considerado **favorável** tanto pelos enfermeiros quanto pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com médias idênticas nos dois grupos (média 2,6);

4. O Domínio 3 – **Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de**

enfermagem foi considerado **favorável** tanto pelos enfermeiros quanto pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com médias idênticas nos dois grupos (média 3,0);

5. O Domínio 4 – **Adequação da equipe e de recursos** foi considerado **misto** tanto pelos enfermeiros quanto pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com médias idênticas nos dois grupos (2,5).

6. O Domínio 5 – **Relações colegiais entre médicos e enfermeiras** foi considerado **favorável** tanto pelos enfermeiros quanto pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, com médias idênticas nos dois grupos (média 3,1).

Tabela 3 – Avaliação geral do ambiente de prática das UTIs

	Enfermeiros n=33			Técnicos/Auxiliares de Enfermagem n=35			Equipe de Enfermagem n=68		
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP
D1 - Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares	2,6	2,4	0,5	2,4	2,5	0,5	2,4	2,5	0,5
D2 - Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado	2,5	2,6	0,4	2,5	2,6	0,4	2,7	2,6	0,4
D3 – Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem	3,0	3,0	0,7	3,0	3,0	0,6	3,0	3,0	0,6
D4 - Adequação da equipe e de recursos	2,5	2,5	0,5	2,5	2,5	0,5	2,5	2,5	0,5
D5 - Relações colegiais entre médicos e enfermeiras	3,0	3,1	0,5	3,0	3,1	0,4	3,0	3,1	0,5

Fonte: Dados da pesquisa

A avaliação geral do ambiente de prática de enfermagem, nas UTIs analisadas, diverge do encontrado na literatura, pois, ao analisarmos 15 estudos que avaliaram ambientes de prática de enfermagem no Brasil e exterior, em diferentes cenários e serviços, encontramos 11 estudos que descrevem os ambientes como favoráveis à prática da enfermagem, sendo sete que utilizaram a NWI-R e quatro que utilizaram a PES (versão brasileira) (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013; BALSANELLI; CUNHA, 2015; GUIRARDELLO, 2017; MAURÍCIO et al., 2017; PAULINO et al., 2019; MOLLER et

al., 2020; MAGALHÃES et al., 2020; LOPES; SOUZA, 2021; NERY et al., 2022; MATTOS et al., 2022; DANNO; BOHOMOL; GASPARINO, 2022).

Dois estudos utilizando a PES apontam os ambientes como desfavoráveis (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018; POVEDANO-JIMENEZ, GRANADOS-GAMEZ, GARCIA-CARO; 2020). Encontramos, ainda, uma pesquisa que utilizou a PES e avaliou cinco hospitais distintos, encontrando dois ambientes mistos, um desfavorável e dois favoráveis (GASPARINO et al., 2019).

Vale destacar que os achados relatados na literatura consultada dizem respeito a diferentes cenários de prática, que foram avaliados isoladamente ou no bojo da organização da saúde como todo. Foram avaliados serviços como: UTI Adulto (geral e especializadas), UTI pediátrica, UTI neonatal, unidades de cuidados críticos, serviços de emergência, hospitais de ensino e serviços de atenção primária à saúde.

Quando analisamos somente as pesquisas que avaliaram o ambiente de prática de UTI (adulto, cirúrgica, pediátrica ou neonatal), encontramos sete pesquisas, sendo seis com resultados favoráveis (GUIRARDELLO; PANUNTO, 2013; BALSANELLI; CUNHA, 2015; GUIRARDELLO, 2017; PAULINO et al., 2019; MOLLER et al., 2020; LOPES; SOUZA, 2021) e uma pesquisa realizada em um hospital de ensino que aponta as UTIs como ambientes desfavoráveis para a prática (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018). Não encontramos estudos realizados em UTI que apontassem o ambiente como misto.

No entanto, analisando os estudos que apontam os hospitais avaliados como ambientes mistos, verificamos que os domínios com média inferior a 2,5 e, portanto, desfavoráveis, são os mesmos domínios fragilizados no nosso estudo. O domínio **“Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares”**, que aparece no nosso estudo com média 2,5, foi relatado pelos autores consultados com média inferior a 2,5. Já o domínio **“Adequação da equipe e de recursos”**, em que encontramos média 2,5, foi descrito nos estudos analisados com médias variando entre 2,2 e 2,4. Os outros domínios aparecem como favoráveis tanto para nós, quanto para os autores (GASPARINO et al., 2019; YANARICO et al., 2020).

Uma análise mais profunda do ambiente de prática requer um olhar atento para os itens que compõem cada domínio, identificando as fragilidades e potencialidades que interferiram na avaliação global, dado que Lake (2002) destaca que as duas primeiras

subescalas (12 itens) da PES refletem o ambiente de todo o hospital e as três restantes (12 itens) referem-se a aspectos mais específicos da unidade de trabalho.

No nosso estudo, dos 12 itens avaliados nas duas primeiras subescalas, sete foram avaliados abaixo de 2,5, ou seja, 58% dos itens foram avaliados como desfavoráveis. Quando analisamos as três últimas escalas, encontramos 25% dos itens desfavoráveis. Isso demonstra quanto o modelo de gestão e o ambiente do hospital influenciam no ambiente de prática nos microespaços de cuidado. Daí a importância de as organizações se voltarem para a adoção de estratégias para melhoria do ambiente organizacional, pautadas na capacitação das lideranças, na implantação efetiva de programas de educação permanente, de garantia da qualidade, acompanhamento diário dos pacientes e envolvimento da equipe de enfermagem nas resoluções dos problemas diários.

