



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem

CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS - CONTRIBUTOS PARA
A QUALIDADE
DISSERTAÇÃO

Ana Isabel Miranda Soares

Porto | 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS - CONTRIBUTOS PARA A
QUALIDADE**

CONCEPTIONS OF SPECIALIST NURSES - CONTRIBUTIONS TO QUALITY

DISSERTAÇÃO

Dissertação orientada pela
Prof.^a Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
e coorientada pela
Doutoranda Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro

Ana Isabel Miranda Soares

Porto | 2017

*"Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito"*

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, por todo o seu apoio, estímulo e orientação na realização deste trabalho;

À Doutoranda Olga Maria Ribeiro, pela sua colaboração, disponibilidade e dedicação em todos os momentos;

À minha família, pela compreensão e apoio incondicional demonstrado;

Aos enfermeiros, amigos e colegas, pelo seu contributo especial para a concretização deste estudo.

LISTA DE SIGLAS

APCER - Associação Portuguesa de Certificação

C.A. - Conselho de Administração

CE - Conselho de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

E - Entrevista

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

E.P.E - Entidades Públicas Empresariais

ICN - *International Council of Nurses*

ISO - *International Standards Organization*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCD - Sistema de Classificação de Doentes

RESUMO

A qualidade é hoje uma dimensão incontornável na saúde, que pretende satisfazer as necessidades dos clientes. A Enfermagem, sendo uma profissão na área da saúde, visa a melhoria da qualidade, progredindo para isso, para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a conquista de cuidados de enfermagem de excelência.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, tentando promover a qualidade dos mesmos, encontrando-se numa posição privilegiada que lhe permite, face às conceções de cuidados que defende, ser agente de mudança. As conceções teóricas e os princípios científicos representam elementos fundamentais na determinação do campo específico e disciplina de enfermagem, sublinhando o mandato social da profissão.

Sendo assim, objetivamos compreender o processo de conceção de cuidados desenvolvido pelos enfermeiros especialistas e analisar os seus suportes teóricos.

Face à natureza dos objetivos e ao estado da arte, consideramos ser oportuno desenvolver um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, possibilitando o método da entrevista a recolha dos dados. A investigação foi conduzida em 17 Centros Hospitalares E.P.E, com uma amostragem intencional, visto terem sido selecionados os participantes a partir do parecer do enfermeiro diretor de cada instituição.

As conceções que emergiram ao longo da investigação inserem-se na lógica da tríade de avaliação da qualidade de Donabedian e convergem maioritariamente para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado e readaptação funcional.

A identificação destas conceções constitui um contributo importante para a Gestão em Enfermagem, na medida em que representam um subsídio fundamental para monitorizar o exercício profissional dos enfermeiros especialistas em contexto hospitalar.

Palavras-chave: Conceções; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Enfermeiros Especialistas.

ABSTRACT

Nowadays, quality is an inescapable dimension in health and care, which aims to meet customer needs. Nursing, as a profession of health, search for improving in quality, progressing for more stringent levels of specific knowledge of the profession, which are compatible with the achievement of excellent nursing care.

In the field of care management, the specialist nurse adapts resources to care needs, trying to promote its quality, being in a privileged position that allows him/her to, given the conceptions of care that keeps, be an agent of change. The theoretical concepts and scientific principles represent fundamental elements in determining the specific field and discipline of nursing, emphasizing the social command of the profession.

Thus, we aim to understand the process of conception of care developed by the specialist nurses and to analyze their theoretical supports to provide care.

Given the nature of the objectives and the state of the literature, we consider appropriate to develop a qualitative, descriptive and exploratory study, enabling the interview as the method of data collection. The study was conducted in 17 hospital centers E.P.E, with an intentional sampling, once the participants were selected from the judgment of the nurse director about which specialist is better to represent that organization.

The conceptions that emerged throughout the investigation fit on logic of the triad of quality evaluation of Donabedian and converge, mainly, to obtain health gains sensitive to nursing care: customer satisfaction, prevention of complications, wellness and self-care and functional rehabilitation.

The identification of these conceptions is an important contribution to the Nursing Management, since they represent a fundamental resource for monitoring the professional practice of specialist nurses in a hospital setting.

Key words: Conceptions; Quality nursing care; Specialist Nurses.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA.....	23
1.1 Conceções de Enfermagem.....	23
1.2 Qualidade em Saúde	25
1.2.1 Avaliação da qualidade	29
1.3 As Conceções e o Desenvolvimento de Qualidade em Saúde	30
2 INICAR AS CONCEÇÕES PELA VOZ DOS ESPECIALISTAS - TRABALHO DE CAMPO.....	33
2.1 Desenho do Estudo	34
2.1.1 População e Amostra	35
2.1.2 Instrumento de Recolha de Dados.....	36
2.2 Procedimentos desenvolvidos	37
2.2.1 Procedimentos de Recolha de Dados	37
2.2.2 Procedimentos Éticos.....	38
2.3 Metodologia de Análise dos Dados.....	40
3 DOS CONTEXTOS DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES.....	43
3.1 Centros Hospitalares E.P.E.....	43
3.2 Participantes	44
4 A VOZ DOS ESPECIALISTAS.....	49
4.1 Contributos de Estrutura	49
4.2 Desenvolvimento do Processo.....	71
4.3 Avaliação de Resultados	94
5 SOBRE AS CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS.....	107
6 CONCLUSÕES.....	113
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	133
ANEXO I.....	134
ANEXO II.....	137
ANEXO III.....	140

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama do desenho da investigação	34
FIGURA 2: Categorias e subcategorias associadas à Estrutura	70
FIGURA 3: Categorias e subcategorias associados ao Processo	93
FIGURA 4: Categorias e subcategorias de Resultado	106
FIGURA 5: Interpretação do fenómeno em estudo	112

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos participantes pelo género	44
TABELA 2: Distribuição dos participantes pela idade	45
TABELA 3: Distribuição dos participantes por área de especialidade	45
TABELA 4: Distribuição dos participantes por tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na área de especialidade	46
TABELA 5: Distribuição dos participantes por formação específica nos padrões de qualidade ..	46
TABELA 6: Achados das entrevistas relativamente aos suportes teóricos para a prática	51
TABELA 7: Achados das entrevistas relativamente à organização dos cuidados de enfermagem	56
TABELA 8: Achados das entrevistas relativamente aos conceitos de enfermagem	61
TABELA 9: Conceitos de enfermagem inerentes à prática clínica dos enfermeiros especialistas	62
TABELA 10: Achados das entrevistas relativamente aos conceitos organizacionais	64
TABELA 11: Achados das entrevistas relativamente à tomada de decisão	72
TABELA 12: Achados das entrevistas relativamente à conceção de cuidados	75
TABELA 13: Achados das entrevistas relativamente à participação da família/convivente significativo	80
TABELA 14: Achados das entrevistas relativamente à promoção da saúde	82
TABELA 15: Achados das entrevistas relativamente à relação multidisciplinar	85
TABELA 16: Achados das entrevistas relativamente à satisfação do cliente	94
TABELA 17: Achados das entrevistas relativamente à prevenção de complicações	97
TABELA 18: Achados das entrevistas relativamente ao bem-estar e autocuidado	98
TABELA 19: Achados das entrevistas relativamente à readaptação funcional	101
TABELA 20: Achados das entrevistas relativamente ao reconhecimento de alterações necessárias no domicílio	103

INTRODUÇÃO

A temática da qualidade apresenta-se como uma proposição transversal a todas as organizações. A procura da qualidade tornou-se, com a evolução das sociedades, uma prioridade para todas as organizações, e da mesma forma, para as organizações de saúde.

Na determinação do domínio específico da prática e disciplina de enfermagem, os princípios científicos e as conceções teóricas revestem-se de elementos vitais, salientando o mandato social da profissão.

A indefinição de uma conceção de cuidados pode manifestar-se um sério impedimento para o desempenho de uma prática de qualidade. Se não existir uma visão partilhada, suficientemente explícita, sobre a representação prática da profissão, verifica-se que cada enfermeiro acaba por se concentrar em diferentes direções. Consecutivamente, a atuação dos enfermeiros poderá não estar a responder de acordo com as necessidades dos clientes e a imagem da profissão poderá sofrer uma mudança social.

Assim, é através dos modelos conceituais que os enfermeiros desenvolvem o hábito de refletir sobre a sua prestação de cuidados. Os modelos conceituais devem ser encarados como um meio para nos interrogarmos, tendo sempre como finalidade a criação de uma identidade, fonte de satisfação profissional que se refletirá na qualidade dos cuidados prestados (Fernandes, 2007b, p.30).

De acordo com a literatura, são vários os modelos de avaliação da qualidade. O Modelo de Excelência *European Foundation for Quality Management (EFQM)* revela-se uma referência, em termos de qualidade quer a nível da definição, implementação e performance das organizações, na Gestão da Qualidade Total.

A este respeito, as *International Standards Organization Norms (ISO 9001)* representam um exemplar para a introdução de Sistemas de Gestão da Qualidade, com o objetivo de assegurar a devolução de resultados que satisfaçam os requisitos do cliente, bem como a prevenção de complicações e a cultura da melhoria contínua.

A compreensão do desenvolvimento da qualidade em saúde é frequentemente sustentada no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003) que, por sua vez se alicerça em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultado.

Independentemente da controvérsia vivida no meio científico a respeito do modelo mais adequado para a avaliação da qualidade, o quadro concetual mais popularmente aplicado para avaliar a qualidade da assistência em saúde continua a ser o proposto por Donabedian. A sua recomendação e contemporaneidade são realçadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 2009). Assim sendo, ficamos sensíveis à existência de diversos modelos, no entanto depreendemos que o modelo de Donabedian constitui um caminho que nos pode servir de referencial na análise deste fenómeno.

Donabedian (2003) entende qualidade em saúde como a aquisição do melhor benefício, com o menor risco para o cliente. Este benefício é determinado em função do atingível consoante os recursos disponíveis e os valores existentes.

A Enfermagem, sendo uma profissão na área da saúde, pretende o desenvolvimento da melhoria da qualidade, progredindo para isso, para níveis mais rigorosos do conhecimento específico da profissão, compatíveis com a conquista de cuidados de enfermagem de excelência.

Os enfermeiros constituem a categoria profissional mais extensamente distribuída a nível mundial, assumindo os mais variados papéis, funções e responsabilidades (ICN, 2010). O papel profissional remete-se a um grupo de conceitos que predizem como os enfermeiros exercem a sua ação e uma variedade de condutas expectáveis em determinadas circunstâncias.

O estudo das teorias que fundamentam a prática revela-se um caminho para a melhoria do nível de exigência relativamente ao processo de cuidar. Para além disso, o confronto das conceções alternativas e científicas proporciona a adoção de conceitos, para níveis cada vez mais elevados, contribuindo para um cuidar embasado nesses conhecimentos.

A enfermagem foi desenvolvendo teorias suscetíveis de serem assimiladas por múltiplas perspetivas, permitindo olhar sob diferentes ângulos um mesmo problema, favorecendo a promoção do debate, o qual funciona como fator impulsionador da construção do conhecimento da disciplina. Da mesma forma, o conceito de qualidade manifesta-se numa variedade de perspetivas, baseadas na subjetividade de cada pessoa sobre algo que vivenciou.

Os modelos concetuais e as teorias permitem aos enfermeiros a adoção de mecanismos, que possibilitam a comunicação das suas conceções profissionais, servindo de fundamentação para as suas práticas, promovendo um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem.

Posto isto, o recurso a teorias de enfermagem para orientar a prática contribui para uma prestação de cuidados mais eficaz, fornecendo uma vasta base de conhecimentos que facilitam uma melhor interpretação das situações complexas de saúde dos clientes e a implementação do plano de enfermagem no sentido de conseguir mudanças positivas no estado de saúde desses clientes.

A OE tem trabalhado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente através da definição dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” divulgados em 2001, representando um referencial que regula e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal. A concetualização deste referencial baseia-se na pessoa enquanto ser individual “com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”, que é influenciada pelos diversos contextos em que vive e se desenvolve, que compõem o ambiente. Assente neste pressuposto, os padrões de qualidade reproduzem seis enunciados descritivos – a satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros equivalem a um instrumento basilar para clarificar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos demais profissionais e das políticas.

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como uma disciplina do conhecimento autónoma, com um domínio próprio de intervenção, cujo foco de cuidados não incide apenas na doença em si, mas na resposta humana aos problemas de saúde. Através do desenvolvimento de estudos e pesquisas, a profissão de enfermagem tem caminhado para a construção de um corpo teórico próprio que a projeta como ciência.

Nos dias de hoje, a classe profissional de enfermagem é considerada uma comunidade científica da maior relevância para o sistema de saúde, que desenvolve atividades autónomas e interdependentes, no seio de uma equipa multidisciplinar.

No contexto multidisciplinar, as intervenções autónomas de enfermagem encontram-se contidas numa mescla de intervenções que requerem o bem-estar do cliente. Todavia, a contribuição global das intervenções autónomas permite obter ganhos que evidenciam a necessidade de se investir nesta área. Os responsáveis pelo estatuto da profissão têm desenvolvido esforços neste sentido e, é cada vez mais perceptível a procura da construção de áreas de especialização em enfermagem pela sua pertinência social e científica, como forma de providenciar e garantir qualidade nos cuidados de enfermagem.

A qualidade em saúde agrega valores e princípios como a centralidade no cliente, inovação e aplicação da melhor evidência, pelo que é pertinente analisar os conceitos que os enfermeiros defendem nas suas práticas, como forma de averiguar a existência de um conjunto de convicções comuns, que retratem o grau de compromisso existente no investimento para um cuidar munido de qualidade.

Para além disso, tendo em conta a subjetividade pertencente ao conceito de qualidade, tal poderá traduzir-se em diferentes modos de procurar obter qualidade. Estes diferentes posicionamentos adotados por cada grupo profissional devem, por isso, ser explorados no sentido de detetar quais as conceções e estratégias subjacentes e o seu impacto no atendimento.

Portanto, dado que a filosofia da melhoria contínua da qualidade implica repensar conceitos, atitudes e metodologias de trabalho, mas também o desenvolvimento de uma consciência profissional de todos os atores envolvidos nos processos, importa compreender o papel desempenhado pelos enfermeiros especialistas, enquanto grupo profissional interveniente neste processo.

Definindo qualidade como a “adequação dos serviços à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes” (Mezomo, 2001 p. 111), é relevante conhecer quais os contributos das conceções dos enfermeiros especialistas para uma prestação de cuidados com qualidade, capaz de corresponder às expectativas de seus utentes.

Sendo os enfermeiros especialistas profissionais que progrediram na categoria profissional e igualmente nas suas responsabilidades e competências, colocam-se numa posição que os torna habilitados a reafirmar o seu papel na qualidade assistencial. O enfermeiro especialista pode, assim, afirmar-se como elemento chave na conceção e gestão dos cuidados de maior complexidade. Neste seguimento, tomamos por alvo da nossa investigação este grupo de profissionais e a sua concetualização de cuidados.

Face ao desafio da aproximação constante à qualidade, os enfermeiros reconhecem que esta resulta da articulação de uma multiplicidade de esforços e saberes. Assim, “a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2002 p. 39).

A problemática da qualidade, em particular na enfermagem, ressalta uma ideia substancial – a qualidade exige quantificação, caso contrário torna-se apenas algo impalpável, sem demandas concretas. Por essa razão, a Ordem dos Enfermeiros propôs, após a publicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, manifestando o interesse dos enfermeiros em procurar indicadores que suscitem qualidade no seu exercício profissional, reforçando o seu contributo para os ganhos em saúde dos portugueses.

No presente relatório pretendemos expressar a forma como incorporamos a investigação, passando pela sustentação teórica a reflexão metodológica e os resultados do trabalho de campo. No intuito de cumprir os objetivos propostos, foi explorado o estado da arte com revisão da literatura, tendo presente um pensamento crítico e reflexivo, tornando possível a elaboração da presente dissertação.

Para a apresentação do estudo, esta dissertação encontra-se distribuída por seis capítulos. Inicialmente apresentamos o quadro concetual onde será abordado um enquadramento sobre a justificação do estudo. No segundo capítulo explanamos a metodologia da investigação, abarcando o desenho de estudo, meio do estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos metodológicos e éticos. No terceiro capítulo, caracterizamos o contexto onde se desenvolve. Seguir-se-á nos próximos capítulos, quarto e quinto, a apresentação e discussão dos resultados, seguidos da conclusão, sexto capítulo, onde descrevemos as respetivas implicações do estudo para a prática de enfermagem.

1 ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Para o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros é prioritário o desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde e os enfermeiros assumem um papel essencial na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados. Em contextos de melhoria da qualidade é, geralmente, reconhecida a importância do fator liderança, desempenhada pelo enfermeiro (Fradique, 2013). Pesquisas recentes confirmam a ênfase no desempenho desta função para o alcance de modelos de excelência, especialmente tendo em conta a conceção de cuidados do enfermeiro (Hausman, 2009).

O atendimento das necessidades e das expectativas dos clientes nos serviços de saúde, de maneira eficaz e eficiente passou a ser requisito indispensável na busca da valorização das organizações (Polizer, et al., 2006). Assim, o sistema de saúde em Portugal tem enfrentado um novo desafio – a demanda pela gestão da qualidade dos serviços.

1.1 Conceções de Enfermagem

Um desafio proeminente para a enfermagem moderna passa pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a indivíduos e a grupos de comunidade, bem como pela promoção do reconhecimento enquanto disciplina profissional autónoma (Coelho, et al., 2011). Para tal, torna-se necessário a produção e a consolidação do conhecimento.

Uma forma de conhecimento que pode ser de grande utilidade para os enfermeiros é a teoria de enfermagem, na medida em que permite planejar e implementar intervenções de enfermagem que atendem às necessidades dos seus clientes. O trabalho científico envolvido no desenvolvimento de teorias é tal que, uma vez identificado que uma determinada teoria é pertinente para uma ciência tal como a enfermagem, esta disponibiliza a fundamentação sobre o como e porquê de os enfermeiros realizarem determinadas intervenções (Schaurich, et al., 2010).

O conhecimento máximo necessário para interpretar situações clínicas e efetuar avaliações clínicas são a essência do atendimento de enfermagem e a base para o progresso da prática e o desenvolvimento da ciência de enfermagem. Os enfermeiros progridem profissionalmente ao tornarem-se familiarizados com a teoria de enfermagem e ao identificarem

caminhos para a aplicação da teoria na sua prática. Assim, teorias bem desenvolvidas podem se tornar uma importante base para os enfermeiros melhorarem a abordagem do cuidado aos clientes (Mendes, et al., 2003).

Toda a ciência tem um domínio que é a visão da disciplina. O domínio contém os conceitos centrais, os valores e o fenómeno de interesse. O domínio de enfermagem é a identificação das necessidades de cuidado do cliente nos mais variados contextos de cuidados. Como o domínio de uma ciência pode conter inúmeras variáveis, torna-se necessário um modelo para a compreensão conceitual. Deste modo, aquando da procura da autonomia da profissão foram estabelecidos modelos teóricos de enfermagem, no sentido de desenvolver um corpo de conhecimentos específico da profissão (Nogueira, 2010).

Os modelos teóricos vêm facultar conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, explicação e controlo dos fenómenos, sendo possível ao enfermeiro explicar o que faz e porque o faz, reivindicando a sua autonomia. A existência de diversos modelos teóricos de enfermagem denuncia um esforço da teorização sobre a prática, sistematizando a assistência dos enfermeiros através da utilização de um referencial teórico na construção de metodologias que estruturam o processo de enfermagem (Neves, 2006).

O modelo de Enfermagem é “um conjunto de conceitos sistematicamente construído, cientificamente fundamentado e logicamente relacionado que identifique os componentes essenciais da prática de enfermagem, junto às bases teóricas destes conceitos e dos valores necessários para a sua utilização por quem a pratique...” (Fernandes, 2007b, p.29).

Os modelos conceituais dão-nos indicações muito explícitas sobre os conceitos que caracterizam a enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e enfermagem), assim como as relações que se estabelecem entre eles. A pessoa representa aquele que recebe o cuidado de enfermagem, podendo incluir os clientes, as suas famílias e a comunidade. A saúde é a meta do atendimento de enfermagem, representando um estado de bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e enfermeiro. O ambiente engloba todas as circunstâncias que afetam o cliente. A enfermagem é a ciência e a arte da disciplina.

Podemos, assim, afirmar que pensar a conceção de cuidados é estruturar o pensamento em torno destes quatro conceitos que constituem o cuidado: a pessoa que necessita de cuidados, o ambiente que a rodeia, as crenças de saúde e doença por que se rege e o cuidado de enfermagem que precisa (Fernandes, 2007a). Este mesmo autor refere ainda que, “a forma como os enfermeiros pensam os cuidados é determinante na qualidade da sua prática” (p. 67).

Kérouac *et al.* (1994, cit. por Silva, 2006) apresentam os diferentes modelos de cuidados organizados em seis escolas - a escola das necessidades (Virginia Henderson, Dorothea Orem, Faye Abdellah); a escola da interação (Hildegard Peplau; Imogene King, Ida Orlando, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Ernestine Wiedenbach, Joyer Travelsec); a escola dos efeitos desejados (Callista Roy; Betty Neuman, Lídia Hall, Dorothy Johnson, Myra Levine); a escola de promoção da saúde (Moyra Allen); a escola do ser humano unitário (Martha Rogers, Rosemarie Parse, Margareth Newman) e a escola de *Caring* (Jean Watson, Madeleine Leininger).

Os modelos conceituais que preconizam a escola das necessidades visam os cuidados de enfermagem que têm como propósito o restabelecimento da autonomia da pessoa nos seus autocuidados. Relativamente à escola da interação, valoriza-se aqui o relacionamento entre a pessoa e enfermeiro, sendo que este último deve possuir conhecimentos para avaliar as suas necessidades, efetuando um diagnóstico de enfermagem e planeando as intervenções. No que concerne à escola dos efeitos desejados, tem como finalidade dos cuidados, a adaptação do indivíduo e uma estabilidade dinâmica do sistema, permitindo qualidade de vida. A escola de promoção da saúde pretende a promoção e a continuidade da saúde, assim como o apoio da família no seu processo de aprendizagem. A escola do ser humanitário tenciona facilitar que as pessoas conquistem o máximo de bem-estar, tendo em conta o potencial de saúde de cada um. A escola de *Caring* procura que os cuidados de enfermagem ajudem as pessoas a encontrar significado para a sua existência, promovam a autoestima e a autodeterminação relativamente à sua saúde, doença e tratamento (Watson, 2002). Porém, independentemente das diferenças das várias propostas, todos os modelos são influenciados pelo humanismo e holismo, focando a sua atenção nas necessidades individuais do cliente.

1.2 Qualidade em Saúde

A definição de qualidade em saúde tem sido alvo de algumas discordâncias devido às mudanças nas políticas de saúde e nas perceções individuais sobre o que é a qualidade, não sendo um conceito homogêneo, mas multivalente (Serapioni, 2009). Assim, tendo em conta a OMS (2003), a qualidade pode ser percecionada como uma característica de algo que possui um elevado nível de excelência. Neste sentido, é de destacar o Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020 que adota a definição de qualidade como “(...) prestação de cuidados

de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (DGS, p.16).

Para Donabedian (2003), a qualidade em saúde imprime-se em três dimensões: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na resolução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que diz respeito à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que inclui as condições facultadas ao cliente em termos de bem-estar. A adoção de sistemas de melhoria contínua da qualidade espelha-se na melhoria dos cuidados prestados, revelando-se, por conseguinte, uma ação prioritária.

Entende-se que os cuidados de saúde de qualidade potencializam a satisfação dos intervenientes em todas as fases do processo de assistência. Por conseguinte, a satisfação do cliente atua como um indicador de qualidade, na medida em que espelha as suas perceções no que concerne ao nível das características do processo de que foi alvo e ainda sobre a proximidade das suas expectativas com os resultados obtidos (Olivério de Paiva, et al., 2008).

Tal indicador é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros, como sendo uma das categorias dos enunciados descritivos da qualidade nos cuidados de enfermagem, justificando que “na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, tendo em consideração aspetos importantes nesse processo, nomeadamente “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente, a procura constante da empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados, o envolvimento dos convenientes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde” (OE, 2002, p. 14).

De acordo com a OE (2002), “qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local” (p. 6). Neste contexto, as associações profissionais da área da saúde têm um desempenho importante para a criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões para cada um dos domínios específicos que caracterizam cada profissão envolvida.

Por conseguinte, e de acordo com o estatuto da OE é da competência do CE estabelecer padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes padrões representam indicadores dos cuidados de enfermagem baseados na evidência, constituindo um eixo estrutural relevante para a melhoria contínua da qualidade do exercício do profissional de enfermagem.

Neste sentido, os enunciados descritivos elaborados pela OE permitem ajudar as unidades de cuidados a maximizar a qualidade de cuidados no exercício profissional, através da sua uniformização. Estes procuram incentivar os enfermeiros a desenvolver um pensamento reflexivo e a encontrar novos métodos de fazer e fazer melhor com os recursos disponíveis, demonstrando assim o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos clientes.

Os enunciados descritivos pretendem traduzir a procura da excelência profissional dos enfermeiros, quando mencionam que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (p. 14). Para isso, é necessária “a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade, a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados” (p. 14); “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”. Para a sua concretização, o enfermeiro deve realizar “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados, o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde, a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro e a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega” (p. 15); “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/comtempla as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (p. 16).

Para tal, o enfermeiro precisa de proceder à “identificação, tão rápida possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”, deve realizar “a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados”, recorrendo “ao rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem,

deve referenciar “as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde”, exercendo “a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro”, devendo responsabilizar-se “pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega”(p. 17); “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”. Para isso, o enfermeiro deve assegurar “a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem”, deve cumprir “o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde”, recorrendo ao “máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade”, deve otimizar “as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o régimen terapêutico prescrito” e deve implementar “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (p. 17).

Os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem são utilizados como instrumento que facilita o controlo da qualidade e a identificação de oportunidades de melhoria. Denser (2003) afirma que os indicadores alertam e mostram se existe desvio de uma situação esperada, funcionando como um importante sinal para que o processo seja reavaliado, impedindo, dessa forma, a instalação do problema.

O compromisso pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados estabelece-se enquanto obrigação legal, tendo várias implicações, nomeadamente a nível da prestação de cuidados gerais, dos cuidados especializados e a nível da gestão. Sob esta ótica, surge o enunciado descritivo sobre a organização dos cuidados de enfermagem, que menciona “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (p. 18), sendo elementos importantes, neste contexto “a existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional, o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do

desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade” (p. 18).

Desta forma, é esperado dos profissionais e gestores a disponibilidade para o trabalho em equipas multiprofissionais, bem como a partilha de conhecimentos que contribuam para a aquisição dos saberes que lhes permitam responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através do planeamento e da concretização de ações que buscam essa melhoria (Escoval, 2003).