Para melhor compreensão dos nossos resultados, apresentamos a seguir a análise de cada domínio separadamente.

Os dados da Tabela 4 descrevem os itens que compõem o domínio “**Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares**” e apontam que os enfermeiros perceberam este domínio como desfavorável para as suas práticas, enquanto os técnicos estavam no ponto neutro. No entanto, os dois grupos avaliaram negativamente os mesmos itens: “oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional” e “administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores”.

Tabela 4 - Participação dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares

	Enfermeiros n=33		Técnicos/Auxiliares de Enfermagem n=35		Equipe de Enfermagem n=68	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional	2,0	0,6	2,0	0,8	2,0	0,7
Oportunidade de aperfeiçoamento	2,8	0,8	3,0	0,8	2,9	0,8
Administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores	1,7	0,7	1,5	0,9	1,6	0,8
Enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital	2,6	0,7	2,9	0,5	2,7	0,7
O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem consulta a equipe	2,9	0,9	3,1	0,8	3,0	0,8
Média	2,4		2,5		2,5	

Fonte: Dados da pesquisa

No que tange às oportunidades de crescimento na carreira, existe na organização um programa denominado “Crescer com Competência”, voltado para os profissionais com vínculo celetista e que prevê oportunidades de progressão horizontal e vertical na carreira a cada ano, seguidas de incremento salarial para aqueles profissionais que alcançarem os critérios definidos, como, por exemplo: conclusão de cursos de pós-graduação, participação em comissões hospitalares, exercício de cargos de liderança, atividades de preceptoria, participação em eventos com apresentação de trabalhos, cursos de língua estrangeira, dentre outros.

As informações referentes ao programa estão disponíveis na intranet da organização e as informações são veiculadas através do *e-mail* institucional. Assim, é possível afirmar que as informações sobre a progressão de carreira estão acessíveis para todos. No entanto, os participantes desta pesquisa não reconheceram esse programa como uma oportunidade de crescimento, fosse porque desconheciam a existência do programa ou porque consideravam os parâmetros estabelecidos inalcançáveis. Destacamos que os trabalhadores em RJU seguem o plano de carreira proposto pela universidade.

Ambos os grupos não se consideraram ouvidos pela administração do hospital. O item “administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores” recebeu nota 1,7 entre os enfermeiros e 1,5 entre os técnicos/auxiliares de enfermagem, tendo sido o item com pior avaliação entre todos os 24 itens questionados. A falta de escuta por parte da gestão provoca um distanciamento entre a administração do hospital e aqueles que executam os cuidados. Essa surdez organizacional impacta na resolução de problemas ou conflitos relevantes para os trabalhadores, comprometendo a finalidade do serviço prestado no hospital, ou seja, a assistência de qualidade aos usuários.

É preciso considerar o contexto pandêmico de 2020 a 2022 e a transição de gestão ocorrida em 2022, que podem ter aguçado a percepção negativa dos profissionais na escuta de suas demandas. Sabemos que a pandemia provocou inúmeras mudanças nos serviços de saúde e no processo de trabalho, demandando respostas rápidas da gestão. Foi, portanto, um momento de grandes questionamentos, medos, inseguranças e, de fato, não havia resposta para tudo. Soma-se a esse cenário a troca da equipe gestora da organização ocorrida no primeiro semestre de 2022, que trouxe alterações significativas na estrutura organizacional. Assim, a gestão pode não ter conseguido ouvir as demandas dos profissionais ou responder aos questionamentos de maneira satisfatória.

Entretanto, o item “O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem consulta a equipe” foi bem avaliado pelos dois grupos, com média 2,9 entre os enfermeiros e 3,1 entre técnicos/auxiliares de enfermagem. É possível inferir que os técnicos eram mais consultados pelo seu responsável técnico imediato, ao passo que os enfermeiros eram menos consultados pela chefia imediata. Analisando este item e a avaliação negativa da escuta da administração, poderíamos afirmar que, quanto mais ascendente na hierarquia da organização, mais frágil é a escuta entre gerente e gerenciado.

A escuta dos grupos diretamente envolvidos no processo de trabalho torna-se uma importante estratégia de gestão, pois amplia a perspectiva do problema e cria um ambiente para comunicação entre especialistas, discussão de casos, articulação entre grupos, promoção de tomada de decisão conjunta, distanciando da forma clássica, que inclui uma autoridade decisória de cima para baixo (MOREDA et al., 2019). Por outro lado, relações de poder com aspectos da autocracia revelam o poder centrado nos líderes, profissionais com acesso limitado ao poder, orientados a seguir o comando estabelecido verticalmente, de cima para baixo, confirmando o famoso adágio: manda quem pode, obedece quem tem juízo (SANTOS, 2023).

Dessa forma, defendemos o envolvimento ativo dos profissionais de enfermagem na política e na tomada de decisão dos hospitais, com a participação e envolvimento em comissões hospitalares, comitês internos, capazes de identificar problemas e apontar soluções que elevem a segurança e a qualidade da assistência, sobretudo, em ambientes de cuidados críticos. É importante oferecer oportunidades de crescimento profissional e em uma comunicação mais acessível junto aos gestores (GASPARINO et al., 2019).

Considerando a subescala “Fundamentos de enfermagem voltados para a qualidade do cuidado”, a expectativa é que os hospitais promovam o suporte à equipe de enfermagem para que esta possa realizar os processos de cuidado com segurança e garantia de qualidade, objetivando atender à necessidade e expectativa dos cidadãos. O desenvolvimento ativo da equipe e de programas de educação continuada ou de educação permanente deve estar atrelado aos avanços tecnológicos contínuos que a área da saúde tem vivenciado, garantindo a continuidade do cuidado, com planos de cuidados baseados em teorias de enfermagem. O desenvolvimento da equipe, programas que garantam a qualidade da assistência e planos de cuidados descritos e atualizados para os pacientes são de fundamental importância para o alcance de melhores resultados (GASPARINO et al., 2019).

Quando questionados sobre os itens dessa subescala (Tabela 5), os profissionais atribuíram nota 1,6 para o item “a designação de pacientes para promoção do cuidado”, revelando uma fragmentação da assistência. A escala de trabalho na organização favorece a descontinuidade do cuidado, uma vez que, a cada plantão, é designado um novo paciente para o acompanhamento do profissional. Assim, os enfermeiros e os técnicos/auxiliares enxergavam a falta de designação como um elemento desfavorável ao ambiente de prática.

Tabela 5 – Fundamentos de enfermagem para a qualidade do cuidado

	Enfermeiros n=33		Técnicos/Auxiliares de Enfermagem n=35		Equipe de Enfermagem n=68	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada	2,4	0,8	2,6	0,7	2,5	0,7
Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado	2,0	0,8	2,0	1,0	2,0	0,9
Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes	3,6	0,6	3,4	0,8	3,5	0,7
Programa ativo de garantia da qualidade	2,2	0,9	2,2	0,7	2,2	0,8
Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem	2,4	0,9	2,6	0,8	2,5	0,8
Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes	3,7	0,8	3,7	0,5	3,7	0,5
A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado	1,6	0,8	1,7	1,0	1,6	0,9
Média	2,6		2,6		2,6	

Fonte: Dados da pesquisa

Quando o atendimento não é fragmentado, exige uma grande habilidade de coordenação por parte do enfermeiro, para que alterações de um turno para outro não determinem a descontinuidade da assistência. Quando assume continuamente seus pacientes, a equipe de enfermagem tem uma significativa oportunidade de identificar problemas e propor planos assistenciais mais individualizados e uma assistência mais efetiva e humanizada. Além disso, a continuidade do cuidado permite um panorama mais preciso da evolução do paciente, avaliação do plano de cuidados pelo agente prescritor e intervenções mais assertivas. Gama e Godinho (2020) defendem que a assistência não fragmentada traz satisfação para clientes e para os profissionais de enfermagem; estabelece vínculos e responsabilização; e o cuidado é prestado de forma individualizada e humanizada.

Os profissionais atribuíram nota inferior a 2,5 ao programa ativo de garantia da

qualidade, considerando este item desfavorável ao ambiente de prática. O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) e o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali), criados em 2018, com o objetivo de promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde no âmbito dos hospitais universitários que compõem a rede, foi implantado na organização estudada em 2020. Dados o contexto da pandemia de COVID-19 e a necessidade de reestruturação emergencial dos processos, o programa ficou adormecido e a Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) só começou a ser aplicada no fim do primeiro semestre de 2022 (EBSERH, 2022).

Tendo a segurança do paciente como eixo direcionador, o programa desenvolve os seguintes objetivos estratégicos: melhorar o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e da gestão hospitalar eficiente; empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da rede; e gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo a continuidade das atividades na rede. Os hospitais da rede Ebserh passam por Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis), que é uma atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, conforme o Plano de Avaliação Interna da Qualidade, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade, visando à melhoria contínua do desempenho. É realizada também uma Avaliação Externa da Qualidade, desenvolvida por uma equipe pré-determinada de avaliadores externos, ou seja, que não atuam no hospital avaliado, que busca reconhecer formalmente o alcance dos padrões estabelecidos no Manual de Requisitos do PGQuali, para possível concessão do SEQuali (EBSERH, 2022).

A avaliação negativa do programa de qualidade pode ser reflexo de uma implantação verticalizada e distante de quem operacionaliza as ações de cuidado. A AVAQualis iniciada em 2022 envolveu as chefias e coordenações, mas não agregou os profissionais da ponta e, talvez por isso, seus impactos fossem pouco percebidos ou percebidos de maneira desfavorável.

Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado também foi um item com baixa pontuação, tanto entre os enfermeiros, quanto pelos técnicos/auxiliares de enfermagem. Isso pode ser reflexo de uma inconstância na condução dos processos de enfermagem evidenciada pela ausência de uma teoria de enfermagem sólida que permeie todos as etapas do processo de enfermagem. Ao mesmo tempo, a equipe reconheceu a qualidade técnica dos enfermeiros (média 3,5), gerando um clima de segurança,

empoderamento, fortalecimento de vínculos, para o bomdesempenho da assistência.

Ao considerar o relevante papel da equipe de enfermagem na linha de enfrentamento à COVID-19, foi necessário um olhar crítico para a assistência de enfermagem dentro da rede de atenção à saúde, em consonância com constructos conceituais que concedam uma base teórico-científica para sua prática assistencial. As teorias de enfermagem surgiram com o intuito de seu fortalecimento como ciência, no sentido de nortear a prática assistencial, a gerência, docência e pesquisa nessa área. Por meio da sua utilização, a equipe de enfermagem é instrumentalizada para um cuidado sistematizado, crítico, reflexivo, humanizado, ético e holístico, contemplando aspectos biopsicossociais do indivíduo, família e comunidade, de modo a legitimar a integralidade, universalidade e equidade propostas pelo SUS (ALMEIDA, 2020).