1.2.1 Avaliação da qualidade

Após uma pesquisa alargada, vários foram os estudos encontrados na área da avaliação da qualidade. O Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) constitui uma referência, em termos de qualidade quer a nível da definição, implementação e performance das organizações, na Gestão da Qualidade Total (António, *et al.*, 2007). Neste modelo, estão formalizados nove critérios de excelência: liderança, pessoas, processos, política e estratégia, parcerias e recursos, resultados dos clientes, resultados das pessoas, resultados da sociedade e resultados de desempenho (Eggl, *et al.*, 2003).

A este respeito, as *International Standards Organization Norms* (ISO 9001) representam uma referência para a introdução de Sistemas de Gestão da Qualidade, com o objetivo de assegurar a devolução de resultados que satisfaçam os requisitos do cliente, bem como a prevenção de complicações e a cultura da melhoria contínua. Aqui, estão estabelecidas oito dimensões da gestão da qualidade: liderança, clientes, pessoas, gestão, processos, análise e fornecedores (APCER, 2003).

Por sua vez, Hurst (2005) distingue o SERVQUAL enquanto instrumento criado por Parasuraman *et al.*, para avaliar a qualidade da assistência em termos do que é esperado pelo usuário e a interpretação que este faz do desempenho. A sua operacionalização assenta em cinco pilares: confiança, tangibilidade, conformidade, empatia e garantia.

Já Eggl *et al.* (2003) apresentam um modelo para a qualidade dos hospitais fundamentado em quatro atributos: clientes, atividades, recursos e efeitos. Tal modelo encontra-se categorizado em seis níveis, no sentido de mensurar a evolução dos sistemas de gestão da qualidade. Estes autores acrescentam que os modelos concetuais da atualidade

utilizados em contexto hospitalar possuem deficiências, a nível da terminologia e da complexidade.

Donabedian (2003) criou um modelo de avaliação da qualidade estabelecido em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultado. Todavia, no entender de Egli *et al.* (2003), este modelo possui deficiências concetuais, pelo que comparam o seu modelo com o de Donabedian, onde substituem o componente estrutura por recursos, o processo por atividades e o resultado por efeitos, adicionando um novo elemento ao modelo, o cliente. Contudo, admitem que muitos são os gestores hospitalares que recorrem ao quadro concetual de Donabedian para a avaliação dos serviços de saúde.

Independentemente da controvérsia vivida no meio científico a respeito do modelo mais adequado para a avaliação da qualidade, o quadro concetual mais popularmente aplicado para avaliar a qualidade da assistência em saúde continua a ser o proposto por Donabedian. Para este autor, a qualidade trata-se de “uma propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis” (Mezomo, 2001 p. 73). A qualidade não constitui um atributo abstrato, mas é detentora de atributos comuns, baseando-se em princípios de efetividades, eficiência, eficácia, aceitabilidade, otimização, legitimidade e equidade (Maia, et al., 2011).

Face ao explanado, ficamos sensíveis à existência de diversos modelos, no entanto depreendemos que o modelo de Donabedian constitui um caminho que nos pode servir de referencial na análise deste fenómeno.

1.3 As Conceções e o Desenvolvimento de Qualidade em Saúde

Os princípios científicos e as conceções teóricas revestem-se de elementos vitais na determinação do domínio específico da prática e disciplina de enfermagem, salientando o mandato social da profissão.

Sendo um dos atributos da equipa de enfermagem permanecer vinte e quatro horas ao lado do cliente e sua família, organizar a assistência prestada e ser o canal de comunicação entre as equipas multiprofissionais, verifica-se que a imagem da organização está profundamente atrelada à da equipa de enfermagem. Sob esta ótica, a enfermagem constitui um pilar do trabalho em qualidade em parceria com a organização.

A vida das organizações está sobrecarregada de valores implícitos ou explícitos que lhes dão sustentação e balizam as condutas. Os valores compartilhados numa organização abrangem

dois grandes grupos – o dos valores finais e operativos. Os valores finais estão afiliados à visão e à missão organizacionais, enquanto os operativos estão relacionados com as formas de pensar e de atuar, a partir dos quais a organização pretende integrar as suas tensões internas, de forma a alcançar a sua visão e missão. Os dois grupos devem estar em consenso, sendo isso que atribui coesão à organização (Marinho, et al., 2011).

As unidades de saúde, enquanto organizações, ao realizarem a gestão adequada de valores e da sua missão de cuidar contribuem decisivamente para uma atenção à saúde com boa qualidade e para a promoção da independência dos seus clientes. Assim, a incorporação de determinados valores ao trabalho intensifica a dedicação das equipas, o seu entusiasmo e persistência. Quando são amplamente aceites, os valores conduzem à precisão da comunicação, aumento da integridade no processo da tomada de decisão e à melhoria da qualidade (Zoboli, et al., 2006).

A melhoria da qualidade em saúde fundamenta-se nas “... actividades realizadas para aumentar o valor oferecido ao cliente, através da melhoria da eficácia e da eficiência dos processos e actividades em todo o ciclo da qualidade” (Mezomo, 2001). Nesta visão, a tónica é colocada na prestação do melhor serviço através dos menores custos associados.

É da competência das instituições de saúde adaptar recursos, criar estruturas que favoreçam um exercício profissional de qualidade e estender esforços no sentido de desenvolver condições benéficas para o desenvolvimento dos profissionais. Nesta perspetiva, os seus modelos de gestão organizacional devem assentar em pressupostos que definam a cultura do serviço, capazes de guiar a conduta dos profissionais, divulgar-lhes conhecimento acerca da missão, visão e valores preconizados e informação, pretendendo o envolvimento de todos, dedicação, profissionalismo e rigor no desempenho e, ainda a partilha dos resultados e atribuição de prémios de produtividade, de acordo com o desempenho de boas práticas.

Neste seguimento e de acordo com Leprohon (2002), só se consegue uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional por meio de uma atualização constante dos conhecimentos e competências de enfermagem, podendo-se afirmar que o enfermeiro capaz de integrar a melhor evidência disponível na sua prática individual demonstra ter uma conceção de cuidados bem delineada.

Fernandes (2007a) indica que a indefinição de uma conceção de cuidados pode manifestar-se um sério impedimento para o desempenho de uma prática de qualidade. Se não existir uma visão partilhada, suficientemente explícita, sobre a representação prática da

profissão no seio das equipas multidisciplinares de saúde, verifica-se que cada enfermeiro acaba por se concentrar em diferentes direções. Consecutivamente, a atuação dos enfermeiros poderá não estar a responder de acordo com as necessidades dos clientes e a imagem da profissão poderá sofrer uma mudança social, pois na ausência de uma conceção de cuidados de enfermagem moldada à situação torna-se complicado implementar um padrão de cuidados de excelência. Para além disso, como não comprovam os resultados da aplicação desta ou daquela conceção de cuidados, poderá ser uma das razões da sua desvalorização enquanto disciplina autónoma, na medida em que não demonstram dentro da equipa de saúde o seu saber disciplinar, nem o seu papel significativo.

Assim sendo, é através dos modelos concetuais que os enfermeiros desenvolvem o hábito de refletir sobre a sua prática (Fernandes, 2007b). Os modelos concetuais não podem ser encarados como um fim em si mesmo, mas como um meio para nos interrogarmos, tendo sempre como finalidade a criação de uma identidade, fonte de satisfação profissional que se refletirá na qualidade dos cuidados prestados (Fernandes, 2007b, p.30). No entender de Fernandes (2007a), o saber usar uma conceção de cuidados torna-se uma mais-valia do profissional enfermeiro, uma meta para a excelência, que sendo alcançada se converte num bem para toda a comunidade que usufrui dessa prática.

2 INGAGAR AS CONCEÇÕES PELA VOZ DOS ESPECIALISTAS - TRABALHO DE CAMPO

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), especialista é o enfermeiro com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”, que se traduzem num conjunto de competências especializadas relativas a uma área de intervenção.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, envolvendo dimensões no âmbito da educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento e liderança, de tal modo que seja possível avançar e melhorar a prática da enfermagem. No domínio da gestão dos cuidados, este adequa os recursos às necessidades de cuidados, tentando promover a qualidade dos mesmos. Assim, o enfermeiro especialista encontra-se numa posição privilegiada que lhe permite, tendo em conta as suas concepções de cuidados, ser agente de mudança, organizando a prestação de cuidados e incentivando o trabalho coletivo para atingir um nível de qualidade adequado, capaz de servir as necessidades de saúde dos clientes (Peres, et al., 2013). Inquietados com as concepções dos enfermeiros especialistas sobre planejar, organizar e gerir os cuidados de saúde, considerando que têm competências acrescidas para o fazer, levou-nos a considerar este um caminho de pesquisa com o objetivo conhecer as concepções dos enfermeiros especialistas sobre planeamento, organização e gestão no contexto hospitalar.

Sob esta ótica, este estudo tem como objetivos específicos: compreender o processo de conceção de cuidados desenvolvido pelos enfermeiros especialistas e analisar os suportes teóricos dos cuidados emergentes nos discursos dos enfermeiros.

De acordo com estes objetivos, foram elaboradas as questões de investigação:

- Como expressam os enfermeiros especialistas o conhecimento específico de enfermagem?
- Será que os enfermeiros especialistas alicerçam as suas praticas nos conceitos que sustentam a profissão?
- Como expressam os enfermeiros especialistas os suportes teóricos de enfermagem?

Estas questões conduziram a fase seguinte da elaboração de um plano de trabalho que compreende toda a panóplia de atividades a concretizar para a realização do processo de investigação.

2.1 Desenho do Estudo

O desenho de estudo trata-se do plano lógico elaborado pelo investigador de forma a obter respostas que sejam válidas para as questões de investigação colocadas. Para além disso, o desenho tem por objetivo controlar potenciais fontes de enviesamento, capazes de interferirem nos resultados da investigação (Fortin, 2009).

Desta forma, elaboramos um diagrama (figura 1), onde procuramos incluir a sequência de etapas que representam o desenvolver do processo de investigação.

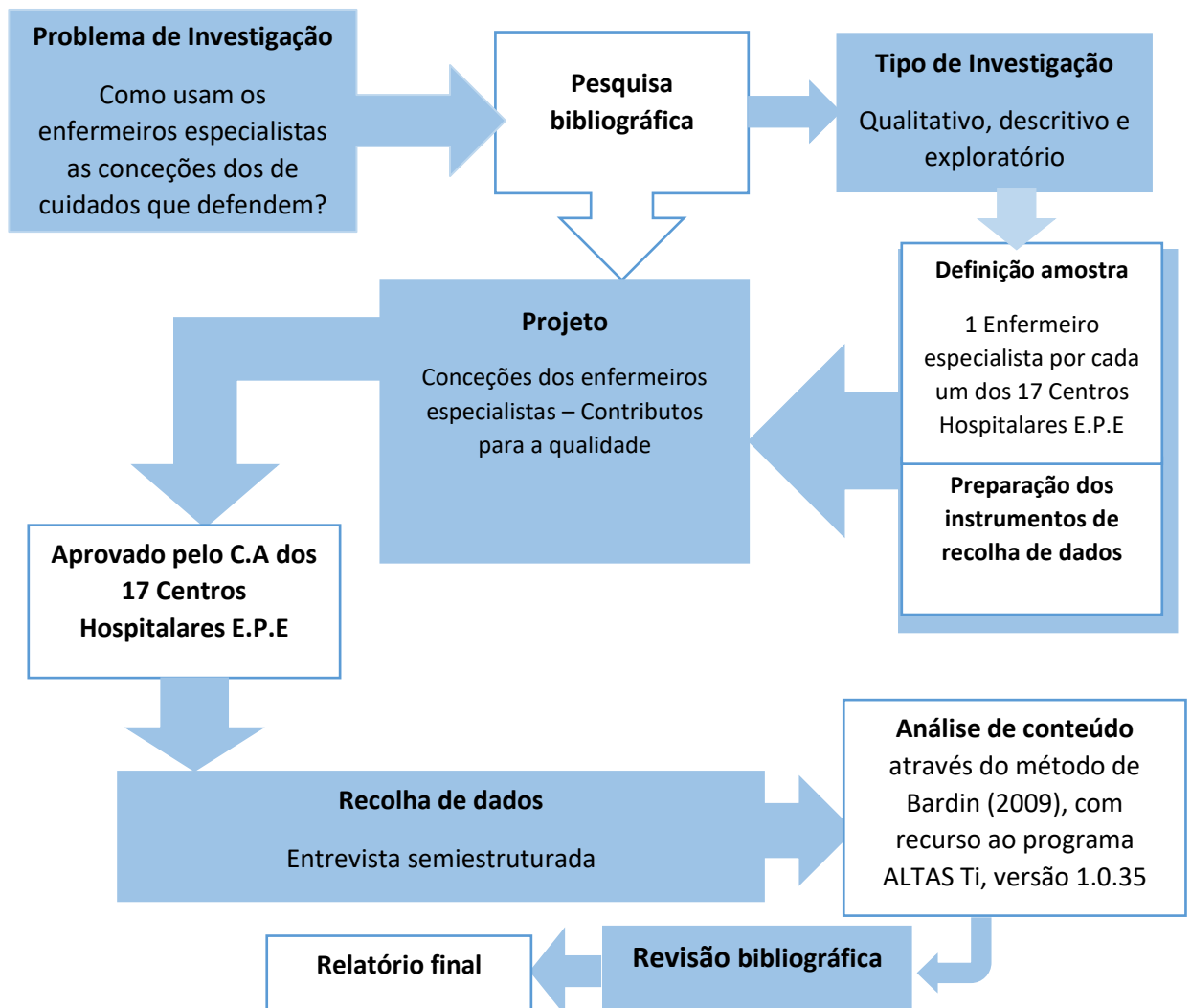


Figura 1: Diagrama do desenho da investigação

A escolha do método de estudo caracteriza-se pela definição do paradigma e da estratégia a aplicar para concetualizar a temática (Fortin, 2009). Tendo em conta os objetivos e o estado da arte consideramos ser conveniente desenvolver um estudo qualitativo, descritivo e exploratório visto que a sua finalidade é observar, descrever e desvendar como os fenómenos se manifestam, de forma a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população (Fortin, 2009), e de natureza fenomenográfica, uma vez que pretende analisar vários aspetos do mundo que nos rodeia, como são vivenciados, concetualizados, compreendidos e apreendidos (Ashworth & Lucas, 1998).

Assim sendo, a metodologia qualitativa é aquela que melhor se adapta ao presente estudo, uma vez que este método se concentra no estudo da experiência humana sobre a saúde, permitindo uma compreensão mais ampla sobre os comportamentos humanos complexos (Baldaçara, 2013).

De acordo com Fortin (2003 p. 132), os estudos realizados fora dos laboratórios são estudos em meio natural. Sendo assim, o meio onde se desenvolveu a investigação decorreu em meio natural, uma vez que as entrevistas decorreram em 17 Centros Hospitalares EPE de Portugal, ou seja, “(...) fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios”.

De fato, o meio natural tratar-se-ia da fonte mais oportuna para o desenvolvimento desta investigação, uma vez que pretendemos observar os participantes no seu contexto de prestação de cuidados, permitindo uma maior aproximação da realidade quotidiana.

2.1.1 *População e Amostra*

Para Fortin (2003), uma população é um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por uma coleção de critérios. A população alvo é composta pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente. Contudo, a população alvo raramente é acessível na sua totalidade, tornando-se, portanto, necessário definir a população acessível. Esta deve ser representativa da população alvo, sendo por isso formada pela fração da população alvo que é acessível ao investigador.

Deste modo, para a realização do presente estudo, a população alvo a selecionar teve de responder ao critério de inclusão: “ser enfermeiro especialista em exercício de funções há mais de 6 meses” e aos critérios de exclusão: “estar a exercer nos serviços de neonatologia, pediatria, obstetrícia, ginecologia, psiquiatria, bloco operatório e consultas externas”, uma vez

que representam contextos da prática de enfermagem que apresentam características específicas inviáveis de contemplar na investigação a que nos propusemos.

O critério de inclusão de estar em exercício de funções há mais de 6 meses enquanto enfermeiro especialista foi deliberado por entendermos que este período regista aos profissionais capacidades para se exprimirem com mais segurança relativamente ao fenómeno de estudo.

Para seleccionar os participantes, optamos por um método de amostragem não probabilístico, tratando-se de um procedimento de seleção, onde cada elemento da população escolhida não tem probabilidade igual de ser selecionado para criar a amostra (Fortin, 2009) e intencional, pois foram selecionados os participantes a partir do parecer do enfermeiro diretor de cada instituição sobre o especialista que ajuíza ser melhor para representar essa instituição.

Consideramos oportuno recorrer a um método de amostragem não probabilístico, visto tratar-se de uma população homogénea, composta exclusivamente por enfermeiros especialistas, em que não pretendemos a generalização dos dados, mas compreender o fenómeno em estudo e que relevância os enfermeiros especialistas lhe concedem para a qualidade dos cuidados prestados. O método de amostragem intencional foi considerado o mais pertinente, visto que desejaríamos eleger os participantes, tendo em conta traços característicos, que ajudariam a perceber a problemática em estudo (Fonseca, *et al.*, 2012).

2.1.2 *Instrumento de Recolha de Dados*

Nas Ciências sociais e humanas, destacam-se como instrumentos mais utilizados para a recolha de dados os questionários, as notas de campo, a observação e as entrevistas, entre outros. Tendo em conta os objetivos desta investigação recorreremos à entrevista para realizar a colheita dos dados.

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, servindo de método exploratório para examinar conceitos e relações entre variáveis, constituindo o principal instrumento da investigação qualitativa. Para além disso, esta técnica de recolha de dados tem como vantagem apresentar um certo grau de profundidade nos dados recolhidos, sendo este um aspeto a considerar aquando da escolha do instrumento a adotar para uma investigação (Quivy & Campenhoudt, 2008).

De entre os diferentes tipos de entrevistas, optamos pela entrevista semiestruturada, pois esta técnica permite que o investigador que detém uma lista de temas a cobrir, formule

questões a partir desses temas e os apresente ao participante segundo uma ordem que lhe convém, tendo como objetivo garantir que, no fim da entrevista, todos os temas tenham sido cobertos. No decorrer da entrevista semiestruturada é papel do investigador motivar os participantes a expressar livremente as suas respostas, atingindo um grau máximo de autenticidade (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Perante isto, elaboramos um guião de entrevista (ANEXO I) que apresenta as grandes linhas dos temas a explorar, sendo constituído por questões abertas que surgem da revisão bibliográfica, dos objetivos e das questões de investigação previamente elaboradas. O guião da entrevista foi constituído por dois grupos. No primeiro grupo é caracterizado o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, sendo identificado o género, a idade, o estado civil, condição em que exerce a profissão e tempo de exercício profissional, grau académico e/ou outra formação e, por fim se tiveram formação específica referente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, se sim, o número de horas de formação que frequentou. No segundo grupo efetuamos as oito questões abertas, atendendo à informação que pretendíamos recolher.

2.2 Procedimentos desenvolvidos

A aplicação das opções metodológicas nem sempre ocorre isenta de dificuldades. A começar pelo cumprimento do desenho estabelecido, o acesso aos participantes, enfermeiros especialistas, existem variados tópicos que carecem de reflexão, particularmente os direitos humanos e conteúdos éticos envolvidos (Fortin, 2009). Posto isto, sequencialmente, preferimos os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos éticos.

2.2.1 Procedimentos de Recolha de Dados

Após recebermos a autorização formal do Conselho de Administração do primeiro Centro Hospitalar E.P.E, iniciamos a recolha de informação. Durante este período fomos obtendo, simultaneamente, a aprovação das restantes autorizações. À medida que era confirmado o consentimento em determinada unidade hospitalar, íamos avançando, sucessivamente, para a respetiva instituição concordante com a investigação.

Atendendo à intencionalidade da amostra, o participante de cada uma das instituições hospitalares foi referenciado pelo Enfermeiro Diretor da própria instituição. Assim sendo, foi combinado com cada um dos participantes em conformidade com a disponibilidade dos mesmos, o momento para a concretização da entrevista.

A apresentação do investigador e da sua investigação foram os primeiros aspetos abordados na entrevista, logo após procedeu-se ao esclarecimento do participante sobre eventuais dúvidas. As entrevistas decorreram segundo a escolha dos informantes, tendo-se maioritariamente designado o gabinete do enfermeiro chefe para o efeito, por se tratar de um espaço tranquilo e cómodo. Respeitando Streubert e Carpenter (2002), que entendem que as entrevistas devem processar-se num ambiente confortável, isento de interrupções e perturbações exteriores, pareceu-nos conveniente a seleção do referido local.

Conscientes de que a etapa de recolha de dados deve estar embasada de rigor, de tal modo que, sejam mantidos os mesmos métodos na colheita de informações para cada entrevistado, esforçamo-nos por neutralizar potenciais influências externas, cujos efeitos porventura pudessem interferir na recolha de dados.

Concebemos que seria conveniente não definir um tempo limite para a extensão das entrevistas, na medida em que a sua duração seria resultado do interesse e da disponibilidade demonstrada acerca da pertinência da temática. O tempo médio de cada entrevista foi de cinquenta e cinco minutos, variando entre os vinte e nove minutos e os oitenta e oito minutos. Para assegurar a qualidade das entrevistas e evitar a perda do fio condutor do planeado, mantivemos sempre presente o objetivo de fazer emergir o máximo de informação que satisfizesse as exigências relativas à problemática em estudo. Este é um procedimento importante a estimar, pois a flexibilidade intrínseca à entrevista pode inibir os que não estão aptos a trabalhar sem diretivas técnicas concretas (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Todos os conteúdos foram abrangidos e registados em suporte áudio, de forma a simplificar uma análise sustentada e fiável dos temas abordados, prevenindo deduções a partir de uma perceção errónea ou distração (Vilelas, 2009) que pudesse acontecer ao longo da entrevista.

2.2.2 *Procedimentos Éticos*

Segundo Fortin (1999 p. 116) “(...) *a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações*”.

Qualquer investigação tem de apresentar na base da sua construção os princípios éticos como o princípio do direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, direito a um tratamento justo e leal, direito ao consentimento informado e direito à autonomia.

Na perspetiva de Fortin (1999) são cinco os princípios do código de Ética da investigação: Direito à autodeterminação – decorre deste princípio que o potencial participante tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação, sendo que caso o sujeito aceite integrar uma investigação, o investigador deve informá-lo que a poderá em qualquer momento; Direito à intimidade - faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a conceder enquanto participante da investigação, e a limitar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas, pelo que se o investigador pretender obter informação ou transmiti-la a terceiros deve possuir, previamente, um consentimento informado da parte do sujeito participante; Direito ao anonimato e à confidencialidade – os resultados devem ser expostos, de tal forma que, nenhum dos sujeitos no estudo possa ser identificado nem pelo investigador nem pelo leitor dos resultados do estudo, pelo que os dados pessoais não são partilhados sem consentimento informado por parte dos participantes; Direito à proteção contra o desconforto e prejuízo – decorrente deste princípio, o investigador deve proteger os sujeitos contra inconvenientes suscetíveis de lhe provocarem mal ou prejuízo; Direito ao tratamento justo e equitativo – diz respeito a todo o sujeito que participe numa investigação ter direito a ser informado sobre a natureza, objetivo e duração do estudo.

Para a concretização do presente estudo foi necessária a elaboração do pedido de autorização ao Conselho de Administração de cada uma das 17 unidades hospitalares (ANEXO II). Cada pedido foi acompanhado de um documento com o âmbito do projeto de investigação, assim como o consentimento informado a ser entregue aos participantes (ANEXO III), e ainda o guião da entrevista planeado para o decurso da investigação.

No trabalho de campo, de modo a garantir todas as questões éticas subjacentes a uma investigação (Fortin, 2009), momentos antes da realização da entrevista, foram dadas todas as informações sobre o objetivo do estudo e da respetiva entrevista, reforçando que os dados

apenas serão utilizados no âmbito desta investigação e que, para além disso, ser-lhes-á dada a possibilidade de confirmar o teor do texto obtido na entrevista. Posteriormente, foi fornecido o consentimento livre e informado a ser assinado, garantindo o sigilo e confidencialidade.

É de notabilizar que todos os enfermeiros se mostraram disponíveis na colaboração da recolha de dados, designadamente autorizando a gravação da entrevista em registo áudio.

2.3 Metodologia de Análise dos Dados

A análise dos dados na investigação qualitativa é uma fase do processo indutivo que está estreitamente ligada ao processo de escolha dos participantes e às diligências para a colheita de dados (Fortin, 2003). A análise dos dados permite guiar o investigador sobre o que lhe resta descobrir relativamente ao objeto em estudo durante o processo de colheita de dados.

Perante o método de estudo qualitativo, o investigador deve compreender os participantes sob uma ótica holística, que lhe permita apreender o significado atribuído pelos participantes ao objeto de estudo (Polit & Hungler, 2000), ou seja, os contributos para a qualidade face às conceções de cuidados que defendem.

As entrevistas foram registadas em gravação áudio após autorização dos entrevistados. À medida que se iam realizando, cada entrevista ia sendo transcrita, integralmente, para formato digital (Microsoft Word)¹, possibilitando, assim, verificar se estaríamos no sentido adequado para a colheita de dados que pretendíamos, salvaguardando a impossibilidade de afastamento face aos objetivos do estudo (Pope & Mays, 2009).

A transcrição das entrevistas foi posteriormente enviada aos participantes e o seu conteúdo devidamente validado pelos mesmos. Após a sua transcrição e validação, procedeu-se à transposição dos documentos digitais para o programa ATLAS Ti versão 1.0.35, numa primeira fase, tendo-se efetuado uma leitura global de todo o conjunto de dados obtidos. Aqui, tínhamos por base a técnica de análise de conteúdo que possibilitou a criação de categorias em conjuntos similares, através da fragmentação dos discursos. As categorias assim identificadas submeteram-se a um processo de validação numa primeira fase desempenhado pela investigadora do

¹ No âmbito da transcrição e apresentação dos discursos, os mesmos foram assinalados pela letra E, correspondente à designação de entrevista, seguida de um número entre um a dezassete, pela sua ordem de realização.

doutoramento no qual se encontra inserida a presente investigação e, numa segunda fase pela orientadora principal.

Deste modo, conseguimos interpretar a importância dada pelos participantes àquilo constitui o âmago do fenómeno em análise e, ainda aferir com que frequência expressam esses conteúdos nos seus discursos (Bardin, 2008). Subsequentemente, tendo em conta as categorias distinguidas, procedemos a uma segunda leitura linha a linha, no sentido de reagrupar as categorias e organizá-las, definindo dessa forma subcategorias.