Ao assistir uma pessoa que precisa de um cuidado, seja ele direto ou indireto, a utilização das teorias de enfermagem deve propiciar fortes indícios quanto aos resultados dos cuidados de enfermagem. O emprego de um referencial de enfermagem permite ao enfermeiro concepções que direcionam e fundamentam sua prática, para identificar necessidades específicas de cada pessoa, família ou comunidade, com abordagem holística do paciente. Nesse sentido, torna-se necessário o uso das teorias de enfermagem que fundamentem o cuidado, sendo mais efetiva e condizente com a sua prática profissional (SAMPAIO, DOMINGUEZ E RIVEMALES, 2021).

A terceira subescala, **“Habilidade, liderança e suporte dos coordenadores/supervisores de enfermagem aos enfermeiros/equipe de enfermagem”** (Tabela 6), enfoca o papel crítico do enfermeiro gerente e ilustra as formas pelas quais os administradores e gerentes podem apoiar os enfermeiros e suas equipes, seja na mediação de conflitos com médicos, na ocasião de erros cometidos pelos enfermeiros e sua equipe, e na forma como são dadas as tratativas, ou no elogio e reconhecimento por um trabalho bem-feito.

Tabela 6 – Habilidade da gestão, liderança e suporte aos enfermeiros

	Enfermeiros n=33		Técnicos/Auxiliares de Enfermagem n=35		Equipe de Enfermagem n=68	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Uma equipe de gerente/coordenador que dá suporte à enfermagem	3,2	0,8	3,1	0,8	3,1	0,8

Os gerentes/coordenador/supervisor utilizam erro como oportunidade de aprendizado	3,0	1,0	3,1	0,8	3,0	0,9
O RT/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	3,0	0,9	3,1	0,8	3,1	0,8
Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito	2,3	0,8	2,5	0,7	2,4	0,7
O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, mesmo que conflitem com as do médico	3,3	0,8	3,1	0,8	3,2	0,8
Média	3,0		3,0		3,0	

Fonte: Dados da pesquisa

A equipe de enfermagem se sentia amparada pelo responsável técnico imediato e pela diretoria de enfermagem, mas sentia falta de reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito. A avaliação crítica e construtiva da gestão sobre a atuação da equipe poderá contribuir para maior engajamento nas ações cotidianas, melhores resultados no trabalho e maior satisfação profissional.

O papel do gestor é fundamental na vida do trabalhador, suas atribuições devem ir além da fiscalização da atividade laboral (GOMES, 2019), visto que o gestor imprime sua marca no trabalho que desenvolve (FERNANDES et al., 2019). Portanto, é essencial que os gestores valorizem o trabalho dos profissionais sob sua gestão, pois, como resultados agregados, tem-se a motivação e o sentimento de importância, os quais os profissionais compreendem que são peças fundamentais para o processo de trabalho da organização (GOMES, 2019; WEICAMP et al., 2016).

A valorização e o reconhecimento são interligados, pois ambos estão relacionados ao trabalho. No entanto, a valorização cabe ao mérito e à competência, enquanto o reconhecimento se relaciona às atividades desempenhadas cotidianamente (PIMENTEL, 2020). A valorização do trabalho, portanto, é vista como maneira de enobrecer o ser humano, proporcionando-lhe um papel de agente ativo no processo de transformação social (STURZA; MARQUES, 2017). Percebe-se que o sentimento de valorização no trabalho é uma forma de incentivar o indivíduo a ser criativo e utilizar habilidades e competências na intenção de qualificar e melhorar o ambiente de trabalho (GOMES, 2019). Quando motivado, o trabalhador, conseqüentemente, aumenta sua produtividade, o que colabora para que se sinta respeitado e integrante ativo da organização na qual está inserido (BEYER; SOLER, 2019).

Desse modo, reconhecer o desenvolvimento do trabalho funciona como um estímulo para os profissionais de enfermagem, promovendo a motivação para o seu fazer, refletindo-se na forma como desempenham o cuidado. Além disso, o sentimento de realização profissional

e a satisfação no trabalho corroboram para que os indivíduos se fortaleçam profissionalmente (PIMENTEL, 2020).

A quarta subescala, “**Adequação da equipe e de recursos**”, descreve a necessidade de adequação de pessoal e de recursos de apoio para prestar assistência de qualidade ao paciente, com duas características marcantes para que a assistência possa ser fornecida ao paciente com qualidade, relacionadas ao tempo que os enfermeiros precisam passar com seus pacientes e à disponibilidade de discutir problemas do cuidado com outros enfermeiros.

Os participantes da pesquisa avaliaram positivamente o quantitativo de pessoal de enfermagem e julgaram adequado para o desenvolvimento do trabalho (Tabela 7). No entanto, apontaram que não tinham tempo para discutir com os membros da equipe questões relacionadas aos pacientes. Essa falta de tempo pode ser resultado de uma intensificação do trabalho, evidenciada pela percepção de não ter serviços de apoio adequados que permitam à equipe dedicar tempo aos pacientes. A inadequação dos serviços de apoio pode estar relacionada às dificuldades financeiras enfrentadas pelas organizações, mas também à desvalorização do trabalho dos profissionais de enfermagem (YANARICO et al., 2020).