Através deste procedimento, das duas fases descritas anteriormente, construímos o *corpus* de análise do estudo. O *corpus* é um conjunto de informações que foram submetidas a análise e sistematização dos dados através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2003), tendo como objetivo perceber o conteúdo dos discursos e o significado explícito ou oculto que lhe atribuem (Chizzotti, 2009).

Por fim, com base na análise, confrontamos os achados com estudos científicos e com o enquadramento teórico que fomos estruturando, de forma a validar os resultados (Vilelas, 2009)

Explanados os procedimentos metodológicos e o desenho da investigação, de seguida, caracterizamos sucintamente o contexto onde a mesma decorreu.

3 DOS CONTEXTOS DO ESTUDO AOS PARTICIPANTES

Na investigação qualitativa, o contexto do estudo está relacionado com a recolha dos dados, dado tratar-se do espaço onde os participantes experimentam o fenómeno em análise (Streubert & Carpenter, 2002). Pelo que o investigador deve conhecer e caracterizar o enredo da investigação, assim como os participantes envolvidos no processo de investigação (Fortin, 2009).

Sendo o Hospital uma organização complexa, cuja principal função consiste em dar resposta às necessidades em cuidados diferenciados da população, torna-se o contexto ideal em virtude dos objetivos da investigação. Já no que concerne aos elementos participantes, é constituído por todos os sujeitos que têm em comum características análogas, sendo neste caso os enfermeiros titulares de uma especialidade a desempenhar funções nos Centros Hospitalares E.P.E.

3.1 Centros Hospitalares E.P.E

O presente estudo encontra-se integrado numa investigação alargada a nível nacional “Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: um percurso para a construção de um modelo cuidados de enfermagem”, enquadrado no Doutoramento em Ciências de Enfermagem – ICBAS-UP, o qual pretendia contemplar os 21 Centros Hospitalares E.P.E dos 18 distritos de Portugal continental. Contudo, tendo em conta o tempo definido para a concretização deste estudo, 2 deles não responderam à confirmação da autorização e outros 2 recusaram a participação. Deste modo, 17 Centros Hospitalares E.P.E foram incluídos na investigação.

As entidades públicas empresariais (E.P.E) advêm da reforma de 2002 que englobou um conjunto considerável de hospitais. O critério para a conversão dos hospitais em E.P.E teve por base os anos de existência das instituições, a sua dimensão e fatores económicos, abarcando hospitais a nível nacional (Moreira, 2008). É um sistema de gestão hospitalar que objetiva o

desenvolvimento de um modelo organizativo económico focalizado no cliente aliado com uma gestão eficiente.

Este modelo de gestão propicia uma gestão por metas e a lógica de apresentação de resultados, que representam poderosos instrumentos indicadores de competência. Desta forma, verifica-se a passagem de um orçamento instituído a partir de dados históricos para uma cultura fundada na otimização da gestão. Estes centros hospitalares-empresa não podem desmazelar a satisfação dos cuidados de saúde em prol de melhores resultados numéricos, sendo necessária uma ótima associação entre o valor dos custos e o grau de satisfação do cliente, não se permitindo o decréscimo do grau de satisfação em benefício da contenção de custos (Monte, 2010).

Os 21 Centros Hospitalares estão distribuídos de forma desigual a nível nacional: 9 integram a ARS Norte, 5 fazem parte da ARS Centro, 6 da ARS Lisboa e Vale do Tejo e 1 da ARS Algarve. De forma idêntica, nesta investigação é mantida esta correlação, contemplando 7 Centros Hospitalares pertencentes à ARS Norte, 4 respeitantes à ARS Centro e 1 da ARS Algarve.

3.2 Participantes

Tendo em conta a natureza desta investigação, os participantes do estudo foram selecionados segundo uma amostra intencional, em função dos critérios de inclusão e exclusão, mencionados anteriormente no capítulo 2. As tabelas que se seguem apresentam os dados de caracterização dos mesmos.

Género	Número	%
Feminino	12	70.59
Masculino	5	29.41
Toral	17	100

Tabela 1: Distribuição dos participantes pelo género

Através da tabela 1 podemos comprovar que a maioria dos participantes são do género feminino (70.59%). Esta amostra aproxima-se da distribuição mencionada pela Ordem dos Enfermeiros a nível nacional em 2014, com 66.452 enfermeiros inscritos, dos quais 54.374

(81.82%) são do género feminino e 12.078 (18.18%) são do género masculino, com uma representação percentual similar à da presente investigação.

Idade	Número	%
<30 anos	2	11.76
31-50 anos	12	70.59
>50 anos	3	17.65
Toral	17	100

Tabela 2: Distribuição dos participantes pela idade

Relativamente à média de idades dos participantes esta ronda os 36,52 anos. A faixa etária com maior número de participantes está concentrada entre os 31 e 50 anos de idade (70.59%), como se pode observar na tabela 2. Tal distribuição aproxima-se novamente a nível nacional com a referenciada pela OE em termos de grupos etários, no ano de 2014 com os membros a concentrarem-se entre os 31 e 50 anos de idade (52.77%).

Área de especialidade	Número	%
Enfermagem Reabilitação	15	88.24
Enfermagem Médico-cirúrgica	2	11.76
Toral	17	100

Tabela 3: Distribuição dos participantes por área de especialidade

No que concerne aos dados no âmbito da área de especialidade, podemos verificar que os participantes desta investigação são detentores na sua maioria da especialidade de enfermagem de reabilitação (88.24%) e apenas dois possuem a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica (11.76%), conforme descrito na tabela 3. De acordo com os dados da OE (2015), existem em Portugal 13.897 enfermeiros especialistas, dos quais 2.922 são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, sendo assim o grupo de enfermeiros especialistas que reúne o maior número de enfermeiros. No que diz respeito à especialidade de enfermagem

médico-cirúrgica apresenta um número inferior com 2.524 enfermeiros detentores desta especialidade.

	Tempo de exercício profissional		Tempo de exercício profissional na área da especialidade	
	Número	%	Número	%
1-3 anos	0	0	5	29.41
4-9 anos	2	11.77	12	70.59
10-14 anos	5	29.41	0	0
> 14 anos	10	58.82	0	0
Total	17	100	0	0

Tabela 4: Distribuição dos participantes por tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na área de especialidade

No que é referente ao tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional na área de especialidade apuramos que os sujeitos participantes contam com uma média de 18,06 anos de exercício profissional e 4,53 anos de exercício profissional na área de especialidade (Tabela 4). O tempo de exercício profissional varia entre os 5 e 32 anos de profissão, enquanto o tempo de exercício profissional na área da especialidade oscila entre 1 e 9 anos enquanto enfermeiro especialista ativo.

Formação específica sobre padrões de qualidade	Número	%
Sim	9	52.94
Não	8	47.06
Toral	17	100

Tabela 5: Distribuição dos participantes por formação específica nos padrões de qualidade

Relativamente à formação específica sobre padrões de qualidade constatamos, pela tabela 5, que mais de metade dos participantes referiu ter frequentado formação neste âmbito, o que demonstra uma preocupação crescente por parte dos enfermeiros sobre esta temática em estudo.

Face à caracterização dos participantes, concluímos que existe uma predominância de enfermeiros especialistas na área de reabilitação, resultando em discursos carregados com as concepções deste grupo profissional. Alusivo ao tempo de exercício profissional na área de especialidade, uma vez que os nossos informantes reúnem uma média de 4,53 anos, torna-se pertinente estabelecer uma analogia com o pensamento de Benner (2005) que presume que a aquisição de competências dos enfermeiros se desenvolve por cinco estádios: enfermeiro iniciado, enfermeiro iniciado avançado, enfermeiro competente, enfermeiro proficiente e enfermeiro perito.

Assim sendo, podemos afirmar que o perfil dos nossos participantes se cruza com o enfermeiro proficiente particularmente à área de especialidade em que atuam. Os proficientes “percecionam as situações na sua globalidade e não de uma forma fragmentada e as suas ações são ligadas por máximas” (Benner, 2001 p. 50).

De uma forma pragmática, as vozes dos nossos discursos emanam de um conjunto de enfermeiros onde prevalecem mulheres, especialistas em enfermagem de reabilitação, proficientes na prestação de cuidados na sua área de especialidade.

Apresentadas as circunstâncias do estudo e o perfil dos informantes do mesmo, interessa, de ora em diante, divulgar os resultados obtidos. Nesta sequência, nos capítulos seguintes, quatro e cinco, exibimos os achados por categorias e subcategorias, explanando as concepções dos participantes, recorrendo a excertos que suportam a interpretação construída.

4 A VOZ DOS ESPECIALISTAS

De acordo com o REPE, “enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p. 3).

Após a análise detalhada das narrativas dos enfermeiros participantes identificamos três áreas temáticas relacionadas com o modelo de Donabedian que se referem à estrutura, processo e resultado: contributos da estrutura, desenvolvimento do processo e perspectiva dos enfermeiros especialistas sobre a avaliação dos resultados.

No modelo de Donabedian, a estrutura, o processo e o resultado estão relacionados entre si, e só é plausível inferir conclusões sobre a qualidade se esta relação for considerada. Neste modelo, a estrutura interfere no processo, e o processo interfere no resultado, numa realidade dinâmica. Tendo em conta que a estrutura e o processo dependem de múltiplos fatores que transcendem os cuidados prestados pelos profissionais de saúde (Larson & Muller, 2002), podemos concluir que não são suficientes para produzir resultados de excelência, embora sejam seus predecessores. É de enfatizar que a estrutura, o processo e o resultado não constituem atributos da qualidade, contudo informam se esta existe ou não (Donabedian, 2003).

Tendo em conta os objetivos da investigação, anteriormente descritos, pretendemos compreender qual a importância atribuída às conceções de enfermagem e que contributos têm elas para uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem aos seus clientes. Deste modo, exploramos, de seguida, cada uma das temáticas encontradas, cruzando os discursos e a sua análise².

4.1 Contributos de Estrutura

² Aquando da transcrição de excertos recorremos ao símbolo (...), que indica uma fração omissa desse excerto, pois não consideramos relevante para a compreensão do fenómeno, porém, foi conservado o sentido e a essência implícitos ao discurso.

A vertente da Estrutura da tríade de Donabedian abrange a avaliação dos elementos regulares da instituição e das características essenciais ao planeamento assistencial, assim, avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (Pertence & Melleiro, 2010). A existência de condições estruturais adequadas não assegura, só por si, um nível elevado de qualidade de cuidados, contudo é considerada uma condição necessária, dado que recursos suficientes e um sistema apropriado permitem proteger e promover a qualidade dos cuidados em saúde (Mezomo, 2001).

Neste âmbito, destacaram-se quatro categorias do discurso dos enfermeiros especialistas que contribuem para a melhoria da prestação assistencial em enfermagem: suportes teóricos para a prática, organização dos cuidados de enfermagem, conceitos de enfermagem e conceitos organizacionais.

Relativamente aos suportes teóricos para a prática foram identificadas as seguintes subcategorias: reflexão sobre a prática, guias orientadores, instrumentos de qualidade e de difícil transposição para a prática.

ÁREA TEMÁTICA: CONTRIBUTOS DA ESTRUTURA

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Suportes teóricos para a prática	Reflexão sobre a prática	<p>“(…) o ter uma teoria a orientar a conceção de cuidados requer sempre um grande esforço de reflexão sobre as práticas” E2;</p> <p>“(…) os conhecimentos teóricos são muito importantes, não tanto o saber fazer por rotina, mas saber porque se está a fazer e com que fim e com que objetivo (…)” E3;</p> <p>“(…) quando temos uma teoria, ela está informada de uma filosofia de cuidado e, portanto, acho que é muito importante haver essa teoria na base, para percebermos o porquê de delinear os melhores cuidados dentro daquele âmbito (…)” E7.</p>
	Guias orientadores	<p>“as teorias de enfermagem permitem ser um fio condutor da nossa prática (…)” E4;</p> <p>“(…) o profissional de saúde ter um modelo é como um guia orientador (…)” E6;</p> <p>“elas são relevantes porque dão-nos bases ou guias para a execução que nós pretendemos ter (…)” E8;</p> <p>“(…) as teorias de enfermagem podem dar-nos orientações e... um ponto de partida para a nossa prática (…)” E13.</p>
	Instrumentos de qualidade	<p>“Ajuda a sistematizar a nossa prática, ajuda a clarificar o alvo dos nossos cuidados (….) passamos a ser muito mais rápidos a encontrar o nosso alvo (….) ganhamos muito tempo, conseguimos todos ter os mesmos focos (….)” E2;</p> <p>“(…) os conhecimentos teóricos que vão ser sempre a base de uma boa formação (….) ponto fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem” E3;</p> <p>“(…) só é possível realizar uma prática (….) melhorada e em crescendo com a absorção de determinados conceitos e concetualizações teóricas mais atuais, com uma aplicação de teorias na prática (….)” E5;</p>
	Difícil transposição para a prática	<p>“(…) quando se deparam com o contexto da prática sentem mais dificuldade em (….) conseguir implementar os princípios da teoria, apesar de a conseguirem entender, é difícil de aplicar no contexto da prática (….)” E1;</p> <p>“(…) estamos a falar em aspetos que são mais específicos de enfermagem (….) não estamos a falar de aspetos relacionados com a função (….) estamos a falar aspetos relacionados com transições para assumir papéis, reconstruções de autonomia (….) há uma série de premissas que são mais difíceis (….)” E2;</p> <p>“(…) ainda verifico algum distanciamento entre a parte mais pensativa, mais teórica e no fundo, a prática (….)” E5;</p> <p>“(…) tenho muitas dúvidas (….) se se consegue aplicar na prática a teoria ou aquele modelo puro (….)” E10.</p>

Tabela 6: Achados das entrevistas relativamente aos suportes teóricos para a prática

Diversos são os estudos previamente desenvolvidos que se aproximam desta categoria encontrada. A título de exemplo, o estudo de Matos *et al.* (2011) faz referência ao uso da teoria como uma forma de apoio para os enfermeiros na definição dos seus papéis, no melhor conhecimento da realidade e na adequação do desempenho profissional, proporcionando uma prestação de cuidados aos clientes com melhor qualidade.

Chinn e Kramer (2004) salientam que a teorização permite delinear uma estrutura e organizar o conhecimento da disciplina, disponibilizando um meio sistemático de colher dados para explicar e prever a prática, contribuindo para uma perspetiva de enfermagem menos fragmentada.

Segundo os dados obtidos no trabalho de campo, apuramos que as teorias de enfermagem promovem a **reflexão sobre a prática**: “(...) o ter uma teoria a orientar a conceção de cuidados requer sempre um grande esforço de reflexão sobre as práticas” E2. O presente discurso vem reforçar o pensamento de Meleis (2005) quando refere que um dos principais interesses da teoria é o seu contributo com *insights* sobre as situações da prática de enfermagem. Esta reflexão constitui uma etapa relevante do processo de implementação de mudança, sendo que esta mudança visa a obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem.

A reflexão possibilita a compreensão do processo de implementação e do efeito que as mudanças ocasionam no contexto da ação. Assim, a melhoria contínua da qualidade exige uma reflexão dinâmica, ou seja, a reflexão na ação e sobre a ação (Schön, 2000).

Young, Taylor e Renpenning (2001) acrescentam que a teoria pode ser denominada como um conjunto de proposições interpretativas que contribuem para explicar ou orientar a ação. É notória esta opinião partilhada pelos enfermeiros participantes, referindo “(...) as teorias de enfermagem podem dar-nos orientações e... um ponto de partida para a nossa prática (...)” E13, destacando-se a subcategoria **guias orientadores**. Tal constatação fortalece os resultados de outros estudos que salientam a “necessidade de aplicação de uma teoria para guiar e fundamentar as ações durante os cuidados profissionais” (Freitas, 2007 cit. por Souza, 2013, p. 170).

Amante (2009) defende que as teorias de enfermagem têm contribuído muito para a prática da profissão, especialmente quando utilizadas como referencial para a sistematização do atendimento, facultando meios para organizar as informações e os dados dos clientes, para analisar e compreender esses dados, para cuidar e avaliar os resultados do cuidado. No entender deste autor, a partir da avaliação desses resultados é possível impulsionar a implementação de

mudanças de comportamento no desempenho profissional com vista a uma melhoria contínua da qualidade. No estudo que desenvolve, o autor comprova que, quando os enfermeiros colocam em prática os modelos teóricos, os clientes recebem cuidados qualificados com um mínimo de tempo e um máximo de eficiência.

Os enfermeiros especialistas mostram-se concordantes com o referido autor, ao admitirem “Ajuda a sistematizar a nossa prática, ajuda a clarificar o alvo dos nossos cuidados. Não tenho dúvidas nenhuma (...) passamos a ser muito mais rápidos a encontrar o nosso alvo (...) ganhamos muito tempo, conseguimos todos ter os mesmos focos (...)” E2, emergindo a subcategoria dos suportes teóricos serem considerados **instrumentos de qualidade**.

No estudo desenvolvido por Souza (2013), verifica-se que a não aplicabilidade da teoria na prática conduz à prevalência de ações baseadas no senso comum e não na cientificidade, pelo que a falta de planeamento das ações leva a que não haja harmonia entre ciência e prática. Esta desarticulação da teoria com o exercício profissional pode constituir um entrave para o crescimento científico da profissão, isto porque a multiplicidade de teorias permite a visão em diversos ângulos de um mesmo problema e esta diversidade incentiva o debate, contribuindo para a elaboração do conhecimento de enfermagem.

Alves *et al.* (2008) admitem que, apesar do crescente uso das teorias de enfermagem, “as ações continuam fragmentadas, baseadas em sinais e sintomas da doença cuja resolução dos problemas permeia as respostas às demandas do serviço e nem sempre centradas na satisfação das necessidades da pessoa que está ali a receber o cuidado” (p. 650).

O estudo de Alves permite depreender a existência de uma certa dificuldade dos enfermeiros em conseguirem adaptar a teoria no exercício profissional, acabando por predominar ações que valorizam as rotinas e as técnicas. Tal é considerado pelos nossos participantes “(...) o que eu noto é uma focalização no problema agudo, isto é quase como dizer que estamos a regressar ao modelo biomédico, em que estamos só a atender a alterações sistemáticas nos sistemas orgânicos (...)” E14.

Esta **difícil transposição para a prática** dos suportes teóricos é confessada no presente estudo “(...) quando se deparam com o contexto da prática sentem mais dificuldade (...) em conseguir implementar os princípios da teoria, apesar de a conseguirem entender, é difícil de aplicar no contexto da prática (...)” E1.

Face ao explanado, concluímos que, para os informantes do estudo, o recurso a suportes teóricos atua enquanto contributo para uma enfermagem mais eficiente, visto permitir que toda

a ação se desenvolva fundamentada numa perspetiva, com um fio condutor que relaciona a colheita dos dados à sua análise com a produção dos diagnósticos de enfermagem e o planeamento das intervenções, tendo como propósito a conquista de resultados que se traduzem em qualidade para a vida dos clientes, tornando-se numa enfermagem mais significativa para as pessoas-clientes.

ÁREA TEMÁTICA: CONTRIBUTOS DE ESTRUTURA

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Organização dos cuidados de enfermagem	Registos de enfermagem, fator dificultador	<p><i>“(…) os registos roubam muito do nosso tempo e do nosso tempo de prestação de cuidados diretos aos doentes (…)</i> tem acontecido é mais e mais registos informáticos e menos tempo de prestação de cuidados ao doente (…)” E3;</p> <p><i>“(…) os registos, às vezes, não mostram todo o trabalho que nós fazemos (…)</i> o nosso trabalho com o doente não é espelhado (…)” E4;</p> <p><i>“(…) estamos a roubar grande parte das nossas horas para registos (…)</i> de tempo efetivo que devíamos de estar com o utente, devíamos estar realmente a cuidar dele (…)” E9;</p> <p><i>“(…) parece que estamos mais tempo a olhar para um ecrã do que propriamente para o nosso doente, que devíamos estar a cuidar (…)”</i> E10;</p> <p><i>“(…) ocupa muito tempo alguns pormenores de registo em frente a um computador, acho que o tempo que está a mais em frente a um computador, pode-se perder no contexto da comunicação com a família (…)”</i> E11;</p> <p><i>“(…) o problema é que, muitas vezes, isso pode não refletir exatamente o que é a prática, precisamente por não terem tempo para atualizar os planos de cuidados, por não terem tempo de registar determinada coisa (…)”</i> E14;</p> <p><i>“(…) perde-se muito tempo com os registos e esse tempo fazia falta para estar ao pé dos doentes (…)”</i> E16.</p>
	Metodologia de trabalho, fator facilitador	<p><i>“Nós aqui é método individual (…)</i> eu prefiro método individual de trabalho, porque sei que o meu doente ficou como eu quero (…)” E6;</p> <p><i>“(…) o método de trabalho individual (…)</i> qualquer coisa que o doente solicite estamos muito presentes e acabamos por satisfazer logo a necessidade que a pessoa tem.” E13;</p> <p><i>“(…) o método individual tem muitas vantagens, portanto, a pessoa (…)</i> controla melhor o doente (…) porque quando trabalhamos todos em equipa, fazemos tudo um bocadinho de tudo e chegámos ao fim do turno e não sabemos o que é que se passou com o nosso doente (…)” E16;</p> <p><i>“(…) nós fazemos a distribuição por grau de dependência dos doentes, a distribuição é feita de forma a que todos os enfermeiros tenham mais ou menos o mesmo tipo de doentes por turno (…)</i> não se sobrecarregar tanto um enfermeiro e não outro e, isso acaba por ser uma mais valia para depois o bom desenrolar do turno de trabalho” E1;</p> <p><i>“(…) a partir do momento em que o doente entra, o enfermeiro de referência desse utente compromete-se logo desde o início a</i></p>

ÁREA TEMÁTICA: CONTRIBUTOS DE ESTRUTURA

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Organização dos cuidados de enfermagem	Metodologia de trabalho, fator facilitador	<i>fazer determinada avaliação do doente (...) e começa logo a encaminhar a nota de alta (...)" E16;</i> <i>"(...) quando o doente entra automaticamente sabe que o enfermeiro de referência é aquele e ele sabe que aquele é seu doente (...)" E16.</i>
	Dotação pessoal de enfermagem, fator mediador	<i>"(...) há falta de enfermeiros, mas da parte das administrações, pronto têm que fazer controlo de custos, acabam por manter as coisas como estão (...)" E13;</i> <i>"(...) o que se nota é que há uma diretiva que é transversal a todos os serviços, que é X doentes X enfermeiros e, não se nota um reforço quando é preciso, não se nota uma adaptação às reais necessidades de cuidados (...)" E14;</i> <i>"(...) para se conseguir concretizar esses padrões de qualidade também temos que ter dotações de enfermagem seguras (...)" E16.</i>

Tabela 7: Achados das entrevistas relativamente à organização dos cuidados de enfermagem

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem, foram mencionadas particularidades inerentes a esta categoria consideradas facilitadoras, dificultadoras e mediadoras da sua concretização (Tabela 7). Uma dessas particularidades trata-se da observação que os participantes fazem sobre os registos.

Apraz fazer alusão às conclusões do estudo intitulado “Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança” (Silva, 2006). O autor refere que os enfermeiros não retiram conhecimento da experiência documentada e “o tempo despendido é visto como um tempo mal empregue” (p. 36). Sendo assim, não admira que o “tempo despendido pelos enfermeiros a documentar compete com o tempo disponível para os cuidados diretos aos clientes” (Silva, 2006 p. 18), podendo incorrer falhas na prestação direta de cuidados. Tal pode motivar o desinteresse na produção de registos referidos por Figueiroa-Rego (2003).

Através da análise do discurso “(...) estamos a roubar grande parte das nossas horas para registos (...) de tempo efetivo que devíamos de estar com o utente, devíamos estar realmente a cuidar dele (...)” E9, é visível que os enfermeiros participantes compreendem os **registos de enfermagem como um fator dificultador** para a organização assistencial.

O desinteresse manifestado pela produção de registos reflete-se na falta de atualização dos planos de cuidados informaticamente “(...) não querem estar, entre aspas, a chatear-se com

uma montanha de intervenções que têm que clicar ou que têm que levantar ou que têm que programar (...)” E4. A falta de atualização do plano de cuidados predispõe para que exista uma desarmonia entre aquilo que é efetuado na prática e o que é efetivamente registado. A título de exemplo, “(...) os registos, às vezes, não mostram todo o trabalho que nós fazemos (...) o nosso trabalho com o doente não é espelhado (...)” E4.

A perspetiva partilhada pelos participantes é concordante com o estudo italiano desenvolvido por Marinis e seus colaboradores (2010), onde se conclui haver discrepâncias entre o que é observado e o que é registado, ou seja, os enfermeiros fazem mais do que aquilo que registam, denunciando que os cuidados prestados são priorizados relativamente aos registos.

Para Marinis (2010), os registos são entendidos como burocracia e, tendo em conta que a prestação de cuidados é sobrevalorizada, verifica-se que nos dias em que há mais intervenções correspondem aos dias em que os registos são substancialmente mais pobres. Nesse estudo, das 1568 intervenções de enfermagem implementadas, apenas 40% haviam sido registadas.

Não menos importante, os participantes relatam o **método de trabalho como um fator facilitador** da organização dos cuidados. Ao longo dos tempos, têm sido propostos vários modelos de exercício da profissão no sentido de organizar e desenvolver os seus saberes e práticas. No nosso estudo, os participantes distinguem dois deles – o método individual e o método de trabalho de enfermeiro de referência – como forma de orientação da sua prática clínica.

Tomemos o excerto “Nós aqui é método individual, é um trabalho muito individual (...) eu prefiro (...) porque sei que o meu doente ficou como eu quero (...)” E6.

Neste tipo de método assistencial, cada membro da equipa de enfermagem assume a responsabilidade de prestar a totalidade dos cuidados aos clientes a ele designados. O atendimento não é fragmentado pelo período que o enfermeiro está de serviço, contudo não pode ser coordenado de um turno para o outro, uma vez que o número de doentes atendidos por enfermeiro pode sofrer alterações, o que expõe o cliente a diferentes cuidadores durante a sua permanência hospitalar. Assim, o cliente recebe um atendimento holístico e não-fragmentado sob os cuidados de enfermagem (Marquis, *et al.*, 2010).

Os nossos participantes defensores deste tipo de atendimento salientam que a distribuição do número de clientes varia consoante o “(...) grau de dependência dos doentes, a distribuição é feita de forma a que todos os enfermeiros tenham mais ou menos o mesmo tipo de doentes por turno (...)” E1. Desta forma, tenta-se criar uma uniformização na repartição no

sentido de “(...) não se sobrecarregar tanto um enfermeiro e não outro e, isso acaba por ser uma mais valia para depois o bom desenrolar do turno de trabalho” E1.