O ambiente de trabalho é influenciado pelas características que permeiam seu processo, e podem interferir na qualidade da saúde do trabalhador, quando se trabalha sob condições de trabalho perigosas e insalubres, com falta de material e de equipamentos de segurança, infraestrutura inadequada, relações interpessoais no trabalho conflituosas, falta de valorização e reconhecimento do trabalhador (ABRAMO, 2019).

Tabela 7 – Adequação de recursos humanos e materiais

	Enfermeiros n=33		Técnicos/Auxiliares de Enfermagem n=35		Equipe de Enfermagem n=68	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes	1,9	0,9	2,0	1,0	1,9	0,9
Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermagem os problemas relacionados ao paciente	2,2	0,7	2,5	0,7	2,4	0,7
Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar cuidado de qualidade	3,0	0,6	2,8	0,6	2,9	0,6
Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho	3,0	0,7	2,8	0,7	2,9	0,7

Média	2,5	2,5	2,5
--------------	------------	------------	------------

A quinta e menor subescala caracteriza as relações de trabalho positivas entre médicos e enfermeiros, na perspectiva de um trabalho mais coletivo e integrado, particularmente, em unidades de cuidados críticos. Muitas vezes, a burocratização exacerbada dos processos ou fluxos mal definidos atravancam a dinâmica do serviço de enfermagem, aumentando o tempo despendido no cuidado e intensificando o trabalho.

Estudo, também realizado em unidades de terapia intensiva, aponta a boa relação entremédico e enfermeiro como uma das práticas mais favoráveis ao ambiente de trabalho (MAURÍCIO et al., 2017). No estudo de Azevedo Filho, Rodrigues e Cimiotti (2018), a variável relações colegiais entre profissionais de enfermagem e médicos, que historicamente tem sido descrita como conflituosa e competitiva, foi a única variável do ambiente de trabalho com avaliação positiva, sugerindo que os profissionais atuavam em colaboração. Azevedo e colaboradores (2018) defendem que equipes assistenciais colaborativas (enfermagem- medicina) aumentam a segurança do paciente, a qualidade do cuidado, além de melhorar a dedicação dos profissionais de enfermagem.

Tabela 8- Relação colegiais entre médicos e enfermeiros

	Enfermeiros n=33		Técnicos/Auxiliares de Enfermagem n=35		Equipe de Enfermagem n=68	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações	3,2	0,5	3,2	0,5	3,2	0,5
A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe	3,0	0,7	3,1	0,4	3,1	0,6
Colaboração conjunta entre as equipes médica e de enfermagem	3,0	0,7	2,9	0,6	3,0	0,6

Frente a estes resultados, defendemos que o ambiente de prática de enfermagem exerce grande influência sobre a capacidade, desempenho e o engajamento dos profissionais para com a prestação dos cuidados. Ambientes desfavoráveis para a prática têm sido associados a piores resultados assistenciais, tais como aumento da mortalidade, elevação das taxas de infecção e diminuição da satisfação entre pacientes e familiares (YANARICO et al., 2020; COSTA; YANG, MANOJLOVICH, 2017). É importante que os gestores se empenhem em manter um ambiente de trabalho favorável à prática profissional da enfermagem, pois melhorias no ambiente colaboram para resultados positivos, tanto para os pacientes (melhoria na segurança), como para os profissionais

(diminuição do *burnout* e intenção de deixar o emprego) (YANARICO et al., 2020).

5 CONCLUSÃO

O ambiente de prática profissional de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva avaliadas foi classificado como misto, sendo avaliado com condições favoráveis ao exercício da enfermagem. Porém, a participação e envolvimento dos enfermeiros na discussão dos assuntos hospitalares e a adequação da equipe e de recursos para prestar assistência com qualidade requerem atenção e melhorias.

Os resultados da pesquisa sugerem, então, dois aspectos prioritários para a atenção dos gestores: (1) Escuta sensível e interessada dos problemas e demandas da equipe de enfermagem; (2) Adequação dos serviços de apoio que permita à equipe de enfermagem dedicar tempo aos pacientes.

É imprescindível olhar para ações que melhorem as condições laborais em relação ao tempo e oportunidade que os gestores dão para a equipe de enfermagem participar da discussão de assuntos e decisões hospitalares. É necessário, ainda, pensar na adequação dos serviços de apoio que são, por essência, imprescindíveis para a proposição terapêutica e o plano de cuidados, revisando processos e fluxos, de modo a facilitar a assistência de enfermagem e diminuir a intensificação do trabalho.

Apesar de o domínio 2, “Fundamentos de enfermagem voltados para qualidade do cuidado”, ter sido apontado como favorável, destacamos a necessidade de remodelação do método de trabalho e fortalecimento da filosofia de enfermagem que embasa o processo de cuidado na organização, de modo que o plano de cuidados proposto de um turno para outro não determine a descontinuidade da assistência.

Sugerimos incremento nas ações de desenvolvimento ativo da equipe de enfermagem e de oportunidade de aperfeiçoamento profissional, como forma de desenvolver uma cultura de reconhecimento do trabalho desses profissionais. Incentivos para a participação em eventos e congressos, cursos para desenvolvimento na carreira, participação em comissões e comitês da rede, bem como um programa de bonificação podem ser estratégias que ajudem a aumentar a satisfação e a percepção do reconhecimento profissional.