De salientar que, qualquer um dos métodos utilizados para a organização dos cuidados de enfermagem se fundamenta num modelo do exercício profissional, sendo da máxima importância que esta metodologia de atendimento esteja definida, para que cada enfermeiro seja capaz de planear os seus cuidados fundamentados no modelo teórico de enfermagem, tido como referencial na instituição (Macaia, 2005).

Tendo em conta esta linha de pensamento, outros participantes adotam um diferente método de organização dos cuidados: “(...) nós trabalhamos com o método do enfermeiro de referência. Cada enfermeiro tem os seus doentes pelos quais é enfermeiro de referência e, desde o início do internamento até ao final está responsável pelo planeamento das intervenções e da alta (...)” E1.

Nesta metodologia assistencial, cada cliente está designado para um enfermeiro que é responsável pelos cuidados totais, vinte e quatro horas por dia, durante todo o período de internamento. Contudo, este “enfermeiro de referência” não está obviamente sempre de serviço, pelo que delega funções a outros enfermeiros associados ao processo, que o substituem na sua ausência (Mattila, 2014). Assim, dadas as particularidades deste último método, verifica-se que “(...) quando o doente entra automaticamente sabe que o enfermeiro de referência é aquele (...)” E16, o que permite uma relação enfermeiro-cliente muito próxima, facilitando uma maior individualização e continuidade na prestação de cuidados (Macaia, 2005).

No entender de Allen *et al.* (2005), o atendimento por enfermeiro de referência é aquele que melhor consegue dar resposta à satisfação das necessidades do cliente e à autonomia e competência decisória dos enfermeiros. Porém, face aquilo que foi explanado, muitas vezes, pode ser de difícil concretização pela falta de pessoal de enfermagem e pelo tipo de horários adotados, o que implica a exigência de uma gestão adequada dos recursos humanos e materiais, bem como uma maior dotação de pessoal.

Posto isto, os participantes exaltam **a dotação de pessoal** enquanto **fator mediador** da organização dos cuidados de enfermagem, visto que sem um rácio adequado torna-se complicado organizar todas as atividades de forma a garantir cuidados de excelência.

Em enfermagem, a dotação de pessoal para assegurar os cuidados necessários aos clientes tem sido um dos problemas mais complexos da gestão (Macaia, 2005). Nesse âmbito, os participantes constataam “(...) o que se nota é que há uma diretiva que é transversal a todos os

serviços, que é X doentes X enfermeiros e, não se nota um reforço quando é preciso, não se nota uma adaptação às reais necessidades de cuidados (...)" E14.

Através do transcrito anterior, realça-se a necessidade de um sistema de classificação de doentes (SCD) como instrumento primordial para a gestão dos serviços de enfermagem.

De acordo com Parreira (2005), os contributos do SCD passam por: "(...) dotar os hospitais de um instrumento de medida das horas de trabalho em cuidados de enfermagem necessárias (...) identificar necessidades em recursos de enfermagem; definir padrões de qualidade e critérios em função dos recursos (...) definir o plano estratégico e de recursos humanos e qualidade dos cuidados a curto, médio e longo prazo; identificar as necessidades em dotações de enfermeiros nos hospitais; permitir ao enfermeiro conhecer a medida do seu trabalho; permitir monitorizar a evolução da dependência do utente em cuidados de enfermagem; avaliar a eficácia e eficiência das intervenções planeadas e realizadas; permitir o desenvolvimento da profissão" (p. 238).

Partilhando da mesma ideia, os nossos informantes consideram o SCD uma base sólida para o cálculo de pessoal de enfermagem, viabilizando "(...) dotações de enfermeiros adequadas realmente a essas horas de cuidados (...)" E16, enaltecendo a importância de dotações seguras.

De acordo com a Federação Americana de Professores (1995, cit. por ICN, 2006), dotações seguras pressupõem que, em qualquer momento, deve estar disponível a quantidade adequada de pessoal, com uma combinação apropriada dos níveis de competência, para que se possa garantir a satisfação das necessidades de cuidados dos clientes. Na verdade, as dotações seguras refletem a continuidade da qualidade dos cuidados providenciados aos clientes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da instituição (CNA, 2005).

Na generalidade dos estudos foi encontrada uma relação inversa entre as dotações seguras e a mortalidade, deixando transparecer que unidades de cuidados com maior incidência de enfermeiros por turno detêm menor taxa de mortalidade. Person *et al.* (2004) concluíram que, em ambientes com dotações mais elevadas de enfermeiros, os clientes apresentavam menor probabilidade de morrer durante o período de hospitalização. Na verdade, existe uma eminente evidência bibliográfica (Huges & Clancy, 2005; Stanton & Rutheford, 2004) que corrobora que uma elevada sobrecarga de trabalho interfere significativamente nos resultados dos clientes.

Aldward (1983 cit. por Ascenção, 2010) estabeleceu que um SCD ideal teria que compatibilizar cinco componentes – gestão de cuidados de enfermagem, gestão de recursos de

enfermagem no serviço, dotação de pessoal nas instituições, avaliação da gestão e uma base de custos – podendo ser usado com o intuito de introduzir programas para a garantia de qualidade, através dos dados obtidos relativamente à quantidade e à qualidade da assistência prestada.

Por esse motivo, praticar dotações seguras seria benéfico quer para a instituição, quer para os profissionais e clientes, todavia surge a interrogação será que os Centros Hospitalares E.P.E dispõem de uma adequada dotação de pessoal?

Indo de encontro com o parecer dos nossos entrevistados, é expressa a necessidade de “(...) pôr mais enfermeiros, porque se fossemos fazer agora esta classificação, aqui com doentes tão dependentes, numa faixa etária elevada, nós íamos precisar de mais enfermeiros (...)” E14. Neste sentido, entendemos ser urgente reconsiderar as dotações dos serviços, e ajustar os recursos às necessidades dos clientes, assegurando a sua segurança. Ademais, uma insuficiente dotação de pessoal pode acompanhar-se de gastos bem mais elevados do que a inclusão de novos elementos na equipa. Efetivamente, o ICN (2006) revela: *“As dotações seguras mostram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho activa.”* (p. 15).

Os gastos com a saúde têm aumentado, sendo uma tendência a perdurar, dado que a população se encontra mais envelhecida e sofre de doenças crónicas (Organização Mundial de Saúde, 2015). Para além disso, segundo o Ministério da Saúde (2003), em Portugal as despesas com o pessoal de enfermagem nos hospitais, em termos de honorários, aproximam-se de 16%, isto é, os recursos humanos, profissionais de enfermagem, representam o principal ativo de uma unidade de cuidados.

Assim, a maior dificuldade para a implementação de dotações seguras deve-se ao fato dos hospitais obterem poucos privilégios por aumentar a qualidade dos cuidados, ou seja, embora o aumento de dotações de pessoal de enfermagem beneficie os cuidados aos clientes, as despesas associadas a mais contratualizações de enfermeiros superam os benefícios para as instituições. Porém, outros fatores como absentismo, rotação de pessoal e a mortalidade elevadas não são tidas em conta na despesa global, ainda que representem igualmente fontes de custos para o sistema (Spetz, 2005).

Por tudo isto, quando se verifica um défice substancial de pessoal “(...) é muito complicado prestar bons cuidados de enfermagem ou os cuidados adequados à situação de cada

pessoa (...)" E1. De fato, pode ocorrer deterioração da qualidade, uma vez que o excesso de trabalho prejudica a efetividade dos procedimentos de enfermagem (Macaia, 2005).

No âmbito dos conceitos de enfermagem destacaram-se três subcategorias: Pessoa, Ambiente e Saúde.

ÁREA TEMÁTICA: CONTRIBUTOS DE ESTRUTURA

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Conceitos de enfermagem	Pessoa	<i>"(...) os conceitos, pronto é a pessoa como um todo, não olhar só para a parte médica (...)" E 13.</i>
	Ambiente	<i>"(...) o ambiente, as políticas, o mundo global, a globalidade (...) porque tudo isso vai interferir naquilo que são depois as nossas... reflete-se naquilo que são as nossas práticas (...)" E7.</i>
	Saúde	<i>"(...) há conceitos que não podemos fugir e têm mesmo que estar presentes (...) o conceito de saúde, conceito de doença (...) perceber o que é que as pessoas entendem como um estabilizar destes dois momentos, o que é para elas ver um distúrbio à sua saúde (...)" E5.</i>

Tabela 8: Achados das entrevistas relativamente aos conceitos de enfermagem

As atividades de enfermagem requerem que o enfermeiro esteja em contato íntimo com os clientes, quer fisicamente, quer emocionalmente, sendo um tipo de contato que não é normalmente aceitável em relacionamentos públicos. Como tal, o trabalho de enfermagem envolve a negociação de valores e conceitos, salvaguardando que, para os poder negociar é essencial ter clareza sobre os próprios conceitos.

Entender o próprio sistema concetual e avaliar o sistema de valores das outras pessoas ajuda a tomar decisões enquanto assegura o respeito da autonomia do cliente (Potter & Perry, 2005).

Ao questionarmos quais os conceitos inerentes à sua prática de enfermagem, ficou perceptível que os mais referidos e amplamente reconhecidos pelos enfermeiros especialistas são, sobretudo o conceito de Pessoa, Ambiente e Saúde.

Fazendo a ponte com o princípio enunciado por Bardin (2008) da análise de dados, assente na premissa que dada particularidade é tanto mais significativa quanto mais repetidamente mencionada pelos participantes, entendemos que os conceitos anteriormente identificados, são aqueles inerentes à prática clínica, responsáveis por orientarem os cuidados que prestam. Para uma melhor compreensão, elaboramos a tabela que se segue.

Categoria		Conceitos de Enfermagem		
Subcategoria		Pessoa	Ambiente	Saúde
Entrevistas	E1			X
	E2	X		
	E3	X		
	E4		X	
	E5	X	X	X
	E6			
	E7	X	X	X
	E8	X	X	
	E9	X		
	E10		X	
	E11	X		
	E12		X	
	E13	X		X
	E14	X		
	E15	X	X	
	E16		X	X
	E17	X	X	

Tabela 9: Conceitos de enfermagem inerentes à prática clínica dos enfermeiros especialistas

Ao fazermos uma análise isolada sobre cada conceito mencionado, percebemos que estes representam encarecidamente os mais importantes para os participantes do estudo: **Pessoa** – “ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2002); **Ambiente** – “constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2002); **Saúde** – “estado e, simultaneamente, representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2002).

O metaparadigma corresponde aos conceitos globais que distinguem os fenómenos de interesse para uma disciplina. O metaparadigma da enfermagem é o estudo das relações entre as pessoas, o ambiente, a saúde e o cuidado de enfermagem (Fawcett, 2005). Estes quatro conceitos são os primeiros conceitos metaparadigmáticos de enfermagem, sendo essenciais para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina (Tomey, et al., 2004). Da forma como se relacionam estes conceitos resultam diferentes formas de conceber os cuidados.

Da análise dos relatos dos participantes, torna-se incontestável que os principais conceitos metaparadigmáticos fazem parte das suas matrizes concetuais, não obstante o conceito “cuidados de enfermagem” não é enfatizado na mesma proporção, pelo que elegem os outros três conceitos em prol deste último. O que poderá isso significar?

Tendo em conta a OE (2002), os “cuidados de enfermagem” pretendem a promoção da saúde ao “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procuram a satisfação das necessidades humanas básicas e a máxima independência na realização das atividades de vida (...)” (p. 13). Por conseguinte, quererá isto dizer que os informantes do estudo desenvolvem ações de enfermagem centradas na promoção da saúde em menor proporção comparativamente a outras intervenções?

Do ponto de vista profissional, os enfermeiros pelos conceitos que norteiam a sua praxis fornecem informação relativamente à base estrutural que acompanha o seu pensamento e, portanto qual o seu principal foco/alvo de cuidados (Firmino, 2015).

Os conceitos organizacionais foram outra particularidade sublinhada pelos enfermeiros especialistas que referenciaram a Missão/Visão e a Qualidade como duas subcategorias a si inerentes.

ÁREA TEMÁTICA: CONTRIBUTOS DE ESTRUTURA

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
<p>Conceitos organizacionais</p>	<p>Missão/Visão</p>	<p>“(…) existe uma partilha básica de ambos que é o cuidar da pessoa (…) agora (…) os tempos de cuidar de uma pessoa para enfermagem não são os mesmos tempos de uma instituição (…)” E5;</p> <p>“(…) daquilo que eram os valores, visão e missão da organização que eu tive acesso, penso que está lá tudo, se bem que nós sabemos que estas organizações E.P.E também são influenciadas pela questão económica (…)” E7;</p> <p>“(…) a visão da enfermagem (…) é a pessoa e continua a ser o utente e acho que (…) seria muito importante que se reforçassem as equipas (…) muitos doentes saem daqui, até beneficiariam estar cá mais um dia ou dois, mas por pressão de vagas (…) as pessoas são encaminhadas para casa (…)” E8;</p> <p>“(…) acho que a nossa visão é prestar os melhores cuidados à pessoa e, muitas vezes, da parte da administração o que se vê mais é a ideia que (…) tem que haver controlo de custos…” E13;</p> <p>“(…) se uma missão do hospital é prestar os melhores cuidados à população que abrange dentro de um quadro de eficiência, alguma coisa deveria mudar (…) não há uma consonância entre os valores e a missão que estão anunciados, mas o que se faz no dia-a-dia para responder e atingir esse patamar” E14;</p> <p>“(…) apesar de tanto a visão e a missão hospitalar e de enfermagem serem a prestação de cuidados completos à pessoa e à família (…) acho que chocam (…) fundamentalmente pela crise (…) o défice que existe no atingir ou conseguir alcançar a missão ou a visão da nossa profissão têm sido as limitações, restrições de recursos humanos (…)” E17.</p>
	<p>Qualidade</p>	<p>“(…) nós produzimos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem e, através dessa análise dos indicadores (…) conseguimos perceber as áreas em que (…) temos que intervir mais (…)” E1;</p> <p>“(…) temos níveis de controle da qualidade com avaliações (…) muito frequentes (…)” E3;</p> <p>“(…) eu tenho padrões de qualidade que tenho que atingir ao fim do mês (…) se atingirmos temos o chamado incentivo (…)” E6;</p> <p>“(…) aquelas auditorias… dão determinados resultados para sabermos se estamos ou não a ser efetivos e temos ou não qualidade nos nossos cuidados (…)” E9;</p> <p>“(…) a satisfação, a segurança do doente, a prática de qualidade são essenciais (…) para a missão da nossa instituição (…)” E11;</p> <p>“(…) os hospitais estão mais bem organizados, têm padrões de qualidade instituídos, têm normas internas (…)” E16.</p>

Tabela 10: Achados das entrevistas relativamente aos conceitos organizacionais

Na ótica de Peter Drucker (2011), definir a missão de uma organização é difícil e arriscado, todavia só assim é possível estabelecer políticas, concentrar recursos e otimizar estratégias. Por outras palavras, apenas desta forma uma organização pode ser administrada com vista a um desempenho de excelência. Contudo, para que esta atividade se torne mais eficaz é esperado um envolvimento dos colaboradores na definição de programas estratégicos para a organização.

O momento de estabelecimento da missão organizacional pode ser excepcionalmente profícuo se for divulgado ao maior número possível de colaboradores, num processo de construção participada, que determinará o seu sucesso. Os respondentes do estudo reconhecem que a missão, a visão e os valores organizacionais “(...) estão divulgados, inclusivamente através do portal interno, do externo (...)” E14. Contudo, embora muitos dos participantes afirmem ser conhecedores dos conceitos organizacionais, **missão/visão**, não conseguem descrevê-los. Neste contexto, seria importante que a partilha destes princípios decorresse aquando do ingresso inicial do profissional na instituição, uma vez que facilitaria precocemente a compreensão da importância dos mesmos e a sua integração na prática (Costa, 2008).

Apesar disso, os enfermeiros participantes admitem contribuir para a manutenção da missão/visão hospitalar. Por outro lado, poderiam contribuir para a sua manutenção de forma mais produtiva se tivessem assimilado verdadeiramente o seu conteúdo. O reconhecimento desta situação por parte da organização pode tornar-se uma oportunidade de envolvimento dos profissionais de enfermagem enquanto potenciais elementos impulsionadores da mudança organizacional (Bastos, et al., 2011).

Diante desta premissa, a instituição deve procurar catalisar a difusão da sua missão e visão junto de todos os envolvidos, sendo crucial que estes valores se materializem na prática dos profissionais sob a forma de benefício para os seus clientes. Tendo em vista a concretização da missão a que se propõem, em momento algum se deve dissociar a relação que existe entre a valorização dos profissionais e a devolutiva que estes irão prestar aos clientes, isto porque, de uma forma geral, o cuidado prestado acaba por ser o espelho da compatibilidade que a organização mantém com os seus funcionários (Ribeiro, et al., 2013).

Ora, se “(...) apesar de tanto a visão e a missão hospitalar e de enfermagem serem a prestação de cuidados completos à pessoa e à família (...) acho que chocam (...) fundamentalmente pela crise (...) tem sido limitações, restrições de recursos humanos e materiais, isso põe muito em causa a nossa prestação de cuidados (...)” E17, verificamos um certo grau de insatisfação destes profissionais com a organização a que pertencem.

Segundo a OE (2004, p.4), “não é possível ter hospitais ou centros de saúde eficientes, desempenhando integralmente a respetiva missão sem profissionais motivados pelo seu trabalho e satisfeitos com as condições em que é prestado, incluindo nestas as contrapartidas materiais e imateriais recebidas”. Igualmente, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) destaca a satisfação dos profissionais como um dos parâmetros de avaliação periódica da qualidade dos cuidados e da efetiva utilização dos recursos numa perspetiva de custo-benefício.

Numa época de contenção de despesas, um dos maiores conflitos vividos nas instituições hospitalares é conciliar um baixo custo dos serviços de saúde com a prestação de cuidados de boa qualidade aos clientes (Ministério da Saúde, 2010). Os custos dos procedimentos de saúde podem ser suavizados em termos económicos, porém isto não deve, em eventualidade alguma, deteriorar a qualidade do atendimento prestado (Zoboli, et al., 2008).

Sabemos que os fatores económicos estão implicados na atenção à saúde, contudo até mesmo em instituições fora do âmbito da saúde, a lucratividade não é a única prioridade, pelo que não parece existir qualquer razão para tornar o lucro a primeira ordem nos serviços de saúde, ainda que não se possa tomar estas questões como menores (Werhane, 2000). Assim, as organizações devem servir ao cliente e aos propósitos de saúde em detrimento do atendimento económico.

Desta forma, poderá ser útil delimitar uma estratégia de estabelecimento de prioridades, que integre a utilização de uma estrutura suficientemente eclética, capaz de conciliar qualidade e contenção de custos. Várias têm sido as propostas neste sentido, particularmente a adoção de um modelo médico de prestação, que visa a generalização das práticas que se evidenciem empiricamente melhores, quando é feita a avaliação entre custo e qualidade. Este modelo possibilita que sejam identificadas intervenções ineficazes ou menos dotadas de qualidade e, desta maneira, viabiliza que seja reduzido o desperdício, ao mesmo tempo que são liberados recursos para outros propósitos (Pinho, 2008).

Outra estratégia passa pelo envolvimento de todos os intervenientes deste processo, a fim de minimizar conflitos internos e criar uma responsabilidade compartilhada. Para tal, cultivar uma gestão participativa, que admita o acompanhamento das decisões do hospital (Alan, 2008). Na verdade, instituições bem-sucedidas sabem valorizar os recursos humanos, que representam o seu principal património, investindo na melhoria da qualidade de vida no trabalho por saberem

que, para se inserirem de forma favorável no mundo globalizado é relevante preservar colaboradores saudáveis e motivados (Siqueira, et al., 2012).

A visão e a missão hospitalar devem, por isso, ser a declaração pública dos valores humanitários partilhados por todos que trabalham na organização (Alan, 2008), dado que “(...) não havendo essa partilha há prejuízo, não só da missão (...)” E5.

Verifica-se que, apesar de os participantes sentirem dificuldade em descrever a missão organizacional, na sua maioria atribuem a prestação de cuidados de qualidade como o principal propósito da respetiva instituição: “(...) a satisfação, a segurança do doente, a prática de qualidade são essenciais (...) para a missão da nossa instituição (...)” E11. Analogamente, Mezomo (2001) defende que a qualidade não é mais do que a propriedade de um serviço que o torna adequado à missão da organização, estabelecida para dar resposta às necessidades e expectativas dos utentes.

Nos serviços de saúde, o controle da qualidade tem-se tornando uma condição imprescindível à eficácia assistencial, realizada através da implantação de processos avaliativos dos serviços prestados. Uma das formas de monitorizar é através do uso de indicadores. O acesso a informação válida passível de ser traduzida em indicadores revela-se um pretexto desafiante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão sobre a ação dos enfermeiros (Bazzanella, et al., 2013).

A informação trata-se de um recurso nuclear neste processo organizacional, sendo essencial pensar em estratégias capazes de garantir a colheita sistemática e habitual dos dados necessários à produção dos indicadores, cuja aplicação promove mudanças contínuas que acrescentam valor aos cuidados de enfermagem (Machado, 2013).

A implementação de um processo de avaliação dos cuidados justifica-se pela importância em prevenir potenciais prejuízos consequentes de uma atividade realizada de forma não adequada. Perante isso, ganha relevância a aplicação da auditoria e uma Gestão de Qualidade (Padilha, 2010). A auditoria é um método que verifica a maneira pela qual os cuidados são fornecidos pela equipa de enfermagem, tendo por base padrões estipulados e dependentes da realidade que se pretende avaliar (D. Innocenzo, 2006).

O desempenho dos enfermeiros requer avaliação e atualização constantes com a finalidade de garantir um excelente nível de qualidade e salvaguardar a segurança do cliente e, a auditoria enquanto instrumento de controle do trabalho da equipa de enfermagem favorece a

oportunidade de reflexão individual e coletiva sobre a qualidade do exercício profissional como um todo (Bazzanella, et al., 2013).

Diante dos fatos, observamos que a implantação de instrumentos de avaliação do cuidado de enfermagem, como a auditoria são importantes porque fornecem informação sobre “(...) determinados resultados para sabermos se estamos ou não a ser efetivos (...)” E9, o que potencializa o desenvolvimento de uma cultura assistencial de excelência.

Na perspetiva de Donabedian (2003), cuidados de saúde de qualidade são um tipo de cuidados que maximiza o bem-estar do cliente, após ser ponderado o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que fazem parte do processo de cuidados.

A qualidade que origine ganhos significativos tem que ser gerida e delineada no seio das organizações, exigindo um conjunto de ações e estratégias tomadas no sentido de fazer correções e introduzir melhorias. Para planear uma estratégia adequada para a qualidade numa instituição de saúde é vital que a comunicação interna seja funcional. Cada instituição deve conhecer os seus colaboradores, assim como a definição que estes têm de qualidade (António, et al., 2007). A definição de qualidade de cada profissional reflete a sua atitude perante o fenómeno. Portanto, a forma como os enfermeiros encaram o cliente e como definem o cuidar, manifesta-se nos seus procedimentos e no que eles valorizam enquanto cuidado de qualidade.

Do ponto de vista organizacional, o comportamento humano pode ser estimulado por um grupo diversificado de fatores. Por conseguinte, a organização precisa de concretizar as relações positivas que se estabelecem entre a motivação, satisfação e desempenho dos mesmos (Cunha, et al., 2004). Uma das áreas que possibilita uma estimulação positiva do fator humano é a comunicação organizacional, particularmente atuando estrategicamente através da comunicação interna. Sem dúvida que, hoje em dia, é fundamental saber comunicar com o exterior, porém tão importante quanto isso é comunicar eficazmente para os públicos internos. A existência de um diálogo aberto entre gestores e colaboradores é vital para a instituição, pois se a comunicação interna não for eficaz, a comunicação externa poderá ter consequências nefastas (Almeida, 2013).

Diante do exposto, compreendemos que, se a “(...) a organização (...) não comunica da melhor maneira (...) as pessoas são capazes de não estar atentas aquilo que a organização se propõe (...)” E7, acabando por ficar prejudicada a implementação da missão/visão da organização no atendimento ao cliente (Zoboli, 2004).

Para que os profissionais sejam motores da qualidade é necessário implementar filosofias coerentes da gestão de recursos humanos, incluindo-os em sistemas educacionais que permitam alterar as suas formas de pensar e proceder. Contudo, para além de os munir de conhecimento é igualmente determinante motivá-los, criando um clima organizacional de compatibilidade entre colaborador e instituição (Rocha, 2006).

Também os participantes partilham da mesma ideia ao considerarem que, se a relação estabelecida provocar “(...) alguma insatisfação dos profissionais (...) isso acaba por ter (...) reflexo depois nos objetivos finais da instituição (...)” E5. Por outras palavras, se a relação entre a organização e profissional não for satisfatória, a desumanização dos cuidados será uma prática mais comum e, conseqüentemente, haverá um decréscimo na qualidade (Zoboli, 2004).

Da mesma forma, Leitão *et al.* (2005, p. 112) defendem “factores como baixo envolvimento, ausência de recompensa para o bom desempenho, comunicação ineficaz, ausência de informação, conflitualidade com as chefias (...) aliados a uma cultura burocrática, dominada pela conformidade e pela hierarquia, parece determinar um afastamento do caminho da qualidade”.

Podemos, então, afirmar que, sob o olhar dos participantes, toda a organização cuja missão/visão procura incrementar melhoria contínua da qualidade nos serviços que providencia, deve assegurar o planeamento, avaliação, envolvimento e compromisso de seus colaboradores, fomentando movimento e mudança capazes de catapultar a qualidade existente para padrões mais elevados.

Em síntese, os enfermeiros especialistas apontam os suportes teóricos para a prática, a organização dos cuidados de enfermagem, os conceitos de pessoa, ambiente e saúde, além dos conceitos organizacionais como fatores preponderantes a avaliar na Estrutura dada a sua potencialidade de introduzirem qualidade na assistência. Deste modo, funcionam como predecessores para a obtenção de ganhos em saúde, quando combinados com a avaliação processual.

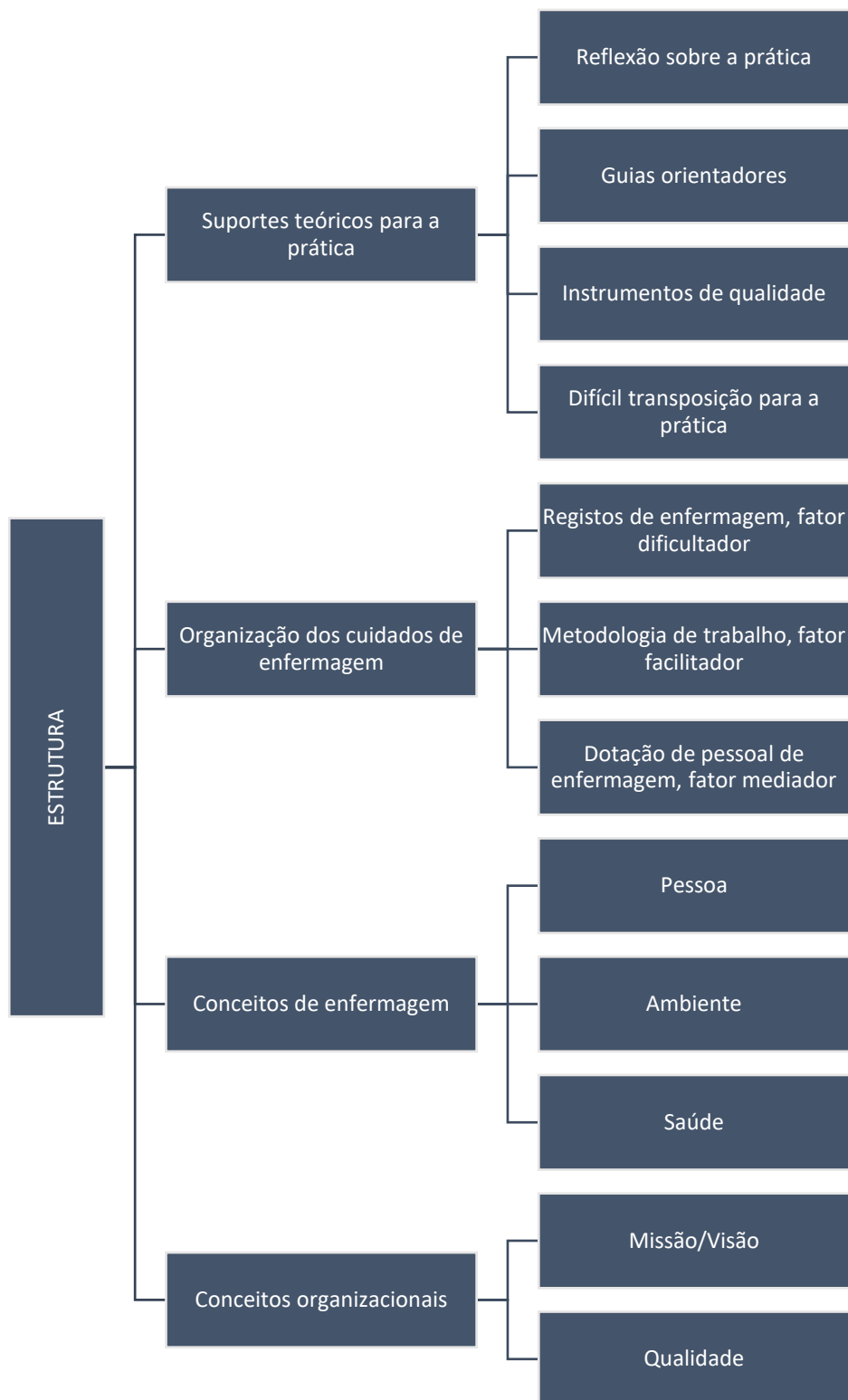


Figura 2: Categorias e subcategorias associadas à Estrutura

4.2 Desenvolvimento do Processo

No modelo de Donabedian, o Processo reporta-se ao conjunto de atividades que se desenvolvem entre profissionais e clientes e, ainda à forma como essas atividades são implementadas aquando da prestação de cuidados, incluindo a decisão clínica.

A análise do Processo tem como referencial o indivíduo e comunidade. Neste nível, realiza-se uma analogia entre as normas estipuladas e os procedimentos executados, determina-se as atividades desenvolvidas no atendimento e os aspetos intrínsecos à relação entre profissionais e cliente durante o período de assistência (D. Innocenzo, 2006; Pertence & Melleiro, 2010).

Da análise das narrativas dos entrevistados, encontramos cinco categorias que contemplam os atributos relevantes para o desenvolvimento do processo de enfermagem: tomada de decisão, conceções de cuidados, participação da família/convivente significativo, promoção da saúde e relação multidisciplinar.

ÁREA TEMÁTICA: Desenvolvimento do Processo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Tomada de decisão	Baseada no código deontológico	<i>“Em que me baseio? (...) aquilo que me guia, as orientações em termos deontológicas éticas do código de enfermagem (...)” E7;</i> <i>“(...) o nosso código deontológico, tudo aquilo que a Ordem tem desenvolvido (...)” E10;</i> <i>“Para além do básico que é o código deontológico e o REPE, que eu acho que acabamos todos por ter presente (...)” E17.</i>
	Baseada na evidência científica	<i>“(...) tenho que me basear naquilo que existe disponível e que a evidência científica nos diz (...) usando o termo certo, tento fazer uma prática baseada na evidência (...)” E1;</i> <i>“(...) o que está evidente é aquilo que é as boas práticas e realmente com aquilo que se consegue... seguindo aqueles procedimentos é que conseguimos bons resultados (...)” E9;</i> <i>“(...) muito, lá está, na pesquisa bibliográfica, na investigação científica (...)” E17;</i> <i>“(...) uma prática virada ou direcionada ou baseada na evidência científica, acho que é muito importante (...)” E17.</i>
	Baseada no conhecimento empírico	<i>“(...) há uma ou outra vez que, se calhar, o facto de ter nove anos de experiência de trabalho, também acho que já consigo tomar decisões baseadas naquilo que são os meus juízos e que se baseiam naquilo que já foi a minha experiência anterior (...) O meu conhecimento empírico que deriva do meu dia-a-dia também já me dá... alguma capacidade para tomar decisões (...)” E1;</i> <i>“(...) claro que a experiência é muito importante e, claro na minha maneira de pensar, é importante o nosso bom senso (...) para a tomada de decisões (...)” E4;</i> <i>“(...) o processo de tomada de decisão acaba por ser (...) um processo que tem que ser um pouco rápido, pelo menos em determinados momentos, pronto aqui baseio-me na experiência vivida, sem dúvida (...)” E5.</i>

Tabela 11: Achados das entrevistas relativamente à tomada de decisão

A tomada de decisão clínica em enfermagem é “um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano relacionado com a saúde” (Lunney, 2004 p. 21). A complexidade intrínseca aos cuidados de enfermagem pressupõe uma rede de processos de pensamento que determina a qualidade dos resultados.

Tomar decisões é o final da etapa conduzida pelo raciocínio. Todos os enfermeiros tomam decisões na medida em que fazem uma avaliação sobre as necessidades dos clientes, e decidem sobre que intervenções realizar, conduzindo, por último, à implementação da ação ou atitude.

Ao longo do trabalho de campo recolhemos dados que nos levam a identificar a tomada de decisão **baseada no código deontológico**: “Em que me baseio? (...) aquilo que me guia, as orientações em termos deontológicas, éticas do código de enfermagem (...)” E7. Esta afirmação vai de encontro ao preconizado pela OE, que pretende que as ações que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros se deve dotar de princípios humanistas e respeitar os valores e costumes, previstos no código deontológico. Desta forma, os enfermeiros mostram sensibilidade para lidar com as diferenças dos seus clientes, na sua tomada de decisão clínica.

É possível detetar, ainda, no discurso dos elementos participantes a alusão ao REPE. A publicação do REPE (1996) surge na procura de clarificação do “papel do enfermeiro” no âmbito dos cuidados de saúde, o qual se reporta a intervenções de enfermagem autónomas, distinguindo-as das intervenções interdependentes, estas últimas resultantes da prescrição/decisão de outro profissional que não o enfermeiro. As intervenções autónomas resultam da conceção do enfermeiro e pelas quais este profissional se responsabiliza. Posteriormente, em 2002, a Ordem dos Enfermeiros, refere que, no processo de conceção de cuidados, o “*enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções*” (p. 9), no sentido de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde.

Por sua vez, Nunes (2007) refere, no seu estudo, que a tomada de decisão fundamentada na evidência é um recurso de máxima importância na qualidade dos cuidados, em todos os domínios da intervenção de enfermagem. Os enfermeiros do presente estudo enaltecem este facto, declarando “(...) tenho que me basear naquilo que existe disponível e que a evidência científica nos diz (...) usando o termo certo, tento fazer uma prática baseada na evidência (...)” E1, distinguindo-se a subcategoria **baseada na evidência científica**.

De acordo com a OE (2002), no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro inclui os resultados da investigação na sua prática, reconhecendo que a elaboração de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem embasados de evidência representam uma condição que serve de base para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Dos dados recolhidos, averiguamos igualmente que a tomada de decisão pode ser **baseada no conhecimento empírico**, evidente através do relato “(...) o processo de tomada de decisão acaba por ser (...) um processo que tem que ser um pouco rápido, pelo menos em determinados momentos, pronto aqui baseio-me na experiência vivida (...)” E5.

A este propósito, torna-se pertinente fazer referência aos estudos de Benner que demonstram que, a análise dos dados que surgem no contexto clínico e o confronto com a informação memorizada, permitem ao enfermeiro fazer inferências sobre os dados que lhe são “apresentados”. Este processo decorre através da memória de trabalho, que por ter uma capacidade de armazenamento limitada, guarda a informação numa outra instância, a memória de longo prazo. Recorrendo à “memória de longo prazo”, é possível recuperar informação sempre que se atribui importância e se reconhecem padrões de acontecimentos semelhantes. A “memória de longo prazo” inclui a “memória situacional” que guarda o conhecimento que advém de experiências anteriormente vivenciadas. Deste modo, podemos afirmar que o repertório individual do enfermeiro, referente ao conhecimento prévio e às experiências precedentes, será decisivo no seu processo de tomada de decisão.

ÁREA TEMÁTICA: Desenvolvimento do Processo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Conceção de cuidados	Identificação de dados	<p><i>“(...) eu faço esse esforço de procurar o máximo de dados (...) os meus dados têm que ser verdadeiros para depois eu (...) poder tomar decisões (...)” E2;</i></p> <p><i>“(...) tentamos fazer (...) colheita de dados (...), portanto o processo de enfermagem (...)” E8;</i></p> <p><i>“(...) nós temos sempre essa preocupação... aqui faz parte da colheita de dados, identificar realmente os valores (...) de cada utente (...)” E16.</i></p>
	Focos de atenção dos enfermeiros especialistas	<p><i>“(...) o autocuidado é promovido, é a minha prática diária, aliás faz parte das funções de enfermagem de reabilitação e, é aí que eu batalho mais (...)” E3;</i></p> <p><i>“(...) eu levo mais tempo a fazer uma higiene com um doente ou o doente leva mais tempo a fazer uma higiene quando está comigo do que quando está a fazer com um colega meu que não esteja na área da especialidade de reabilitação, porque a minha tendência é sempre de promover o autocuidado (...) eles se autocuidando a eles próprios, o bem-estar advém” E9;</i></p> <p><i>“(...) como especialista de reabilitação, o meu foco é o autocuidado (...)” E9;</i></p> <p><i>“(...) readaptação funcional, eu sendo especialista em reabilitação, tento sempre que possível agir nessa área (...)” E13.</i></p>
	Delegação de atividades no âmbito dos focos de atenção	<p><i>“(...) delego mais atividades nas assistentes operacionais, mais na questão do bem-estar, dos autocuidados (...)” E4;</i></p> <p><i>“(...) quando delego claramente com preocupação e com a assunção da responsabilidade” E2;</i></p> <p><i>“(...) somos sempre nós que temos que dar resposta pelos nossos doentes (...) a responsabilidade é nossa (...)” E17;</i></p>
	Planeamento da alta	<p><i>“(...) cada pessoa entra a pensar já na alta, portanto que a pessoa seja autónoma em toda a parte funcional (...)” E10.</i></p>

Tabela 12: Achados das entrevistas relativamente à conceção de cuidados

Da investigação, foi possível constatar que inerente à conceção de cuidados, os participantes destacam a **identificação de dados** enquanto etapa fundamental na concretização do processo de enfermagem: *“(...) eu faço esse esforço de procurar o máximo de dados (...) os meus dados têm que ser verdadeiros para depois eu (...) poder tomar decisões (...)” E2.*

Será interessante fazer referência a Alfaro-Lefevre (2005) que considera a colheita, organização e verificação dos dados relativamente ao estado de saúde do cliente um meio que, realmente permite identificar os fatores de risco e os problemas existentes. Os dados a respeito

do aspeto físico, emocional e comportamental do cliente conseguem-se através de uma diversidade de fontes, sendo imprescindíveis para a tomada de decisão subsequente.

Neste contexto, vale ressaltar a capacidade do enfermeiro para incentivar a comunicação, na medida em que o seu encorajamento permitirá obter o máximo de informação. A comunicação com o cliente deve então ser considerada primordial, não somente para o reconhecimento de sinais, sintomas e problemas físicos, mas enquanto estratégia para a melhoria da qualidade do atendimento (Pontes, et al., 2008).

A partir da perceção dos dados extraídos, identifica-se a necessidade de construção de uma proposta de um plano de cuidados que permita re(estruturar) o processo de sistematização de assistência, otimizando o agir do profissional enfermeiro e induzindo a adoção de uma conduta que encaminhe de forma efetiva o complexo nível de cuidado fornecido ao cliente (Horta, 2005).

Dos dados clínicos que lhes são apresentados, os enfermeiros definem os seus **focos de atenção** de acordo com a relevância que lhe atribuem. Através da leitura reflexiva dos discursos, concluímos que, para os participantes, maioritariamente especialistas em enfermagem de reabilitação (88.24%)³, o bem-estar e autocuidado bem como a readaptação funcional representam os seus principais alvos de atuação.

A análise das notas de campo reforça isto mesmo “(...) eu levo mais tempo a fazer uma higiene com um doente ou o doente leva mais tempo a fazer uma higiene quando está comigo do que quando está a fazer com um colega meu que não esteja na área da especialidade de reabilitação, porque a minha tendência é sempre de promover o autocuidado (...)” E9, o que deixa transparecer a representatividade que esta área adquire para os enfermeiros especialistas, participantes do estudo.

A OE corrobora esta ideia ao perspetivar que, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação implementa planos de intervenção que visam a promoção de capacidades adaptativas para o autocuidado nos processos de transição de incapacidade ou de saúde-doença.

Também os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, consideram cruciais estas áreas de atenção “(...) os doentes estão cá vinte e quatro horas num internamento, todas as nossas intervenções (...) giram um pouco à volta deste bem-estar e autocuidado (...)”,

³ Valor percentual consultável no capítulo 3.

verificando-se uma unanimidade relativamente ao foco “bem-estar e autocuidado” ser de máxima importância, independentemente da especialidade.

Face à prevalência da população com doenças crónicas incapacitantes e ao envelhecimento demográfico, principais responsáveis pela dependência e incapacidade funcional a nível global, as políticas de saúde salientam a necessidade do autocuidado enquanto foco de atenção dos cuidados, dotando a pessoa e família de capacidades para a promoção do autocuidado nas atividades de vida diárias, de forma a gerirem autonomamente e eficazmente os seus processos de saúde-doença (Petronilho, 2012).

Da mesma forma, o foco “readaptação funcional” conquista o seu destaque no estudo: “(...) readaptação funcional, eu sendo especialista em reabilitação, tento sempre que possível agir nessa área (...)” E13.

Tendo em conta que a maioria da amostra participante é especialista em enfermagem de reabilitação e, que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como alvo a pessoa em todas as fases do ciclo vital, no sentido de “promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade” (OE, 2011, p. 5) conseguimos perceber que, os participantes integram uma conceção dos cuidados de enfermagem, onde emerge a especificidade dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Face aos focos de atenção explícitos nos discursos dos participantes – bem-estar e autocuidado e readaptação funcional – podemos afirmar que, na sua orientação prática de cuidados, os modelos de autocuidado e das transições revelam-se estruturantes para a otimização da qualidade no atendimento. Esta conclusão ganha consistência através da unidade de registo “(...) claramente na minha cabeça está o autocuidado e as transições como luzes orientadoras para os meus cuidados (...)” E2.

Na prática clínica dos profissionais de enfermagem pode ser necessário recorrer à **delegação das atividades** que concretizam as intervenções que dizem respeito aos focos de atenção “(...) delego mais atividades nas assistentes operacionais, mais na questão do bem-estar, dos autocuidados (...)” E4.

Com efeito, no setor enfermagem podemos constatar que, devido à escassez de profissionais se verifica que os enfermeiros assumem cada vez mais funções de supervisão, centrando-se na execução de cuidados que exigem um maior grau de capacidade (Henderson, 2007). Tal fato faz com que aspetos dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o

autocuidado, de função fundamental do enfermeiro, passem a cuidados delegados, sendo depositados às mãos de pessoal com menor grau de instrução.

Santos (2007) aponta que o profissional de enfermagem tem que ser meticoloso aquando da delegação, visto ser ele o responsável por tudo o que acontece. Assim, no momento de delegar, o enfermeiro deve saber se o elemento da sua equipa está capacitado para desempenhar aquela atividade. Delegar erradamente traduz-se em prejuízo para a instituição e insatisfação pessoal. A delegação trata-se de um relacionamento mútuo em que se concede responsabilidade, ministra-se autoridade e requer-se feedback.

O mesmo autor é corroborado pelos participantes do estudo que consideram “(...) é importante também sabermos em quem vamos delegar (...) temos que (...) avaliar aquela pessoa, aquele assistente operacional, se está capaz, se tem responsabilidade para executar essas atividades” E4. Esta preocupação de avaliar a capacidade de desempenho naquele em que se delega vem revelar que os participantes apresentam conhecimento face à responsabilidade permanecer sua ao longo de todo o processo da delegação, como comprova o seguinte excerto “(...) somos sempre nós que temos que dar resposta pelos nossos doentes (...) a responsabilidade é nossa (...)” E17.

Desta forma, consideramos estar patente o que é expectável pela OE (2002) relativamente ao enunciado descritivo “bem-estar e autocuidado”, portanto o enfermeiro deve assumir a “responsabilização pelas decisões que toma, pelos actos que pratica ou delega” (p. 16).

Na perspetiva dos nossos participantes, há uma tendência das assistentes operacionais, para um padrão de substituição do doente “(...) optam muitas vezes mais por substituir o doente do que promover a adaptação ou a independência (...)” E14, pelo que acentuam a necessidade de haver um reforço junto destes profissionais para a promoção do autocuidado e bem-estar “(...) esforçamo-nos para que elas também estimulem o doente a fazer. Falo para ir ao chuveiro, não é para elas chegarem lá e darem banho à doente (...) lavam só aquilo que a pessoa não de todo não é capaz de o fazer ou não o deve fazer (...)” E8.

Temos consciência que, se a promoção do autocuidado não for incutida na prática dos profissionais que desempenham as atividades que lhes foram delegadas, o que se observa é que “(...) a gente esteve a substituí-lo e o doente realmente ficou com a higiene feita, alimentou-se bem (...) mas nós não estamos realmente a ver o doente com um todo (...)” E9, o que não proporciona uma prestação de cuidados baseada no modelo holístico.

Watson (2002, p. 39) explica que “a enfermagem e cuidados de saúde de qualidade, exigem hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano. O fenómeno de saúde-doença deve ser abordado a partir de uma base conceptual ampla”. A dimensão holística deve, por isso, ser incorporada na abordagem dos cuidados centrados na pessoa visando “sobretudo o bem-estar do doente” (Rodrigues, 2003 p. 97).

Não menos importante que promover o autocuidado, é assegurar o **planeamento da alta** face às necessidades do cliente, salvaguardando o seu bem-estar e a readaptação no regresso ao domicílio (Hoeman, 2000), sendo um objetivo presente na conceção dos enfermeiros participantes.

O planeamento da alta deve ser iniciado no momento da admissão do doente, potenciando uma preparação para o domicílio o mais eficiente possível e, desta forma, uma continuidade de cuidados. Nogueira (2003, p. 76) cita que “o sucesso do plano de alta, independentemente do quadro do utente, vai depender dos profissionais envolvidos e, principalmente do momento do seu início”. Corroborando esta afirmação, um dos enfermeiros salienta que “(...) cada pessoa entra a pensar já na alta, portanto que a pessoa seja autónoma em toda a parte funcional (...)” E10.

Neste seguimento, logo após a entrada do doente, um conjunto de profissionais prepara e reúne todas as condições para que um plano de continuidade de assistência seja providenciado (Ventura, 2011). Santos (2002) preconiza que a continuidade de cuidados deve revelar-se o resultado final desejável de todo o planeamento da alta, que capacitará o doente a potencializar a sua adaptação perante a nova situação.

Consideramos que o momento da alta deve acontecer quando o doente apresenta todas as competências e condições para conseguir atender às suas necessidades e concretizar as atividades de vida diárias autonomamente, ou recorrendo a equipamentos ou assistência da família/cuidador, nas tarefas que não seja capaz de desempenhar sozinho. Portanto, quanto mais precocemente for dada alta, mais estruturadas devem ser as orientações para a continuidade do tratamento.

ÁREA TEMÁTICA: Desenvolvimento do Processo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Participação da família/convivente significativo	Assunção do papel de prestador de cuidados	<i>“(...) temos que encontrar na família alguém que assuma um papel que, muitas vezes, não pensou desempenhar tão cedo (...) temos de perceber o quanto somos significativos para essas pessoas (...)” E2;</i> <i>“(...) uma família que aparentemente muito presente aqui no hospital (...) mostra disponibilidade para até substituir a pessoa em determinado cuidado (...) e, tu avalias e, de fato, verificas (...) que a pessoa tem um desempenho em crescendo (...)” E5.</i>
	Garantia de continuidade de cuidados após a alta	<i>“(...) quando a família deseja e muitas vezes é proposta até por nós que alguém da família ou (...) o cuidador venha aprender a fazer as coisas, para que haja uma segurança nos cuidados em casa (...)” E8;</i> <i>“(...) ao envolvermos a pessoa significativa (...) nos cuidados... é uma forma de (...) começarem a lidar com o utente na situação de saúde em que está e (...) quando chegarem a casa não terem tantas dificuldades (...)” E9.</i>

Tabela 13: Achados das entrevistas relativamente à participação da família/convivente significativo

No estudo desenvolvido por Holman (2000), os clientes apontam o envolvimento da família e deles próprios no processo de cuidados como indicadores de qualidade da assistência. Da mesma forma, verificamos no nosso estudo que a participação da família/convivente significativo se revela determinante para o desenvolvimento do processo de enfermagem.

Perante o testemunho “(...) é mesmo necessário que o prestador de cuidados seja incluído em todo o planeamento desde a admissão até à alta (...)” E1, é perceptível a preocupação com o “envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados”, assumido pela OE (2002 p. 14).

O aumento da longevidade, aliado à prevalência de doenças crónicas, trouxe uma maior dependência das pessoas no domínio do autocuidado, pelo que a necessidade de um familiar adotar o papel de prestador de cuidados se tem acentuado exponencialmente. Portanto, um aspeto sobre o qual os enfermeiros se devem debruçar prende-se com a avaliação das necessidades da família relativamente à **assunção deste papel**. A intervenção inclui esclarecer a necessidade dos cuidados, providenciando a assistência necessária. O enfermeiro “identifica os

recursos de coping das famílias para resolver eficazmente as crises associadas aos processos de transição” (O.E. 2009 p.38).

Os participantes mostram-se atentos nesse sentido “(...) temos que encontrar na família alguém que assuma um papel que, muitas vezes, não pensou desempenhar tão cedo (...) temos de perceber o quanto somos significativos para essas pessoas (...)” E2. De fato, cuidar de alguém dependente requer percepção sobre a estrutura e os processos familiares, as características da condição, o tempo exigido e a importância da orientação por profissionais de saúde, pelo que considerando isto, a família deve ser tida como elemento responsável pela saúde de seus membros, precisando ser ouvida, respeitada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar (Peternella, et al., 2009).

No estudo conduzido por Kerr (2001), citado por Simões e Grilo (2012), a família alude a falta de preparação para cuidar de seus familiares, como consequência de uma participação inadequada no processo de cuidados (Marques, 2007). Perante a alta hospitalar, os cuidados ao doente dependente serão alvo de uma sobrecarga no seio familiar, evidenciando a relevância do prestador de cuidados, sendo imperativo perceber quais as suas competências e necessidades na assunção deste papel (Leão, 2012).

Enquanto elemento crucial para a continuidade de cuidados dos seus familiares dependentes, a família tem que ser introduzida no processo de cuidar, através de acompanhamento e informação, de modo a otimizar competências que lhe possibilitem minimizar o desequilíbrio familiar, assegurando a qualidade dos cuidados (Moreira, 2001).

Preparar o familiar para os cuidados no domicílio é um método que pretende **garantir a continuidade dos cuidados após a alta**, visando a manutenção ou melhoria do estado de saúde do cliente. As orientações precisam ser ações programadas tendo em conta a realidade de cada cliente com o intuito de minorar inseguranças, incrementar qualidade de vida social e familiar, evitar complicações e prevenir reinternamentos (Gracioto, et al., 2006).

Os participantes mostram-se sensibilizados sobre a prevenção de re-hospitalizações adotando uma postura encorajadora para com os familiares “(...) quando a família deseja e muitas vezes é proposta até por nós que alguém da família ou (...) o cuidador venha aprender a fazer as coisas, para que haja uma segurança nos cuidados em casa (...)” E8.

Em virtude de muitas respostas insuficientes por parte da RNCCI, ganha destaque a importância dos cuidados que a família pode assumir e de que maneira os enfermeiros podem intervir nas necessidades sentidas e identificadas em contexto domiciliário. Para assumirem o

papel de cuidador, a família experiencia mudanças no seu papel social e atividade profissional. Na eventualidade de falta de preparação para o cuidado, o cuidador vivencia sentimentos de ansiedade que são substituídos por segurança, a partir do momento em que se consegue estruturar e conceber o cuidado por uma perspetiva diferente (Pires, 2012).

Considerando o explanado, torna-se essencial a intervenção dos enfermeiros junto da família cuidadora, para uma adaptação adequada, colaborando para melhorar a qualidade de vida de seus familiares.

ÁREA TEMÁTICA: Desenvolvimento do Processo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Promoção da saúde	Focalização nos ensinamentos	“(…) na promoção da saúde, acho (…) praticamente são os ensinamentos, não é…” E15; “(…) nesta área, muitas das vezes, o que fazemos (…) muitos ensinamentos (…)” E9; “(…) temos esse conjunto de folhetos (…) são os que nós utilizamos para ceder aos doentes e para fazer educação para a saúde” E13.
	Conhecimento/aprendizagem adquiridos	“(…) conseguirmos validar e perceber se realmente os ensinamentos tiveram efetividade e foram bem aceites e… tiveram realmente algum efeito a nível dos utentes (…)” E9; “(…) fazer um follow-up a todos os doentes que tiveram ensino por parte do enfermeiro (…)” E16.
	Indisponibilidade temporal para investir na promoção da saúde	“(…) acho que todos os momentos que nós temos com os doentes são importantes para esses ensinamentos para a promoção, por vezes a disponibilidade não é muita, isso é certo (…)” E4; “relativamente à promoção da saúde, acho que poderia fazer muito mais (…) se calhar, como temos muitas… muitas tarefas (…) a promoção que poderíamos estar ali a falar com o doente (…) penso que não se tem muito tempo (…) talvez o investimento não tenha sido máximo nessa área” E11; “(…) no internamento, tanto pela falta de tempo (…) é praticamente impossível atuar na área da promoção da saúde (…)” E14.