Além disso, entendemos ser fundamental estimular os aspectos avaliados positivamente que contribuem para um ambiente de prática favorável. Assim, indicamos encorajar as relações colegiais entre a equipe médica e a equipe de enfermagem, expandindo para os demais profissionais da equipe de saúde. Considerando a UTI como

um ambiente estressor e crítico, uma equipe de saúde coesa e harmônica é um indicador importante para um cuidado seguro e eficaz.

A liderança de enfermagem das unidades é percebida como forte, efetiva e visível pelos profissionais, como fatores preponderantes em nível organizacional, para que o ambiente de prática de enfermagem seja favorável, com implicações positivas na qualidade dos cuidados prestados por este grupo profissional. Portanto, estimular as relações cordiais da equipe de enfermagem com os supervisores imediatos pode facilitar a comunicação, a identificação de problemas e a implementação de ações para solução.

Destacamos que o fato de a coleta de dados ter sido realizada após o período pandêmico pode ter influenciado nas respostas dos itens relacionados à equipe, em virtude de autoestima elevada por terem conseguido superar a pandemia, mesmo após as dificuldades a que foram expostos. Reconhecemos como limitação do estudo o tamanho da amostra, que incluiu enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem das UTIs de um hospital universitário na Bahia e, como tal, nossos achados podem não ser generalizáveis para outros cenários. No entanto, nossos resultados apontam divergências com outros estudos na análise global, mas é similar quando analisados as subescalas e itens separadamente.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Laís. **O futuro do trabalho—os desafios do século XXI para a saúde dos trabalhadores**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 17, p. 3- 5, 2019.

Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acsa/article/view/15915/12359>.

Acesso em: 20 de janeiro de 2023.

AIKEN LH, PATRICIAN PA. **Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index**. Nursing Research. 2000 May-Jun;49(3):146-53. DOI: 10.1097/00006199-200005000-00006.

AIKEN, L.H. et al. **Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States**. BMJ, v. 344, p. 1717–1717, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

AIKEN, LH et al. **The Magnet Nursing Services Recognition Program: A comparison of two groups of Magnet Hospitals**. Journal Nursing Adm, 2015.

ALMEIDA, I.J.S et al. **Coronavirus pandemic in light of nursing theories**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>

ALMEIDA, S. et al. **RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index**. Aquichan, 20(3), e2038. DOI:10.5294/aqui.2020.20.3.8.

ARAÚJO, T. R. et al. **Financial impact of nursing professionals staff required in an Intensive Care Unit**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 24, 2016.

AMERICAN nurses credentialing center [Internet], cited 2021, Oct,16. Available from: <https://www.nursingworld.org>

AMIB. **Associação de medicina intensiva brasileira**. Disponível em: <https://www.amib.org.br/#> Acesso em 04/01/2023.

ANUNCIADA, S. e LUCAS P. **Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa**. New Trends in Qualitative Research, 8, 145–154, 2021. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>

AZEVEDO FILHO, F.M et al. **Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva**. Acta Paul Enferm. São Paulo, v.31, n.2, p.217-223, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800031>

BALSANELLI, A.P e CUNHA, I.C.K.O. **The work environment in public and private intensive care units**. Acta Paul Enferm, 2013.

BALSANELLI, A.P e CUNHA, I.C.K.O. **Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2015. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0150.2531>

BENITES, PA e FAIMAN, CJS. **A saúde dos profissionais que atuam em Unidades**

de Terapia Intensiva: uma revisão sistemática. Saúde Ética e Justica, 2022. Vol 27, p37-50.

BEYER, A.L e SOLER, R.D.V. **O capital humano nas organizações:** uma revisão bibliográfica. Revista Cippus, 2019.

BRITO, L.M.R. **Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva,** 2010. 77f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFBA, 2010. Disponível em <http://www.repositorio.ufba.br>. Acesso em 05/11/2022.

CAMPONOGARA S, et al. **Ambiente de prática profissional dos enfermeiros em hospitais universitários brasileiros:** estudo transversal multicêntrico. Acta Paul Enferm. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0333345>

CARDOSO S.B et al. **Transformações da ambiência de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica na perspectiva dos enfermeiros.** REME, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.40562

CRESWELL J. W. **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e mistos- 3 ed. Porto Alegre, 2010.

COSTA DK et al. **The critical care nurse work environment, physician staffing, and risk for ventilator-associated pneumonia.** American Journal Infect Control. 2017;44(10):1181-3.

COETZEE SK et al. **A tale of two systems - Nursing practice environment, well-being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa:** a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2013; 50(2):162- 73.

COFEN. **Perfil da enfermagem no Brasil:** relatório final: Brasil. Rio de Janeiro. Cofen/Fiocruz, 2017.

CONZ CA, et al. **Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients.** Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20210194. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0194>.

DANNO, C.H, BOHOMOL, E, GASPARINO, R.C. **Ambiente de prática dos enfermeiros antes e durante a pandemia de COVID-19.** Acta Paul Enferm. 2022.

DORIGAN G.H e GUIRARDELLO E.B. **Ambiente da prática, satisfação e clima de insegurança: percepção dos enfermeiros.** Acta Paul Enferm. 2017.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). **Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade** – 2ª edição, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-ainformacao/acoes-e-programas/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade>. Acesso em: 23 nov 2022.

FERNANDES, Bruno César Gomes. **Práticas de gerenciamento de enfermeiros em serviços de atenção primária em saúde.** 2019. 69 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2019.