Tabela 14: Achados das entrevistas relativamente à promoção da saúde

A promoção da saúde trata-se de um enunciado descritivo da qualidade de máxima importância, representando para a OMS, um processo que capacita as pessoas para que consigam o controlo sobre fatores determinantes da saúde, através da divulgação e instrução de estratégias que lhes permitam fazer escolhas saudáveis.

Sobre este assunto, os enfermeiros sublinham a **focalização nos ensinios** como pertinente para a prática de enfermagem, aludindo que “(...) na promoção da saúde, acho que (...) praticamente são os ensinios (...)” E15.

Tendo em conta este relato, constatamos a intenção dos enfermeiros em realizar promoção à saúde recorrendo a estratégias de educação. Porém, para Bezerra (2014), eles não conseguem desenvolver o seu processo de trabalho apenas com o desenvolvimento destas atividades, caso não seja explorado se efetivamente ocorreu a adoção dessas estratégias e que impacto tiveram elas na vida dos clientes.

Julgamos que a informação constitui uma necessidade real dos clientes, na medida em que permite que sejam construídas atitudes positivas perante a doença e uma participação fundamentada na tomada de decisão. Entendemos que a informação adquire um papel essencial nos programas de educação para a saúde, tornando-se a matéria prima para a instrução de estratégias.

Contudo, de acordo com a OMS, embora a promoção da saúde e a educação para a saúde sejam termos habitualmente aplicados com o mesmo significado, a educação para a saúde relaciona-se essencialmente com a disponibilização de informação no sentido de mudar comportamentos individuais. Por outro lado, a promoção da saúde tem um âmbito muito mais vasto e abrangente. Neste contexto, Laverack (2008) conclui que a educação para a saúde está integrada na promoção da saúde, não sendo a sua única forma de atuação.

Perante isto, entendemos que o enfermeiro não deve adotar uma simples postura de transmissor de informação, dado que existem fatores que, direta ou indiretamente, podem condicionar a informação ao doente, devendo por isso ser tidos em conta. O enfermeiro deve, antes de tudo, identificar os conhecimentos que o doente detém, as suas necessidades de informação, para sucessivamente elaborar um plano de cuidados personalizado.

Tendo por base as intervenções de enfermagem implementadas no âmbito da promoção da saúde, espera-se que o enfermeiro avalie o **conhecimento\aprendizagem adquiridos**, determinando se as estratégias que adotou produziram o efeito pretendido (Bezerra, 2014). Este facto é salientado pelos participantes que assinalam ser importante “(...) conseguirmos validar e perceber se realmente os ensinios tiveram efetividade e foram bem aceites e... tiveram realmente algum efeito a nível dos utentes (...)” E9.

No entanto, no contexto da prestação de cuidados sabemos que o enfermeiro não consegue permanecer continuamente junto dos doentes que estão aos seus cuidados, pelo que

os participantes atribuem a **indisponibilidade temporal** como fator que dificulta a implementação de mais intervenções que enfatizem a magnitude desta área “(...) no internamento, tanto pela falta de tempo (...) é praticamente impossível atuar na área da promoção da saúde (...)” E14, tornando-se uma área que carece de ações de enfermagem em instituições hospitalares.

Pesquisas recentes evidenciam que os profissionais de saúde que exercem a sua atividade em ambiente hospitalar consideram não ter condições para desempenhar atividades no âmbito da promoção da saúde (Silva, et al., 2011). Vale sublinhar que nestes contextos os profissionais são formatados para estarem direcionados para o modelo de cuidado à doença e a sua atenção é orientada ao tratamento e cura, ainda que na base da sua formação, os mesmos tenham sido educados no sentido de estratégias de promoção da saúde.

Contudo, atendendo à realidade dos hospitais públicos pode-se inevitavelmente afirmar que não são um espaço exclusivo de práticas de cura e reabilitação. Podem ser um espaço de promoção da saúde, através de uma abordagem que permita a sua institucionalização. Entre as estratégias propostas sobressai a criação de espaços coletivos que permitam a discussão entre os elementos da instituição hospitalar, enfatizando-se a escuta dos clientes. Para o processo de mudança, as atividades de promoção da saúde devem educar e incentivar o cliente a reduzir os fatores de risco, prevenir doenças e ajudá-lo a maximizar o seu potencial de saúde e bem-estar, através da adoção de um estilo de vida positivo (Rollo, 2006).

A relação multidisciplinar foi outra conceção evidenciada, distinguindo-se três subcategorias nesse âmbito: comunicação do conhecimento específico de enfermagem, reconhecimento da posição privilegiada de enfermagem e valorização das intervenções de enfermagem.

ÁREA TEMÁTICA: Desenvolvimento do Processo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Relação multidisciplinar	Comunicação do conhecimento específico de enfermagem	<p><i>“(…) hoje já temos uma opinião, já temos conhecimentos científicos e cada vez mais nós (….) conseguimos (….) contrapor, justificar, argumentar (….) vendo os resultados, nós conseguimos provar que somos efetivos na equipa (….)” E9;</i></p> <p><i>“(…) consigo muito bem transmitir os meus conhecimentos específicos de reabilitação (….) à equipa multidisciplinar e são muito bem-recebidos” E3;</i></p>
	Reconhecimento da posição privilegiada de enfermagem	<p><i>“(…) veem que nós temos um maior conhecimento sobre o doente (….) que estamos com ele todo o dia (….) acaba por ser muito facilitado para eles o nosso conhecimento sobre o doente (….)” E4;</i></p> <p><i>“(…) o enfermeiro em contexto hospitalar acaba por ser um interlocutor do doente para os vários profissionais da equipa multidisciplinar (….)” E4;</i></p> <p><i>“(…) nós temos uma visão muito abrangente do utente (….) as outras equipas que se focam em pequenos pormenores e não têm a visão global como nós temos, portanto, esse papel do enfermeiro é reconhecido (….) além de que, o enfermeiro é o único que passa vinte e quatro junto do utente (….) portanto, o médico, o fisioterapeuta, a assistente social, a dietista, vêm sempre tirar, esclarecer dúvidas com o enfermeiro, portanto, esse papel é valorizado” E16.</i></p>
	Valorização das intervenções de enfermagem	<p><i>“(…) já começam a reconhecer mais, principalmente nas áreas de especialidade (….) por exemplo (….) os médicos (….) pedem muito a opinião ao enfermeiro especialista de reabilitação (….)” E1;</i></p> <p><i>“(…) como especialista, eles veem-me já como mais uma mais-valia (….)” E6;</i></p> <p><i>“(…) eu sou procurada como especialista de reabilitação e… eu sinto que tenho importância tendo esta especialidade (….) eles veem a importância disso e reconhecem-na (….) conseguimos ganhar o nosso lugar dentro da equipa multidisciplinar, somos efetivos, somos visíveis (….)” E9;</i></p> <p><i>“(…) solicitam-me por saberem que eu tenho a especialidade em reabilitação (….)” E13;</i></p> <p><i>“(…) esta questão de haver mais especialistas (….) nota-se cada vez mais, mesmo a parte médica a procurar-nos muito (….)” E17.</i></p>

Tabela 15: Achados das entrevistas relativamente à relação multidisciplinar

Na área da saúde é essencial saber interagir com outras pessoas. Uma das bases de trabalho do enfermeiro refere-se às relações humanas, quer sejam com o cliente, seus familiares ou com a equipa multidisciplinar.

Para a manutenção dos padrões de trabalho, da articulação entre enfermeiro e os membros da equipa multidisciplinar e, a obtenção de satisfação pessoal é crucial uma boa comunicação. No contexto da prática assistencial de enfermagem, a comunicação revela-se uma ferramenta básica para o cuidado, sendo fundamental para a satisfazer as necessidades do cliente.

No presente estudo, a comunicação considera-se “(...) fundamental para o bom funcionamento do serviço e para a própria organização do trabalho (...)” E17, sendo enaltecida a sua importância para a concretização do processo de enfermagem. É necessário salvaguardar que, a comunicação, por vezes, mostra-se inadequada, provocando diferentes interpretações, as quais contribuem para que ocorra ambiguidade na transmissão de informação. As falhas de comunicação podem prejudicar o desempenho individual do profissional, mas também de toda a equipa, colocando em causa a qualidade dos cuidados. Portanto, é imperativo que a comunicação seja processada eficazmente desde o emissor até aos mais variados recetores.

A ação de enfermagem tem-se constatado fundamental à comunicação com os outros membros da equipa multidisciplinar relativamente às condutas adotadas no atendimento, tendo em pensamento que, as informações não são exclusivas a um único campo de saber quando o trabalho é desenvolvido entre profissionais de diferentes disciplinas da área da saúde (Moril, 2013). Para que o trabalho em equipa seja desempenhado com êxito é essencial manter uma comunicação interdisciplinar apropriada, por meio de uma atitude de abertura. Nesse sentido, devem ser reconhecidas as competências e autonomia dos vários grupos profissionais integrados, contando com os seus conhecimentos próprios, e havendo uma partilha de responsabilidade de todos os elementos.

Deste modo, os enfermeiros especialistas do estudo veem na **comunicação** uma oportunidade para transmitir **conhecimento específico de enfermagem** aos restantes elementos da equipa de saúde. Sob este ponto de vista, a comunicação é encarada como um instrumento capaz de assegurar o trabalho colaborativo na equipa multidisciplinar, uma vez que funciona como um método de partilha e articulação dos diferentes saberes, tirando partido dos mesmos para benefício de todos.

Atualmente, a comunicação interdisciplinar é uma exigência e um desafio para todos os profissionais e instituições que estão interessados na colaboração intersectorial em saúde, admitindo uma prestação de cuidados mais completa, centrada nas necessidades dos clientes (Neves, 2012).

Thompson e Dowding (2002) alegam que a construção de um corpo de conhecimentos constitui uma base para a prática. Logo, ao serem comunicados eficazmente para os restantes elementos da equipa de saúde, os enfermeiros demonstram que as suas decisões são cientificamente fundamentadas, traçando-se um caminho para que seja reconhecida a autonomia da profissão. A relação entre um corpo de conhecimentos e a tomada de decisão sublinha-se um dos elementos essenciais para proporcionar um estatuto profissional.

A enfermagem enquanto disciplina que assenta o seu desenvolvimento no pilar da qualidade e pretende a melhoria contínua da qualidade, tem que evoluir para níveis mais rigorosos do conhecimento específico em conformidade com níveis similares da qualidade, sendo uma exigência para a enfermagem e enfermeiros.

De acordo com o excerto “(...) hoje já temos uma opinião, já temos conhecimentos científicos e cada vez mais nós (...) conseguimos (...) contrapor, justificar, argumentar (...)” E9, verifica-se que sempre que são chamados os saberes inerentes à profissão, torna-se possível demonstrar perante a equipa de saúde os resultados das intervenções de enfermagem e, “(...) vendo os resultados, nós conseguimos provar que somos efetivos na equipa (...)” E9.

De facto, nos achados de Furne e seus colaboradores (2001) é perceptível que a ausência de um corpo de conhecimentos na prática pode condicionar a compreensão da restante equipa de saúde sobre as competências dos profissionais de enfermagem.

Através da análise do registo “(...) consigo muito bem transmitir os meus conhecimentos específicos de reabilitação (...) à equipa multidisciplinar e são muito bem-recebidos” E3, constatamos interesse e empenho em garantir que os conhecimentos emitidos demonstrem “(...) visibilidade enquanto representação social do nosso papel (...) para os outros profissionais da equipa de saúde (...)” E2.

Os enfermeiros ao serem capazes de transmitir eficazmente os seus conhecimentos reduzem a duplicação de esforços e rentabilizam competências, salvaguardando a sua parceria na compreensão dos problemas de saúde e a sua participação nos processos decisórios do plano terapêutico (Rocha & Almeida, 2000 cit. por Humphris, 2007).

No estudo desenvolvido por Shaw e seus parceiros (2005), torna-se evidente que nas práticas hierarquizadas impera a ausência de objetivos partilhados e a incapacidade em comunicar, o que dificulta o desenvolvimento de um trabalho em equipa eficiente. Neste tipo de práticas, o papel dos enfermeiros é limitado no que concerne à participação no planeamento e tomada de decisões dos cuidados de saúde.

Deste modo, para que o funcionamento da equipa seja eficaz, os profissionais têm que compreender as diferentes funções e responsabilidades de cada âmbito disciplinar. Este respeito pelos diferentes papéis e a capacidade de o demonstrar foram igualmente considerados essenciais para uma relação multidisciplinar otimizada, conforme é referido “(...) parte do respeito pela nossa função é o que leva, muitas vezes, à articulação com a equipa ser ideal” E11.

Investigações anteriores revelam que a forma como o profissional de enfermagem se sente em relação ao seu papel na equipa multidisciplinar e o seu reconhecimento condiciona a qualidade da assistência prestada por esse profissional (Andrade & Cardoso, 2013).

No presente estudo, é relatado pelos participantes que a profissão de **enfermagem é reconhecida pela sua posição privilegiada** junto do cliente.

Do trabalho de campo, citações como “(...) veem que nós temos um maior conhecimento sobre o doente (...) que estamos com ele todo o dia (...) acaba por ser muito facilitado para eles o nosso conhecimento sobre o doente (...)” E4, demonstram que o profissional enfermeiro é reconhecido pelos demais profissionais de saúde como um elemento articulador e integrador dos diferentes saberes, especialmente, por ser uma presença permanente junto ao cliente e, por detetar mais facilmente as alterações que ocorrem ao longo das vinte e quatro horas do dia (Nascimento, *et al.*, 2008).

A declaração anterior vai de encontro ao estudo elaborado por Erdmann (2009) que atribui ao enfermeiro a capacidade de funcionar como canal de comunicação multiprofissional e aquele que estabelece a ponte de informações entre os membros da equipa de saúde. De acordo com este pensamento, “(...) o enfermeiro em contexto hospitalar acaba por ser um interlocutor do doente para os vários profissionais da equipa multidisciplinar (...)” E4.

No seu estudo, Neves (2012) admite que se deve tirar proveito dos enfermeiros serem os profissionais mais próximos do doente e famílias no acesso aos cuidados para a tomada de decisões ao longo de todo o ciclo de vida. Diante disto, a classe profissional de enfermagem tem vindo a conquistar uma crescente valorização e inserção nos diferentes serviços de saúde (Nascimento, *et al.*, 2008).

Nesse enquadramento, no nosso estudo surge a subcategoria **valorização das intervenções de enfermagem** atribuída pelos demais profissionais. No entanto, através da análise dos dados, foi possível constatar algumas diferenças relativamente a este assunto, pelo que a valorização adquire tanto uma conotação positiva como negativa.

A proximidade com os profissionais da equipa de saúde, particularmente com os médicos, cria influências que impelem a uma perspetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem focada nas intervenções que integram a decisão médica, ou seja, nas intervenções orientadas para a gestão de sinais e sintomas associados a quadros patológicos (Machado, 2013).

Do encontrado, os participantes conferem a esta particularidade uma conotação negativa, na medida em que, aqui a valorização recai apenas sobre as intervenções interdependentes. A título de exemplo, “(...) os próprios médicos do serviço querem é consultar dados de vigilância que são as interdependentes e as autónomas em termos de ganhos, no que o doente possa ter em termos de dependência ou assim não são consultadas de uma forma sistemática e valorizadas (...)” E14.

Face ao exposto, deparamo-nos com um cenário, no qual o atendimento é prestado em função do diagnóstico médico, o trabalho de enfermagem realizado em prol de tratar a doença, onde o médico é o protagonista (Pai, et al., 2006). Neste cenário, o que se verifica é que “(...) atividades interdependentes (...) prescrições específicas de monitorizar isto, vigiar isto, vigiar aquilo (...) essas têm que ser obrigatoriamente atendidas (...)” E14, ficando a atuação do enfermeiro apenas pela sustentação às práticas médicas, tornando-se um trabalho suplementar, subordinado aos profissionais de medicina, com pouca ou nenhuma autonomia.

Relativamente a este propósito, é conveniente fazer alusão ao estudo de Delva (2008), onde são bem perceptíveis as diferenças de poder na equipa. Nestas práticas, o papel desempenhado pelo enfermeiro assume uma perceção estereotipada pelos outros profissionais, sendo comprometedora do processo de trabalho em equipa.

Relembramos que, o que a equipa de saúde pensa do profissional enfermeiro é realmente um aspeto a considerar, visto que a projeção de uma imagem negativa dificulta o desenvolvimento do exercício profissional. Todavia, se o ambiente de trabalho for percebido como menos hierárquico, os enfermeiros conseguem dispor de oportunidades para usufruir da sua iniciativa no desenvolvimento dos cuidados e manifestar a autonomia da profissão (Neves, 2012). Quando inseridos neste tipo de ambiente de trabalho, aliado a um esforço contínuo e ativo dos enfermeiros em procurar explanar os seus conhecimentos individuais, é permitido que

a valorização das intervenções autónomas de enfermagem conquiste uma conotação positiva: “(...) eles têm valorizado o papel do enfermeiro muito mais (...)” E16.

De fato, no entender dos participantes “(...) o enfermeiro sim tem que dar resposta a prescrições (...) mas, tem também a tal área autónoma que, inconscientemente, os médicos não veem isso, mas que concorre também para a melhoria de outras situações (...)” E14, é necessária a valorização das intervenções autónomas da profissão, no sentido de ampliar a visibilidade do saber e do fazer em enfermagem (Machado, 2013).

Tendo em conta que a visibilidade profissional é construída a partir das atitudes individuais que formam o coletivo, é essencial que cada profissional de enfermagem se responsabilize pelas suas ações e se desacomode, de modo a intervir proactivamente no seio da equipa multiprofissional, articulando as suas competências dotadas de evidência técnica e científica (Erdmann, et al., 2009).

A compreensão da importância das intervenções específicas de enfermagem e o respeito pelas suas funções na equipa contribuem para um maior empenho destes profissionais nas suas práticas quotidianas, refletindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados (Neves, 2012), permitindo à profissão conquistar mais voz e vez nos campos de atuação multidisciplinar.

Em conformidade com o exposto estão os sujeitos do estudo, quando referem “(...) eu sou procurada como especialista de reabilitação e... eu sinto que tenho importância tendo esta especialidade (...) eles veem a importância disso e reconhecem-na (...) conseguimos ganhar o nosso lugar dentro da equipa multidisciplinar, somos efetivos, somos visíveis” E9. Apesar da crescente valorização da autonomia do profissional enfermeiro, percebemos que, para os participantes do estudo, essa valorização é mais evidente em titulares de uma especialidade.

Concordamos que os achados indiciam que os outros profissionais da equipa de saúde nem sempre valorizam as funções e âmbito da prática dos enfermeiros ou as suas intervenções autónomas, o que contribui para uma perceção do seu papel baseada em estereótipos descontextualizados que influenciam a dinâmica da equipa. No entanto, parece existir a consciência de que o reconhecimento do papel dos enfermeiros tem sido progressivamente conquistado e, é fundamental para um processo de cuidados que tem por base um trabalho em equipa verdadeiramente multidisciplinar, cuja finalidade é prestar cuidados de saúde com qualidade.

Só uma equipa verdadeiramente multidisciplinar retira o máximo proveito dos conhecimentos e habilidades de cada profissional e de cada profissão, permitindo uma prática

potenciadora de crescimento pessoal, profissional e organizacional, caminhando, portanto, com destino à qualidade dos cuidados de saúde (Humphris, 2007 cit. por Nunes *et al.*, 2010).

Para que assim seja, os sujeitos do estudo reparam que “(...) cada vez mais os profissionais das outras áreas reconhecem a nossa intervenção e que aliados a nós (...) atingem os objetivos que se comprometem” E4, denotando que a profissão de enfermagem tem conseguido distinguir-se enquanto disciplina com corpo próprio de conhecimentos. No entanto, sabemos que para isso acontecer de forma contínua e gradual é fundamental que o enfermeiro realize a construção de novos conhecimentos e os incorpore nas práticas, possibilitando essa transposição que se tornem sujeitos das suas ações na busca de transformações marcantes para a enfermagem.

A necessidade de se investir na formação e na produção de conhecimento é realçada pelos elementos participativos no estudo, pois argumentam “(...) em termos de conhecimentos, de conhecimento cientificamente comprovado, houve uma grande preocupação ultimamente, em os enfermeiros cada vez mais investirem na sua formação (...)” E4. Assim, para que ocorra o reconhecimento do profissional de enfermagem pela equipa de saúde é vital que este procure saberes coerentes com o seu foco de cuidados (Roese, et al., 2005). A produção de conhecimento concebida na pós-graduação pode aprimorar a prática da enfermagem, posicionando a profissão em evidência.

Para isso, é imperativo que o processo de enfermagem seja implementado com rigorosidade, pois como refere um dos participantes “(...) sempre que é feito com rigor, eu não tenho dúvidas nenhuma que ele é aceite (...)” E2, o que exige do enfermeiro capacidades cognitivas e interpessoais. Este é um instrumento de suporte que dá resposta às necessidades dos clientes, objetivando as intervenções autónomas de enfermagem baseadas nos conhecimentos puros de enfermagem, cuja implementação contribui para o desenvolvimento de uma assistência com qualidade, elucidando o trabalho do profissional enfermeiro (Phaneuf, 2001).

Com a construção de saberes específicos que contribuem para a atenção integral às pessoas, os profissionais de enfermagem têm conquistado, aos poucos, o seu espaço interdisciplinar, obtendo o tão almejado reconhecimento dos outros profissionais: “(...) os outros profissionais cada vez mais valorizam a nossa opinião, a nossa forma de pensar (...) atuam e trabalham em conjunto connosco (...)” E4. Acreditamos que a partilha de conhecimentos entre as variadas áreas poderá concorrer para “juntar várias visões e várias necessidades numa

única (...) para atingir um objetivo (...)” E8, o qual passa pela construção de um saber direcionado para um melhor atendimento, tornando os profissionais de saúde mais autónomos nesse processo (Roese, et al., 2005).

Temos consciência que, tal como presente no pensamento dos profissionais de enfermagem participantes, “(...) não conseguimos qualidade em saúde só tendo qualidade em enfermagem, tem que ser uma ação multidisciplinar (...)” E5.

Em jeito de síntese, no nosso estudo ganha relevância a tomada de decisão, a conceção de cuidados, a participação da família/convivente significativo, a promoção da saúde e ainda a relação multidisciplinar como componentes a serem avaliados no âmbito processual, de tal forma que sejam detetadas oportunidades de melhoria contínua da qualidade para a obtenção dos resultados esperados.

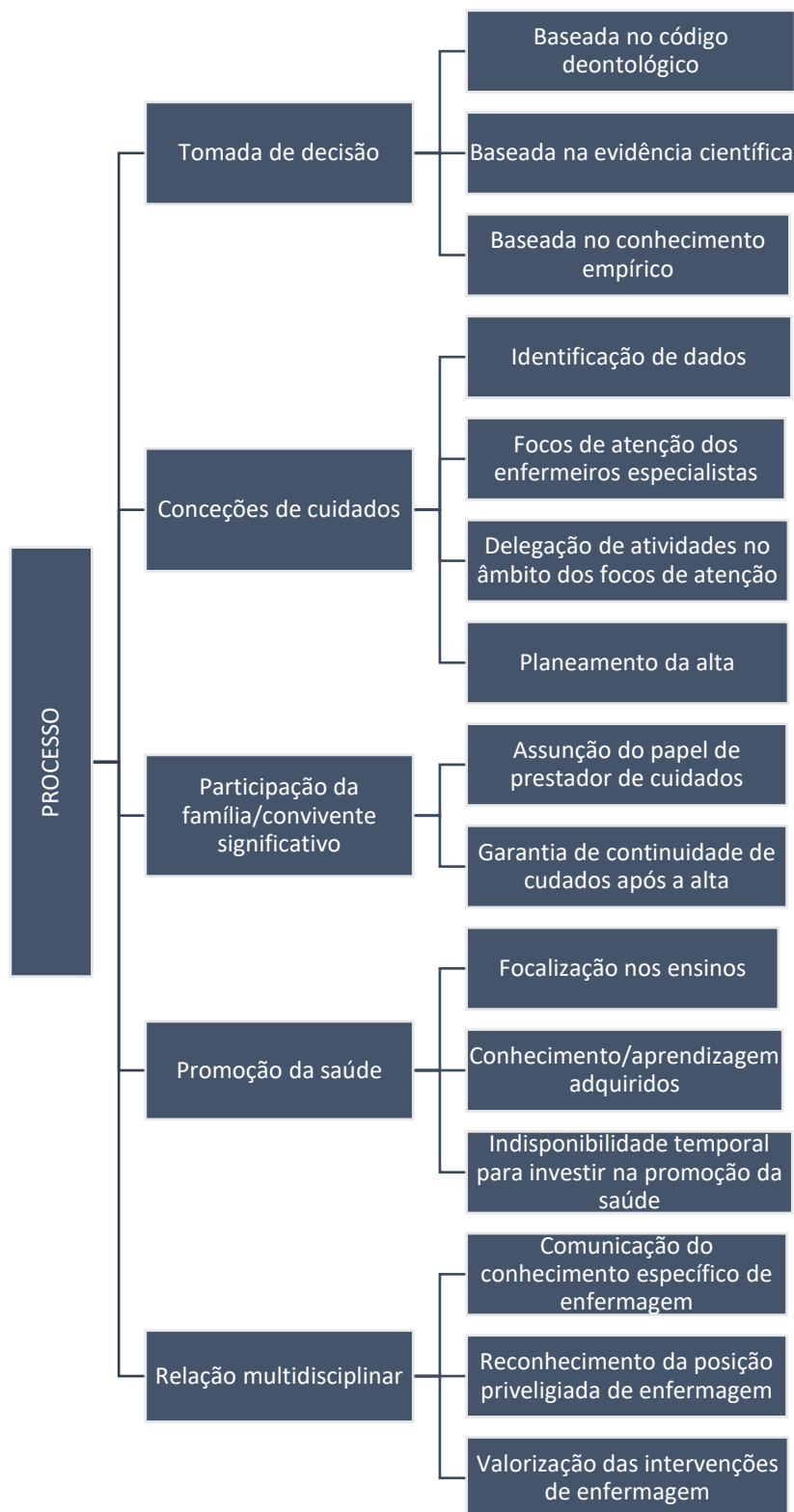


Figura 3: Categorias e subcategorias associados ao Processo

4.3 Avaliação de Resultados

Sob a ótica de Donabedian (2003), o componente Resultado reporta-se às mudanças que ocorrem nos clientes relacionadas com os cuidados de saúde, integrando as alterações no estado de saúde e nos comportamentos ou conhecimentos adquiridos pelos indivíduos e respetiva família, capazes de interferir com a saúde. Para além disso, a satisfação do cliente e seus familiares com a assistência recebida e com os resultados obtidos nos cuidados de saúde também se encontra incluída neste âmbito.