FERNANDEZ R, et al. **A systemtic review of nurses' experiences of working in acute carehospital settings during a respiratory pandemic.** Int JNurs Stud,2020.

FIOCRUZ/COFEN. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** Brasília: FIOCRUZ/COFEN,2017. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>. Acessoem 10 jan 2023.

GAMA,B.M.B.M e GODINHO, M.R. **Administração da Assistência de Enfermagem.**Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.

GASPARINO RC, GUIRARDELLO E. **Validation of the Practice Environment Scale tothe Brazilian culture.** Journal Nursing Managment.2017; DOI:10.1111/jonm.12475

GASPARINO RC, GUIRARDELLO E. **Translation and cross-cultural adaptation of theNursing Work Index-** Revised into Brazilian Portuguese. Acta Paul Enferm.2018. DOI:10.1590/S0103-21002009000300007.

GASPARINO, RC et al. **Validation of the Practice Environment Scale among nursingtechnicians anda ides.** Acta Paul Enferm.2020 <https://doi.o> Acta Paul Enferm.2020 <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0178-y>.

GASPARINO, RC. **Adaptação cultural e validação do Practice Environment Scale para acultura brasileira.** 2015. 150 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Enfermagem,Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

GEREMIA, D.S et al. **Pandemia covid-2019:** Formação e atuação da enfermagem para osistema único de saúde. Enfermagem em Foco, 2020.

GEIGER B J. & LIPSCOMB, J. **The Health Care Work Environment and Adverse Healthand Safety Consequences for Nurses.** Annual Review of Nursing Research, 28 (1), pp. 191- 231. DOI:10.1891/0739- 6686.28.19.

GUIRARDELLO, E.B. **Impact of critical care environment on burnout, perceived qualityof care and safety attitude of the nursing team.** Rev. Latino-Americana. Enfermagem 2017;25:e2884 DOI: 10.1590/1518-8345.1472.2884

GOMES, A.K. **A importância do reconhecimento profissional para a motivação dos colaboradores.** Revista Humanae, On-line, v. 1, n. 13, p.1-23, 2019. Disponível em: <http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/628>. Acesso em: 20 defevereiro 2022.

HAVAEI, F et al. **Nurses Workplace Conditions Impacting Their Mental Health duringCOVID-19:** A Cross-Sectional Surve Study. Healthcare 2021. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010084>.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A; BONATELLI, L.C.S; CARVALHO, A.C. **Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos:** olhar da complexidade sobre pandemia daCOVID-19. Texto & Contexto Enfermagem,2020, v. 29: e20200132 ISSN 1980-265X.

JHA AK et al. **Research Priority Setting Working Group of the WHO World**

Alliance for Patient Safety. Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care. 2010.

KELLY D, Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. **The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections.** Am J Crit Care. 2013;22(6):482-8.

KELLY D,M et al. **Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults.** Crit Care Med, 2014.v. 42, n. 5, p. 1089-95.

KRAMER M, HAFNER LP. **Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity.** Nursing Research.1989.

LAKE ET. **Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index.** Res Nurs Health. 2002;25(3):176-88.

LAKE, E. T. et al. **A MetaAnalysis of the Associations between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes.** Medical Care, 2019. DOI:10.1097/MLR.0000000000001109.

LASCHINGER HK et al. **Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics: making the link.** JONA. 2003;

LOPES, RP et al. **Professional practice environment and nursing work stress in neonatal units.** Revista da Escola de Enfermagem USP, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-220X>.

MACIEL, KRL et al. **Análise das características intervenientes do ambiente de prática do enfermeiro no espaço do hospital.** Research, Society and Development, 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11.33411>

MAGALHÃES, A.M.M et al. **Ambiente da prática profissional da equipe de enfermagem em unidades de internação de hospital universitário.** Rev Gaúcha Enferm. 2020;41. DOI:<https://doi.org/10.1590/1983>

MANOJLOVICH, M. **Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to inform the future.** Online Journal of Issues in Nursing, 2017.

MARINS, T.V.O *et al.* **Enfermeiro na linha de frente ao COVID-19: A experiência da realidade vivenciada.** Research, Society and Development, v. 9, n. 8, e710986471, 2020.

MAURICIO LFS et al. **Professional nursing practice in critical units: assessment of work environment characteristics.** Rev. Latino Enfermagem. 2017. <https://doi.org/10.1590/1518835.1424.2854>

MATTOS, J.C.O.M, et al. **Liderança coaching dos enfermeiros relacionada com ambiente da prática profissional na atenção primária à saúde.** Texto Contexto Enferm. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0332pt>

MAZIERO, E.Z.S et al. **Association between nursing work conditions and adverse events in neonatal and pediatric Intensive Care Units.** Revista Escola Enferm USP.

2020;54:e03623. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019017203623>

MEDEIROS, E.A. **Health professionals fight against COVID-19**. Acta Paul Enferm, 2020.

MERINO, M.F.G.L et al. **Nursing theories in professional training and practice: perception of postgraduate nursing students**. Rev. Reme, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>

MINTZBERG, H. **Managing: Desvendando o dia a dia da gestão**. Bookman, companhiaeditora. 2010. 304 p.

MOLLER,G et al. **Nursing Practice environment in intensive care unit and professionalburnout**. Rev Esc Enferm USP, 2021. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-220X>.

MOREDA, K.F et al. **Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: vivências de enfermeiros**. Revista Enfermagem Atual In Derme, v.87, 2019.

NERY VD et al. **Professional nursing environment from students' perspective in COVID-19**. Acta Paul Enferm.2022 <http://dx.doi.org/1037689/acta-ape/2022AO00122>

OLUDEYI,O.S. **A review of literature on work environment and work commitment: implication for future research in citadels of learning**. Journal of HRM, v. 18, n. 2, p. 32-46,2015.

OLIVEIRA et al. **Ambiente de trabalho e acreditação: análise pelo método misto explanatório sequencial**. Escola Anna Nery, 2018.<https://doi.org/10.1590/1982-01942016000008>

PANUTO, M. R.,e GUIRARDELLO, E. de B. **Ambiente da prática profissional e exaustãoemocional entre enfermeiros de terapia intensiva** . Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2013. 21(3), 765-772. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300016>

PAULINO,GME et al. **Satisfação Profissional e ambiente de trabalho da equipe de enfermagemem unidades de Terapia Intensiva**. Revista Mineira Enferm, 2019. DOI:10.5935/1415-2762.20190119

PARISI, TCH e MELLEIRO, MM. **Magnet Recognition Program: An Integrative Literature Review**. Revista Baiana de Enfermagem, 2016.

PAPASTAVROU, E et al. **A seven country comparison of nurses perceptions of their professional**. Journal of Nursing Management, 20, pp. 236–248, 2012. DOI:10.1111/j.1365-2834.2011.01289.x

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

PIMENTEL ,F.E. **Valorização, Reconhecimento e Satisfação no Trabalho do Enfermeirona Atenção Primária à Saúde**. Dissertação Mestrado. Faculdade de

Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POVEDANO-JIMENEZ, M; GRANADOS-GAMEZ,G; GARCIA-CARO,M.P. **Fatores do ambiente de trabalho no enfrentamento da morte de pacientes entre enfermeiros espanhóis: uma pesquisa transversal.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2020; DOI: 10.1590/1518-8345.3279.3234

RACHE, B, et al. **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à covid-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar.** Nota OLIVEIRA EM et al. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. Revista Brasileira Enferm, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/00347167-2016-0211>

RÉA NETO, A, et al. **Monitorização em UTI.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004.392p

RIBOLDI, C.O et al. **Environment of the professional Nursing practice in latin american countries: a scooping review.** Online Brazilian Journal of nurses, 2021. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216473>

RODRIGUEZ, M.A.J et al. **Covid-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil.** Travel Med Infect Dis, 2020.

SAMPAIO, D.C, DOMINGUEZ, R.G.S, RIVEMALES, M.C.C. **Teorias de Enfermagem e sua articulação com a prática: Relato de experiência.** Brazilian Journal of Development, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n11-383

SANT'ANNA et al. **Governança Corporativa no Hospital Universitário Professor Edgard Santos no enfrentamento da COVID-19.** IN: Santos, JLG. Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Editora Aben, 2022. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c09>

SANTOS, J.L et al. **Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?** Acta Paul Enferm, 2020.

SANTOS, J.L.G e ERDMANN, A.L. **Governança da prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos.** 2015.

SANTOS, J.L.G.D et al. **Ambiente de trabalho do enfermeiro em unidades de clínica médica e cirúrgica.** Revista de Enfermagem UFSM, 2023. <http://doi.org/10.5902/2179769229506.2018>

SILVA, E.M.K. **Principais tipos de pesquisa clínica.** IN: ATALALAH, A.N; CASTRO, A.A (Ed.) Medicina baseada em evidências: fundamentos da pesquisa clínica. São Paulo: Lemos-Editorial, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3a01.pdf>. Acesso em: 11/10/2022.

SCHULTZ, C.C *et al.* **Resiliência da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar com ênfase na pandemia COVID-19.** Research, Society and Development, v. 9, n. 11, e539119466, 2020.

STURZA, J.M; MARQUES, A.D. **Consolidação da dignidade do homem: apontamentos sob a perspectiva dos direitos sociais.** Direito, Estado e Sociedade, on-line, n.50, p. 109- 125, 2017. Disponível em: <http://direitoestadosociedade.jur.pucrio.br/media/artigo%205.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2023.

VAN BOGAERT, P. et al. **Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care:** a mixed method study. BMC Nursing, London, v. 16, n.1, 2017.

VAN BOGAERT P et al. **Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care:** model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. Front Psychol. 2014; 1261(5):1-11

YANARICO DMI. et al. **Classification and evaluation of the environment of the professional nursing practice in a teaching hospital.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3376. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4339.3376>.

WANG,H, WANG,S, YU,K. **Covid-19 infection epidemic:** the medical management strategies in Hellongjiang Province, China, Crit. Care,2020.

WEYCAMP, J.M. et al. **Educação permanente em saúde na atenção básica:** percepções dos profissionais de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM, on-line, v.6, n.2, p. 282-289, 2016

APÊNDICE A – *Practice Environment Scale* - Versão Brasileira

Por favor, indique para cada item nesta seção, até que ponto você concorda que ele está presente em seu trabalho atual. Indique o quanto você concorda, fazendo um círculo em volta do número apropriado.

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes.	1	2	3	4
2	Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3	Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4
4	Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4
5	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4
6	Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4
7	Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4
8	Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4
9	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
10	Equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho.	1	2	3	4
11	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4
12	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4
13	Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4
14	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4

15	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4
16	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4
17	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4
18	Programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4
19	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como[,] por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4
20	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	2	3	4
21	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém-contratados.	1	2	3	4
22	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4
23	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4
24	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado. (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4