A respeito deste domínio prevaleceu um discurso uníssono que aproximou cinco categorias: satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e reconhecimento de alterações necessárias no domicílio.

ÁREA TEMÁTICA: Avaliação de Resultados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Satisfação do cliente	Respeito pela individualidade	“(…) noto que as pessoas que recebem (…) cuidados diferenciados, de alguma forma valorizam ou sentem-se mais valorizadas em termos do cuidado (…) um cuidado diferenciado aumenta (…) este nível de satisfação do cliente (…)” E5; “(…) atender à individualidade (…) saber as necessidades específicas daquele doente, até porque os doentes têm expetativas diferentes (…)” E14.
	Indicador do desempenho e qualidade do serviço prestado	“(…) quando tem alta diretamente da unidade (…) damos um questionário de satisfação, portanto também por aí poderemos conseguir perceber se existe ou não satisfação do cliente (…)” E13; “Nós temos um pequeno questionário que entregamos para avaliar o grau de satisfação do utente (…) esse questionário depois é monitorizado pela direção de enfermagem e (…) depois envia para os serviços o feedback dos pontos negativos e pontos positivos do serviço (…)” E16.

Tabela 16: Achados das entrevistas relativamente à satisfação do cliente

De acordo com a investigação realizada por Cabral (2015), a satisfação do cliente é o ponto de encontro entre as suas expetativas quanto ao cuidado de enfermagem e a sua perceção relativamente ao cuidado recebido. Ainda de acordo com a mesma autora, uma forma de garantir a satisfação é assumir o cliente enquanto pessoa com características individuais.

Há que destacar que esta conceção toma particular pertinência no cuidado desenvolvido pelos enfermeiros intervenientes, que consideram o **respeito pela individualidade** uma forma de se aproximarem da satisfação do cliente, vulnerabilizado pelo processo de hospitalização.

Dos registos das entrevistas, tomemos o excerto: “(...) noto que as pessoas que recebem (...) cuidados diferenciados, de alguma forma valorizam ou sentem-se mais valorizadas em termos do cuidado (...) um cuidado diferenciado aumenta (...) este nível de satisfação do cliente (...)” E5. Com base neste entendimento, uma premissa fundamental para respeitar cada cliente na sua individualidade, conta com uma abordagem holística, uma personalização e humanização dos cuidados.

Para cuidados de enfermagem humanizados, o enfermeiro deve, aquando da assistência dar atenção ao cliente como uma totalidade, assim como colaborar para produzir um ambiente favorável ao desenvolvimento das suas potencialidades (OE, 2005). Para Henderson (2007), cuidar no singular permite à pessoa ser parte integrante do cuidado, estimulando-a a tornar-se independente e favorecendo o seu envolvimento no processo de cuidados.

Vários estudos evidenciam que cuidados mais personalizados resultam num maior envolvimento do doente no processo terapêutico e conseqüentemente numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de satisfação com o resultado obtido (Melo, 2005).

Temos consciência que, muitas das vezes, durante o processo de adoecimento, a atenção da equipa de saúde direciona-se fundamentalmente para a doença e não para a pessoa. Deste modo, a individualidade de cada utente é silenciada, não havendo espaço para um cuidado que reconheça suas crenças, necessidades e preocupações, ou mesmo que assegure a participação do cliente enquanto pessoa autónoma (Toralles-Pereira, et al., 2004). Posto isto, no contexto hospitalar tornam-se necessários “profissionais que desenvolvam habilidades emocionais e que sejam capazes de sensibilizar-se com as situações vivenciadas em seu cotidiano, evitando prestar um cuidado tecnicista, mas preparados para oferecer um cuidado humanizado ao cliente, sem exploração, domínio ou desconfiança” (Amestoy *et al.*, 2006, p. 324).

Os enfermeiros do estudo mostram-se sensibilizados neste sentido “(...) o internamento é um acontecimento muito stressante para as pessoas e que falha tudo (...) estão fora do ambiente familiar, fora do seu ambiente espiritual e, se nós arranjarmos... (...) o serviço religioso (...) acaba por a pessoa se sentir de outra forma e estar mais disponível para os nossos cuidados (...)” E4. É oportuno ressaltar que a humanização do cuidado em saúde valoriza a individualidade da pessoa, suscitando simultaneamente uma perceção holística, extrapolando a compreensão biologista da

doença e atendendo aos aspetos psicológicos, sociais e espirituais que, direta ou indiretamente, interferem no processo saúde-doença (Fontes, et al., 2008).

Para o conhecimento da satisfação dos clientes, é indispensável compreender como estes contemplam os enfermeiros nas suas práticas clínicas, e ainda se as suas ações correspondem às esperadas (Ribeiro, 2003). Os consumidores de cuidados exigem cada vez mais cuidados de qualidade, pelo que tendo subjacente esta linha de pensamento e cruzando-a com a análise dos dados recolhidos, a satisfação do cliente evidencia-se como um **indicador do desempenho e da qualidade do serviço prestado**.

São os clientes que podem dispensar informação única e válida acerca da sua satisfação relativamente à forma como decorreu a assistência, constituindo um resultado que se deseja alcançar no processo de prestação (Ribeiro, 2003). A informação pode ser disponibilizada de diversas formas, designadamente: “Nós temos um pequeno questionário que entregamos para avaliar o grau de satisfação do utente (...) esse questionário depois é monitorizado pela direção de enfermagem e (...) depois envia para os serviços o *feedback* dos pontos negativos e pontos positivos (...)” E16.

Com efeito, a satisfação do cliente opera como um indicador do desempenho, na medida em que envolve o preenchimento de questionários, os quais possibilitam mensurar a satisfação do cliente com o serviço recebido, emergindo daí um resultado, positivo ou negativo, da assistência prestada pela equipa de enfermagem. Portanto, a satisfação do cliente reflete as visões dos consumidores relativamente às características do processo de que foram alvo e o grau de conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Tal foi constatado no estudo de Ribeiro e seus colaboradores (2008), onde a relação entre os cuidados que os profissionais de enfermagem prestam e as necessidades/expectativas dos clientes, representa um desafio promissor à avaliação da satisfação dos clientes, tornando-se esta relação um importante indicador da qualidade.

Esse indicador é inclusive reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (2002), sendo “de extrema importância ser capaz de definir, medir e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a fim de manter e aumentar a satisfação do paciente” (Johansson, et al., 2002 p. 237).

Os questionários da satisfação dos clientes com os cuidados de saúde permitem identificar as áreas e os serviços suscetíveis de ser reestruturados, contribuindo igualmente para uma melhor otimização dos gastos em saúde, através do planeamento baseado na avaliação dos clientes (Asadi-Lari, et al., 2004). Assim sendo, o acesso a estes questionários revela resultados

cujo conhecimento “amplia a nossa percepção profissional e é mais um instrumento para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem” (Silva et al., 2000, p. 868).

Nesse seguimento e, de acordo com a E16 “(...) depois envia para os serviços o *feedback* dos pontos negativos e pontos positivos do serviço”, sendo tal coincidente com o estudo de Lopes e seus colaboradores (2009), onde o importante é que o resultado, seja positivo ou negativo, seja divulgado a todos os colaboradores, incentivando-os a uma melhoria continua do serviço.

ÁREA TEMÁTICA: Avaliação de Resultados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Prevenção de complicações	Úlceras de Pressão	<i>“(...) na notificação da úlcera de pressão e na queda são aqui os nossos indicadores da qualidade no serviço (...)” E6.</i>
	Quedas	<i>“(...) prevenção de complicações, estou a pensar, portanto (...) a nível do risco de quedas, da dor e das úlceras de pressão (...)” E10.</i>
	Minimização do risco de complicações	<i>“(...) na prevenção das quedas temos a pulseirinha anti quedas (...)” E15; “temos em quase todas as enfermarias colchões anti escara, usamos as calcanheiras de proteção, alternamos posicionamentos (...) alternar de três em três horas os decúbitos nos doentes que realmente não se conseguem mobilizar (...)” E16.</i>

Tabela 17: Achados das entrevistas relativamente à prevenção de complicações

A prevenção de complicações toma particular relevância na conceção de enfermagem. Como tal, os focos de atenção a que os enfermeiros associam um juízo clínico, de probabilidade de ocorrência, são citados nos seus relatos “(...) na notificação da úlcera de pressão e na queda são aqui os nossos indicadores da qualidade no serviço (...)” E6, procedendo-se à identificação de potenciais problemas, como as **úlceras de pressão** e as **quedas**, que se tornam áreas alvo da sua atuação.

O fato de se realizar uma focalização em potenciais problemas permite, tal como estudado por Machado (2013) que, as áreas de atenção associadas a decisões diagnósticas de probabilidade, identificadas como de risco assegurem uma conceção de cuidados direcionada para a prevenção de complicações enquanto problemas indesejados e cuja intervenção de enfermagem procura minorizar a ocorrência dos mesmos.

A mesma autora defende que o contributo da enfermagem para a qualidade em saúde, à luz de tais linhas orientadoras, traduz-se na utilização de um padrão de intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica “temos em quase todas as enfermarias colchões anti escara, usamos as calcanheiras de proteção, alternamos posicionamentos (...)” E16, cuja implementação possibilita **minimizar o risco de complicações**.

Assim, podemos afirmar que a intervenção dos participantes favorece a obtenção de ganhos em saúde, em virtude da diminuição de ocorrência de determinada complicação.

Para Capricho *et al.* (2007), a gestão da qualidade passa principalmente por evitar que ocorram riscos durante o processo de execução, de forma a diminuir atempadamente os problemas que poderiam surgir, defendendo uma cultura de prevenção de complicações como modo de salvaguardar a qualidade.

ÁREA TEMÁTICA: Avaliação de Resultados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Bem-estar e Autocuidado	Promoção da autonomia	<i>“(...) trabalhamos muito no sentido de que a pessoa consiga reestabelecer a autonomia que tinha previamente (...) se eles conseguirem obter alguma recuperação desta autonomia, isto certamente também se vai manifestar a nível do bem-estar pessoal de cada um (...)” E1.</i>
	Promoção da independência	<i>“(...) em relação ao bem-estar e autocuidado, a estratégia realmente dentro do autocuidado é tentar ao máximo que a pessoa faça por ela (...) acho que as pessoas têm todo o direito de realmente ser estimuladas a fazer as coisas sozinhas (...)” E8;</i> <i>“(...) fazemos sempre um bocadinho aquele papel do mau, que é não substituir a pessoa naquilo que ela pode fazer e, pelo menos como enfermeira de reabilitação tenho isto muito presente (...)” E17.</i>

Tabela 18: Achados das entrevistas relativamente ao bem-estar e autocuidado

O autocuidado é um conceito que tem sofrido evolução ao longo do tempo, estando intimamente relacionado com a autonomia e independência, sendo “(...) identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença” (Petronilho, 2012, p. 8).

Petronilho (2010, p. 42) exalta que “o fenómeno do autocuidado tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem, assumindo particular importância

quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas actividades do dia-a-dia. Daí a necessidade de os enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, a reconstrução dessa mesma autonomia, após as transições geradoras de dependência”.

A prestação de cuidados de enfermagem que enfatiza as capacidades de autocuidado em vez de considerar as incapacidades tornou-se um imperativo, objetivando um padrão de vida com melhor autonomia e reintegração social. Foi possível validar pelos discursos dos participantes a importância que atribuem à **promoção da autonomia** para o “bem-estar e autocuidado” dos clientes: “(...) trabalhamos muito no sentido de que a pessoa consiga reestabelecer a autonomia que tinha previamente (...) se eles conseguirem obter alguma recuperação desta autonomia, isto certamente também se vai manifestar a nível do bem-estar pessoal de cada um (...)” E1.

A autonomia preconiza uma tomada de decisão deliberada, preservando a integridade e individualidade, baseada nos valores de cada um. A promoção da autonomia do cliente hospitalizado envolve averiguar a possibilidade de aplicação das capacidades prévias do cliente com o paternalismo profissional. Assim, os profissionais de enfermagem através do cuidado que prestam em ambiente hospitalar encontram-se numa posição que, os torna capazes de contribuir de forma significativa, para a reconstrução da autonomia e participação de seus clientes na tomada de decisão sobre as suas necessidades de cuidados em saúde (Carretta, *et al.*, 2011).

Na opinião de Cabrita (2004), a autonomia e a independência vão diminuindo gradualmente com o envelhecimento, representando estes “bons indicadores de saúde e de qualidade de vida para as pessoas idosas. Se os idosos se mantiverem autónomos e independentes, terão menos dificuldades e serão menos dependentes da sua família e da sociedade” (p. 213). Assim sendo, torna-se necessário distinguir os termos de autonomia e independência. Para a mesma autora, os conceitos definem-se “autonomia como a capacidade de decisão, de comando; independência como a capacidade para realizar algo pelos seus próprios meios” (2004 p. 213).

É notório, pelo parecer dos sujeitos participantes, esta distinção. Ora analisemos “(...) em relação ao bem-estar e autocuidado, a estratégia realmente dentro do autocuidado é tentar ao máximo que a pessoa faça por ela (...) acho que as pessoas têm todo o direito de realmente ser estimuladas a fazer as coisas sozinhas (...)” E8. Perante isto, constatamos que a intervenção

do enfermeiro é norteadada para a **promoção da independência** do cliente, através da satisfação das atividades de autocuidado que se encontram comprometidas, o que vem reforçar Martins e Fernandes (2009), cujo estudo se reporta à ação do enfermeiro que tem por finalidade o autocuidado, ao priorizar a adoção de intervenções que contribuem para a pessoa atingir o máximo de independência possível.

A unidade de registo anterior vem corroborar a revisão da literatura de Petronilho (2012), antevendo o autocuidado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com manifestação positiva na promoção da saúde e no bem-estar, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da pessoa, onde os enfermeiros cumprem um papel decisivo. Posto isto, a dependência não pode ser encarada como um estado definitivo, mas como um processo dinâmico, cujo progresso é passível de ser modificado, reduzido ou prevenido se for alvo de uma intervenção pertinente (Pereira, 2012).

Assim, a opinião dos nossos enfermeiros converge com aquilo que é alegado por Nuno *et al.* (2008): o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação propõe-se a assistir a pessoa, doente ou incapacitada, a alcançar a máxima independência, incentivando-a para o autocuidado. Isto é, pretende ajudar a reconquistar a função corporal e a atender às necessidades básicas, “(...) nem que seja só lavar a cara (...)” E8, ou a tomar banho sozinhos (Bouffiuolx, et al., 2011).

A readaptação funcional enquanto enunciado descritivo da qualidade emerge com duas subcategorias a si dependentes: utilização dos recursos da comunidade e maximização das capacidades funcionais do cliente.

ÁREA TEMÁTICA: Avaliação de Resultados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Readaptação funcional	Utilização dos recursos da comunidade	<p><i>“(...) muitos doentes são referenciados para unidades, seja para o centro de reabilitação (...) ou o ACSS de média duração (...)” E3;</i></p> <p><i>“(...) quando não conseguimos dotar de capacidades autónomas para desempenhar e ser autossuficiente, saber (...) avaliar corretamente qual o envolvimento (...) na comunidade e vice-versa e, reconhecer os recursos disponíveis para o nosso objetivo (...) perceber que instituições existem em que o doente possa ter algum determinado apoio” E5.</i></p>
	Maximização das capacidades funcionais do cliente	<p><i>“(...) temos que ensinar estratégias para quando eles estiverem em casa, como é que vai estender a roupa (...) como é que vai lavar a loiça (...) para a pessoa no domicílio conseguir desenvolver as suas atividades de vida diárias (...) E1;</i></p> <p><i>“(...) promover estratégias para (...) se adaptarem à sua incapacidade (...) E4;</i></p> <p><i>“(...) dotar a pessoa de mecanismos provisórios ou definitivos de conseguir satisfazer as suas necessidades básicas (...)” E5.</i></p>

Tabela 19: Achados das entrevistas relativamente à readaptação funcional

Os enfermeiros participantes exaltam a necessidade da **utilização dos recursos da comunidade**, capazes de favorecer uma readaptação funcional mais rápida e efetiva.

Sabemos que são elementos comuns aos cuidados gerais e cuidados especializados, a garantia da continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem e a potencialização do máximo aproveitamento dos recursos da comunidade. Desta forma, compete ao enfermeiro identificar precocemente quais serão as necessidades específicas em cuidados do doente após a hospitalização e assumir a articulação de cuidados entre hospital e comunidade, desenvolvendo ações que garantam a continuidade dos cuidados (Barbosa, 2010). A responsabilidade de assegurar que a continuidade de cuidados seja uma realidade implica conhecer os fatores que facilitam e inibem esse objetivo, sendo partilhada por todos os envolvidos no plano terapêutico do doente, o qual visa a qualidade de vida no período pós-internamento (Tavares, 2008).

As opiniões dos entrevistados convergem com o que é defendido pelas autoras supracitadas: *“(...) quando não conseguimos dotar de capacidades autónomas para*

desempenhar e ser autossuficiente, saber (...) avaliar corretamente qual o envolvimento (...) na comunidade e vice-versa e, reconhecer os recursos disponíveis para o nosso objetivo (...) perceber que instituições existem em que o doente possa ter algum determinado apoio” E5.

Uma política de continuidade de cuidados que se estabelece através da complementaridade entre cuidados prestados no hospital e na comunidade assume significativa importância para a crescente qualidade. Assim, a prestação de cuidados continuados determina-se um direito basilar, dado que a sua inoperância poderá colocar em causa o êxito de todo o empenho da equipa de saúde ou até mesmo provocar a rutura na assistência e, por consequência um retrocesso na recuperação (Branco, et al., 2010).

No domicílio, a pessoa vai vivenciar uma nova crise de identificação, devido à confrontação entre aquilo que era e o que é agora, requerendo que faça novas aprendizagens ajustadas à sua condição atual. Neste âmbito, os enfermeiros participantes orientam as suas intervenções para fomentar a **maximização das capacidades funcionais do cliente** que, por sua vez, adquire uma conotação digna de se analisar.

A este respeito, importa “(...) dotar a pessoa de mecanismos provisórios ou definitivos de conseguir satisfazer as suas necessidades básicas (...)” E5. Os profissionais de enfermagem do estudo mostram-se concordantes com Ventura (2011), quando este indica que na presença de limitações, doença ou falta de recursos, a capacidade funcional encontra-se num estado inferior ao habitual, precisando de novas formas de cuidados. Consequentemente, as pessoas desenvolvem novas capacidades, aprendendo práticas e destrezas necessárias para os cuidados que precisam, realçando-se a este nível o papel do enfermeiro, no sentido de ensinar e treinar as pessoas, habilitando-as para experimentarem melhores condições de vida e um envelhecimento bem-sucedido.

A avaliação da capacidade funcional deve então estar assimilada nos cuidados, tendo que estar registada no processo de enfermagem, assim como as ações implementadas, objetivos e resultados expectáveis. Para que assim seja, os planos de cuidados terão que ser individualizados e particularizados, incidindo na transmissão de informação e de estratégias que se revelem necessárias para a adaptação do cliente, motivando-o a um maior envolvimento no seu processo de cuidados (Vieira, 2013).

Com efeito, o enfermeiro enquanto promotor de serviços de saúde assume um papel preponderante na manutenção e otimização da atividade funcional, devendo estar desperto em todas as etapas do processo, já que uma avaliação inicial mais aprimorada e perspicaz pode ser

suficiente para uma intervenção atempada sobre o cliente, permitindo a promoção de cuidados de saúde que maximizam a capacidade funcional ou pelo menos minimizam a probabilidade de perda dessa capacidade (Vieira, 2013).

Alves (2008) refere que, durante a preparação do doente para a alta, devem ser realizados ensinamentos para que as atividades de vida diárias se realizem eficientemente. Podemos daí afirmar que, da interação enfermeiro-cliente são produzidos conhecimentos, recursos e estratégias facilitadores da transição saúde-doença.

ÁREA TEMÁTICA: Avaliação de Resultados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Reconhecimento de alterações necessárias no domicílio	Perceção de futuras dificuldades	<i>“(...) tentava-se saber como é que era a casa (...) começávamos logo no início (...) o objetivo era mesmo ir logo ao local e vermos o que é poderíamos mudar (...)” E12.</i>
	Readaptação e reintegração do cliente no domicílio	<i>“(...) adquirir ajudas técnicas que permita ao doente no domicílio, tendo em conta as suas limitações, poder ser, digamos o mais autónomo possível (...)” E16.</i>

Tabela 20: Achados das entrevistas relativamente ao reconhecimento de alterações necessárias no domicílio

O domicílio do cliente tem que estar ajustado à sua nova condição. No discurso dos entrevistados é notória a preocupação em se **percecionar** quais serão **as futuras dificuldades** com que o cliente incapacitado se defrontará no regresso ao domicílio. Antecipar as necessidades melhora os resultados e facilita a aprendizagem (Potter & Perry, 2005).

Tendo em conta os novos conceitos de racionalização dos cuidados de saúde, um número substancial de clientes tem recebido alta quase imediatamente depois da cirurgia ou a partir do momento em se possa mobilizar. Constatada a precocidade de grande maioria das altas, muitos clientes recuperam no seu domicílio, com o auxílio de sua família (Lin *et al.*, 2006). Assim sendo, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na preparação do cliente e família, de tal modo que consigam desenvolver habilidades e estratégias que lhes permitam superar os problemas que surgem em contexto domiciliar.

A pessoa com alteração da independência funcional depara-se com dificuldades de acessibilidade nos locais públicos e nas próprias casas, devido à existência de barreiras arquitetónicas que ao indivíduo comum passam despercebidas, mas que constituem obstáculos

ao seu dia-a-dia (Organização Mundial de Saúde, 2004). Perante esta situação, para que o ambiente do cliente esteja adaptado à sua condição de mobilidade, torna-se necessário efetuar alterações com vista a proporcionar-lhe uma maior autonomia. Martins (2002, p. 106) complementa que “Pequenas coisas (tapetes, degraus, móveis) que contribuem para criar barreiras arquitectónicas poderiam ser ultrapassadas com uma visita domiciliária”.

A visita ao domicílio constitui uma ótima ocasião na qual se analisa a possibilidade de se fazer adaptações na habitação e de se adquirir materiais, indispensáveis para a continuidade dos cuidados em casa. Tal pode implicar transformações na estrutura física da residência para garantir um ambiente propício (Pires, 2012).

Efetivamente, a adequação residencial revela-se um aspeto preponderante para os participantes do estudo: “(...) tentava-se saber como é que era a casa (...) o objetivo era mesmo ir logo ao local e vermos o que é poderíamos mudar (...)” E12. Ao se privilegiar a prestação de cuidados no meio sociofamiliar, para se atenderem os aspetos que vão de encontro com a qualidade de vida e a autonomia, não se podem descorar determinados condicionalismos, entre os quais, a insuficiência de recursos e o grau de dependência (Lage, 2007).

Para se proceder à identificação dos indicadores de risco no regresso do cliente a casa, o enfermeiro faz a avaliação criteriosa do sistema envolvente ao cliente. Nesse âmbito, é recolhida informação relativa à capacidade funcional, situação clínica e avaliação sociofamiliar (Hospitais SA, 2005). Contudo, este é um processo complexo que nem sempre decorre como expetável “(..) a pessoa (...) vai para casa e nós não conhecemos nada, não sabemos se tem as condições ideais para continuidade do tratamento (...)” E11, o que dificulta a readaptação do cliente ao domicílio.

A plena **readaptação e reintegração da pessoa no domicílio** não acontece de forma indissociável da família. Os enfermeiros, pela sua formação adquirem competências concetuais e capacidades de intervenção ao nível da transferência de conhecimentos importantes para promover a readaptação funcional do cliente dependente, assim como capacitá-lo a si e à sua família (Menoita, 2012).

No setor do conhecimento emergem dois domínios: o ensino e a informação. Os familiares devem apropriar-se do conhecimento transmitido de forma a influenciar positivamente a transição do cliente no regresso a casa. Quando a educação constitui o plano de cuidados, estabelece-se o processo de ensino. Um índice de diagnósticos orienta as informações que a família necessita de adquirir. Deste modo, o enfermeiro implementa o plano de ensino

recorrendo a técnicas e princípios de aprendizagem que potencializem a conquista de conhecimentos (Potter & Perry, 2005), essenciais para a compreensão da importância da obtenção de novos recursos que viabilizem a melhoria da funcionalidade do familiar neste processo transacional.

O sucesso desta atuação através de ações de ensino e informação vai ditar a aquisição de “(...) *ajudas técnicas que permita ao doente no domicílio, tendo em conta as suas limitações, poder ser, digamos o mais autónomo possível (...)*” E16. A pertinência da aquisição de meios e equipamentos prende-se com o seu contributo para uma prestação de cuidados com menor esforço ao seu familiar, facilitando o processo de readaptação do cliente no regresso a casa (Margarato, et al., 2009).

O enfermeiro ao ser capaz de compreender a realidade, os recursos e condicionantes do cliente e da sua família detém um conhecimento aprofundado e personalizado das dificuldades identificadas, o que induz a uma maior participação e adesão por parte do cliente, determinante para uma reintegração adequada.

Em síntese, os enfermeiros informantes do presente estudo almejam como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem: a satisfação do cliente, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado e a readaptação funcional, assim como o reconhecimento de alterações necessárias no domicílio, orientando para isso, a sua prática clínica em consonância com os modelos de Orem e de Meleis, determinantes para a conquista dos cuidados a que se propõem e para a otimização da qualidade no atendimento.

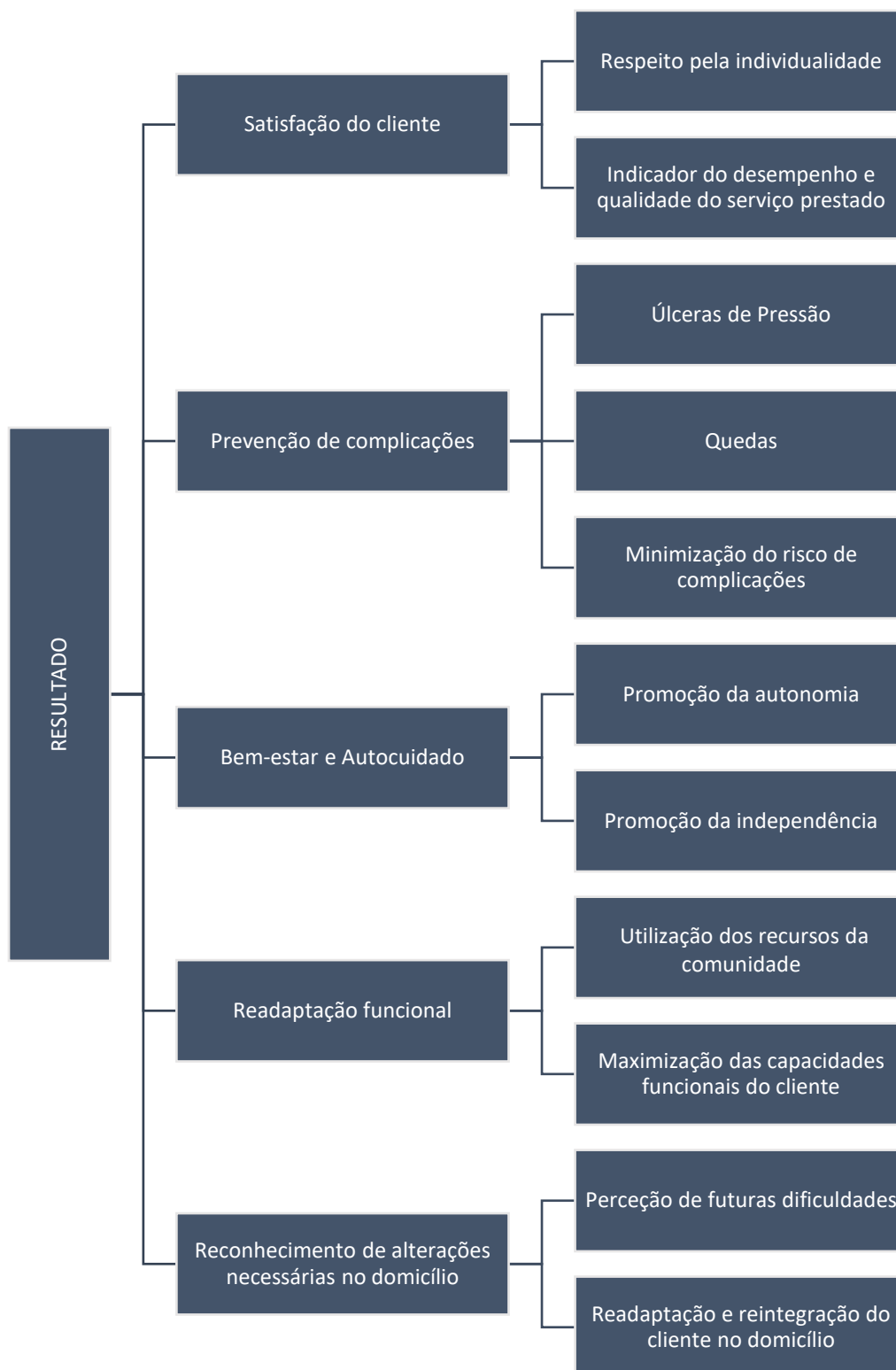


Figura 4: Categorias e subcategorias de Resultado

5 SOBRE AS CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

Já em 1993, a Organização Mundial de Saúde definiu qualidade em saúde como resultado de um conjunto de elementos: um grau elevado de competência profissional, eficiência na utilização de recursos, um mínimo de riscos e um grau elevado de satisfação dos clientes.

Sabemos, da literatura, que mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência em saúde, é indispensável realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos, de forma a conhecer os motivos das diferenças encontradas e, a partir daí planejar intervenções que levem à melhoria do atendimento em saúde. No presente estudo, corroboramos esses escritos, vejamos.

Face aos achados, das conceções dos enfermeiros especialistas consideradas pertinentes para o desenvolvimento de qualidade, ficou perceptível que os suportes teóricos para a prática, a organização dos cuidados, os conceitos organizacionais e os conceitos de enfermagem compõem a Estrutura da tríade de Donabedian.

Compreendemos que o conhecimento a respeito das teorias de enfermagem coloca nas nossas mãos a oportunidade de reflexão sobre o nosso processo de trabalho, além de guiar a prática profissional com destino a um sistema de cuidados dotados de qualidade. Apuramos, que as teorias de enfermagem apresentam particularidades que as tornam de difícil implementação no processo de enfermagem. Perante um cenário onde é predominante o distanciamento entre a teoria e a prática, a abordagem dos profissionais de enfermagem recai sobre a gestão da doença e no controlo dos seus sinais e sintomas, prevalecendo o modelo biomédico em detrimento do modelo holístico.

Contudo, reparamos também que é notória a crescente utilização das teorias de enfermagem. Tendo em conta que estas inter-relacionam conceitos representativos do domínio da profissão, procuramos saber que conceitos consideravam os participantes essenciais para a sua prestação de cuidados. De salientar que, o reconhecimento e compreensão dos mesmos maximiza o seu potencial de aplicabilidade prática nos serviços de enfermagem (Garcia, et al.,

2004). Descobrimos que o conceito de pessoa, saúde e ambiente são aqueles que maioritariamente recebem a atenção do enfermeiro. Todavia, o conceito “cuidados de enfermagem” não é mencionado com a mesma relevância, o que nos leva a considerar que optam pelos outros três conceitos. O que poderá isso significar?

Tendo em conta que os “cuidados de enfermagem” visam a promoção da saúde, podemos subentender que os enfermeiros do estudo investem menos em ações de enfermagem centradas na promoção da saúde. Com efeito, sendo a promoção da saúde uma conceção que não restringe a saúde à ausência de doença, mas supõe uma atuação sobre os seus determinantes (Sícoli, et al., 2003), verificamos tratar-se de uma área que carece de alguma aplicação em contexto hospitalar, já que prevaleceu um discurso com enfoque nos ensinamentos, denunciando a falta de tempo como a principal causa da ausência de um maior número de ações de enfermagem neste âmbito.

Para a aplicação do processo de enfermagem importa a forma de organização dos cuidados, emergindo os registos, a metodologia de trabalho e a dotação de pessoal como fatores que influenciam a sistematização da assistência de enfermagem. Neste sentido, os enfermeiros veem os registos como um contratempo que concorre com a prestação de cuidados direta ao doente, demonstrando desinteresse pelas atividades de processamento de informação em virtude da quantidade de tempo despendida. Por outro lado, valorizam ter definida a metodologia de trabalho para o processo de organização dos cuidados, cuja escolha dependerá dos objetivos da instituição e serviço, número de doentes e grau de dependência, recursos humanos e materiais. Aqui, enfatizam dois métodos que melhor conseguem atender à satisfação das necessidades do cliente: método individual e método de enfermeiro de referência. A dotação de pessoal de enfermagem revela-se fundamental para assegurar os cuidados necessários aos doentes, pois na ausência de um rácio adequado torna-se difícil organizar todas as atividades que proporcionem cuidados de excelência.

Ainda a propósito da Estrutura, os respondentes do estudo afirmam ser conhecedores da missão organizacional, embora na sua maioria não sejam capazes de a descrever. Contudo, apesar de sentirem dificuldade em o fazer, atribuem a prestação de cuidados de qualidade como o principal propósito da instituição a que pertencem, deixando transparecer a atenção direcionada para as expectativas dos clientes.

Do significado atribuído ao componente Processo, tornou-se evidente que a tomada de decisão, a conceção de cuidados, a participação da família, a promoção da saúde e a relação com

a equipa multidisciplinar operam como parâmetros a avaliar, servindo de percussores para resultados de qualidade em saúde.

Do trabalho de campo, constatamos que a decisão não pode ser dissociada da prática baseada na evidência, pelo que no processo da tomada de decisão e no momento de implementação das intervenções, o profissional de enfermagem absorve os resultados da investigação na sua prática. Sob uma perspetiva divergente, o que leva o enfermeiro a decidir por determinada intervenção resulta da sua experiência anterior.

Como forma de garantir a continuidade dos cuidados após alta, os participantes consideram a família um elemento crucial que deve ser integrado no processo de cuidar, de modo a muni-la de competências que lhe possibilitem uma recuperação bem-sucedida do familiar.

Face aos dados recolhidos e tendo presente que a maioria da amostra do estudo é especialista em enfermagem de reabilitação, ficou explícito que o bem-estar e autocuidado e a readaptação funcional são os principais focos da sua atenção. Deste modo, a atuação do enfermeiro centra-se na obtenção de conhecimentos e habilidades da pessoa, capazes de lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Defendem ainda que a aplicação isolada de conhecimentos profissionais específicos em saúde não é suficiente, sendo basilar somar conhecimentos de outros campos profissionais para dar respostas eficientes aos problemas que envolvem a dimensão de qualidade. Para isso, é esperado que todos os profissionais reconheçam o papel e a importância dos outros para o desenvolvimento de uma relação multidisciplinar potenciadora de cuidados de excelência.

Conscientes das diferenças encontradas face ao cuidado desenvolvido, os participantes consideraram a satisfação do cliente, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e o reconhecimento de alterações necessárias no domicílio como indicadores de resultado de uma assistência de qualidade. Um indicador não é mais do que um sensor que permite verificar se os objetivos propostos foram ou não atingidos.

Centrando-nos na satisfação do cliente, quisemos ter presente como os enfermeiros desenvolviam o cuidado nesse sentido. No nosso estudo, a satisfação ganha destaque estando associada a um cuidado assente no respeito pela individualidade. Ademais, manifesta-se enquanto indicador de desempenho e qualidade, uma vez que a sua monitorização permite a identificação de oportunidades de melhoria e de mudanças positivas em prol do alcance da qualidade a um custo razoável.

A prevenção de complicações é um resultado com o qual os enfermeiros se preocupam em conseguir ganhos em saúde, pelo que identificam as quedas e úlceras de pressão como potenciais problemas, percecionando as necessidades em cuidados e, implementando posteriormente um conjunto de intervenções que minimizam o risco de desenvolvimento dessas complicações, determinantes para impedir limitações de atividade e/ou incapacidade.

Tendo em vista o bem-estar e autocuidado implementam intervenções promotoras de autonomia e de independência. Para uma readaptação funcional são valorizadas ações de enfermagem que salvaguardem a utilização dos recursos da comunidade, assim como intervenções que potencializem as capacidades funcionais do cliente, não menosprezando a necessidade de se reconhecer que sejam efetuadas alterações no domicílio para uma readaptação e reintegração otimizada.

Posto isto, de forma breve e tendo em conta as questões de investigação que direcionaram o presente estudo, podemos compreender que os enfermeiros especialistas veem a comunicação como um instrumento para transmitir o conhecimento específico da profissão, pelo que o fazem recorrendo a suportes teóricos e consideram ser bem aceite pelos restantes profissionais da equipa de saúde, todavia julgam que tal se deve apenas por serem enfermeiros detentores de uma especialidade.

Perante este cenário, torna-se imperativo planear uma imagem de marca no relacionamento multidisciplinar. A construção desta imagem tem que remeter para aspetos específicos do campo exclusivo dos enfermeiros. Demonstrar conhecimento relativo ao seu campo de atuação é uma das premissas de ser enfermeiro, visto que através dele consegue afirmar-se no seu grupo de trabalho, conquistando a confiança e o respeito dos outros membros da equipa.

Para que assim seja, os enfermeiros devem procurar aplicar os conceitos que sustentam a profissão, tendo-se averiguado que os participantes reconhecem o conceito de pessoa, saúde e ambiente como essenciais para direcionar as suas práticas clínicas. Contudo, e embora caracterizem os suportes teóricos como elementos que orientam a prática e articulam o pensar e o fazer da profissão, impulsionando-a como uma ciência em contínuo crescimento, confessam alguma dificuldade em os transpor para a realidade, o que nos poderá informar de um cuidado holístico relegado para segundo plano. Não obstante, o processo de humanização que cerca o cuidado de enfermagem no seu amplo espectro, também leva em consideração o prestador de cuidados que o implementa, sendo, portanto, crucial que cada profissional de enfermagem se

responsabilize pelas suas ações, se desacomode e deixe de esconder atrás de trabalhos repetitivos e da rotina.

Revistos os achados, expomos de forma sintética o fenómeno investigado (Figura 5).

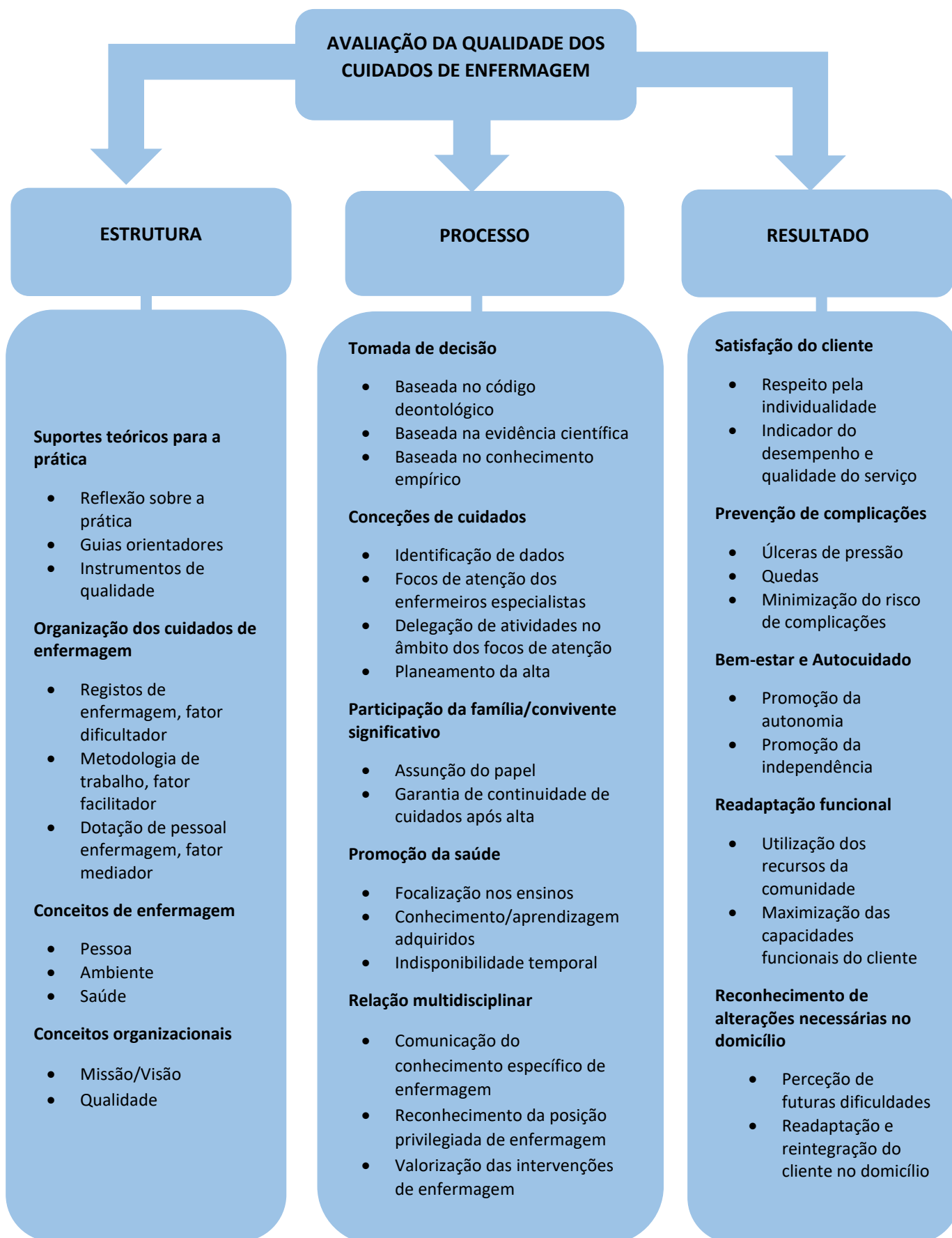


Figura 5: Interpretação do fenómeno em estudo

6 CONCLUSÕES

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem assente na reflexão sobre informação validada constituiu o impulso inicial para o desenvolvimento desta investigação. Tencionamos reconhecer a importância da informação validada como meio para a reflexão, essencial para influenciar a conduta profissional.

Nos sistemas de saúde, a qualidade tornou-se um valor de maior relevância e a enfermagem como disciplina integrada na equipa de saúde, não se pode desviar desse valor. A qualidade em saúde pressupõe a apreciação de diversos atributos subentendidos nos contextos, pelo que o acesso às conceções dominantes no pensamento dos profissionais enfermeiros facilita a perceção das áreas onde se desenvolve uma maior e menor incidência, expondo aquelas que carecem de um maior investimento e que, por sua vez, podem ser geradoras de mudanças nas práticas.

Cientes de que é incontornável a crise que o país vivencia, não apenas económica, como de valores, onde se espera muito ao menor custo, exigindo-se, em muitos momentos, resultados sem as condições mais favoráveis, torna-se fundamental demonstrar que se pretende o respeito pelos princípios científicos da nossa profissão, mantendo e enaltecendo os seus padrões.

A problemática da qualidade tem sido perturbada pela crise. Às organizações cabe garantir as condições que possibilitem o exercício dos profissionais de saúde, preservando uma cultura partilhada entre os mesmos, que não permita o decréscimo da qualidade na assistência, em benefício de interesses económicos.

Os enfermeiros representam uma força vital para a prestação dos cuidados de qualidade em tempos complicados, na medida em que auxiliam o sistema a ser mais efetivo e a ter cuidados eficientes. O grau de dotações de enfermeiros e o tipo de ambiente de trabalho influenciam diretamente o atendimento ao cliente.

Assim, uma vez que o contexto de trabalho interfere na prestação de cuidados, aos quais estão associados os conceitos que cada enfermeiro preserva, temos consciência que entre a literatura e a prática podem existir discrepâncias. Quer isto dizer que, apesar dos cuidados serem planeados a partir de manuais, acabam por sofrer uma adaptação na sua prestação, sendo aí manifestados como mais ou menos importantes, dependendo daquilo que para cada enfermeiro significa a ciência da enfermagem.

Tendo presente que o mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem preconiza que se proceda a investigação que exalte a profissão de enfermagem, retratando-a como ciência, ficamos despertos para a elaboração deste estudo face ao anteriormente explanado.

Do estudo realizado constatamos nitidamente quais as conceções de cuidados que os enfermeiros especialistas defendem e, ainda as suas repercussões efetivas para a qualidade do desempenho profissional e, naturalmente, para os níveis da instituição. Através da análise dos discursos dos enfermeiros entrevistados, emergiram conceções que se enquadravam na lógica da tríade de avaliação da qualidade de Donabedian, pelo que este modelo foi considerado como referencial teórico ao longo da investigação.

A partir da informação extraída desta investigação, identificamos tendências nos focos de atenção dos enfermeiros, espelhando quais as ações privilegiadas na resolução das necessidades do cliente. Esta informação revela-nos os modelos priorizados pelos enfermeiros especialistas e que orientam a sua atuação.

Os modelos que direcionam a ação profissional destes enfermeiros evidenciam proximidade com uma atenção orientada para o bem-estar e autocuidado e readaptação funcional, reivindicando uma intenção focalizada na reconstrução da autonomia e pouco voltada para a substituição do cliente, reclamando-os como focos da sua atuação profissional, independentemente da especialidade que possuem. Em última análise, podemos depreender que os modelos de autocuidado e das transições se caracterizam estruturantes para a otimização dos cuidados.

A pessoa hospitalizada, de acordo com o seu grau de dependência necessita de cuidados relacionados com o autocuidado que são frequentemente providenciados pelos profissionais de enfermagem. Contudo, temos consciência, face a toda a revisão da literatura desenvolvida, e tendo sido corroborada em trabalho de campo, que os focos “bem-estar e autocuidado” são habitualmente delegados. Porém, não conseguimos determinar nos discursos, os motivos para a sua delegação, algo pertinente de ser estudado futuramente.

Os resultados mostram ainda que, a prestação de cuidados coloca-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos, pelo que a organização dos cuidados de enfermagem adquire um significado de extrema importância para a gestão das múltiplas atividades a desenvolver. Deste modo, os participantes salientam fatores facilitadores e inibidores do seu processo de organização no atendimento. Aqui, a metodologia de trabalho adotada e os registos de enfermagem assumem um papel de relevo.

Os métodos de trabalho invocados – método individual e método de enfermeiro de referência – são valorizados pela sua potencialidade de auxiliarem a sistematizar a assistência de enfermagem e, por conseguinte, a produzirem melhores cuidados aos clientes. Em contrapartida, documentar os cuidados não se apresenta como uma prioridade para os informantes do estudo, ainda que reconheçam que constitua uma forma de dar visibilidade aquilo que fazem. Assim, a documentação não mereceu particular atenção, requerendo mudanças neste processo, que poderá ser motivo de investigação a posteriori.

O conceito de mudança assente numa melhoria constante encontra-se estritamente relacionado com a conceção de qualidade, sendo que um dos princípios em que se sustenta a gestão da qualidade reporta-se a uma cultura organizacional, no qual os seus profissionais estão envolvidos e plenamente comprometidos, tornando assim possível que as dificuldades com que se defrontam sejam interpretadas como oportunidades de melhoria.

O percurso do estudo que desenvolvemos torna viável que afirmemos que, um dos elementos que favorece o processo de mudança é a existência de abertura nesse sentido, através de uma missão partilhada que admita que se pode melhorar os níveis de qualidade com os recursos disponíveis. Para isso, devem-se realizar esforços para uma articulação harmoniosa com a organização onde trabalham.

Na nossa investigação, é perceptível que a inclusão e envolvimento dos profissionais, especialmente os enfermeiros, assume um particular interesse, ao tomarem o estatuto de elementos facilitadores da materialização da visão/missão da respetiva organização.

Aquando da implementação das suas intervenções, ficou visível que os enfermeiros invocam um conjunto de conceitos, dos quais conquistaram destaque o conceito de pessoa, ambiente e saúde. O apelo a estes conceitos deixa transparecer que, inerente à prática de cuidados dos enfermeiros especialistas, estão presentes as conceções consensualmente aceites pela comunidade científica, tornando explícito um desempenho profissional alicerçado na cientificidade. Sobre este assunto, os participantes admitem tomar as suas decisões tendo em conta os proventos da evidência científica.

O processo de decisão clínica em enfermagem, o significado atribuído à promoção da saúde e a relação multidisciplinar que se desenvolve no seio das equipas foram todos aspetos ponderados sob uma ótica reflexiva, onde admitem a existência de lacunas, as quais são passíveis de serem integradas num processo de mudança com vista à melhoria contínua da qualidade.

Na atualidade, os profissionais de enfermagem sentem que a sua profissão não é valorizada o suficiente pela sociedade e pelos outros profissionais, constituindo um dos grandes desafios que se coloca à profissão. Os informantes deste estudo reforçam que só traçando um caminho em direção à autonomia, com a construção do seu próprio corpo de conhecimento, nomeadamente através do investimento na formação, será possível comprovar o verdadeiro sentido da Enfermagem, levando ao seu reconhecimento.

Este caminhar que se vai fazendo tem como destino que, o enfermeiro seja percecionado como elemento único e insubstituível na equipa multidisciplinar, através da satisfação das necessidades de vida dos clientes, que não são cumpridas por nenhum outro profissional. Assim, os enfermeiros devem planear a sua imagem de marca no relacionamento multidisciplinar. A construção desta imagem tem que remeter para aspetos específicos do campo exclusivo dos enfermeiros, no sentido de se verificar satisfação com os cuidados recebidos, percecionando cuidados de enfermagem contemplados com qualidade.

Posto isto, o presente estudo contribui para a compreensão de como, no entender dos enfermeiros especialistas, as suas conceções de cuidados condicionam a assistência e, quais os desafios enfrentados pelos mesmos para a sua aplicação. A análise das respostas dos participantes permitiu conhecer uma série de aspetos que devem ser tidos em conta pelos gestores e responsáveis, numa perspetiva de qualidade.

Face aos dados recolhidos, concluímos que é primordial que a enfermagem progrida e que consolide capacidades reflexivas e competências de conceção, de tal forma que seus profissionais desempenhem a profissão com qualidade e consoante as exigências patentes nos padrões.

O contributo dos participantes permitiu inferir quais as áreas consideradas relevantes, percecionadas como tradutoras de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, e que por sua vez, são congruentes com as áreas que representam o core da disciplina – a satisfação do cliente, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado e readaptação funcional – suscetíveis de serem avaliadas numa perspetiva de comparação com os resultados desejados.

O presente estudo ostenta-se como uma explicitação para a prática clínica no que respeita aos contributos para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, face às conceções de cuidados privilegiadas pelos enfermeiros especialistas, prezando a enfermagem enquanto ciência e os cuidados a que se compromete perante a sociedade.

Não obstante, alusivo à metodologia da investigação, temos consciência da presença de alguma subjetividade, dado que nos fundamentamos, exclusivamente, nas opiniões de um grupo de

enfermeiros especialistas, salvaguardando que estes podem ter sido influenciados por elementos que, na qualidade de investigador, não se pode controlar.

Desta forma, consideramos que, para investigações futuras, poder-se-ia selecionar uma amostra mais representativa, fazendo uma análise com um número superior de dados qualitativos e quantitativos, permitindo obter outros tipos de inferências e de análises estatísticas. O fato de a amostra ser maioritariamente constituída por enfermeiros especialistas de reabilitação torna-se uma das fragilidades a mencionar, pelo que a replicação do estudo com outras áreas de especialidade seria uma direção a ponderar futuramente.

Ademais, o se ter limitado o estudo a um contexto hospitalar e, atendendo ao fato de nem todos os Centros Hospitalares E.P.E convocados integrarem a investigação deixa transparecer as vulnerabilidades do estudo e a impossibilidade de se conceber generalizações a partir das conclusões depreendidas.

No final deste trabalho de investigação no âmbito das ciências de enfermagem, esperamos que os resultados sejam capazes de trazer alguns contributos práticos. Ambicionamos que os resultados auferidos pelas vozes dos enfermeiros especialistas promovam a reflexão sobre a sua prática de cuidados de enfermagem, servindo-se de um modelo de acordo com a sua especialidade para sustentar as suas práticas; que se torne fundamentação para a nossa profissão enquanto ciência detentora de um corpo de conhecimentos próprios, indispensável.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAN, E. *Hospital: Valores Éticos que Expressam Sua Missão*. Universidade de São Paulo - USP - Escola de Enfermagem: Rev Assoc Med Bras, 2008.

ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALLEN, D.; [et al.]. *Patient care delivery model improves nurse job satisfaction*. EUA: JContinEducNurs, 2005. 36: 277-282.

ALMEIDA, L. *A importância da comunicação interna para a motivação dos colaboradores*. S.l. : Comunicação e Ciências Empresariais, 2013. 8, 91-103.

ALVES, A. *Contributos para elaboração de um guia de orientação da alta hospitalar dirigida a doentes submetidos a artroplastia total da anca*. Porto: Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, 2008. Dissertação de Mestrado.

AMANTE, L. *Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta*. s.l.: Rev Esc Enferm, 2009.

AMESTOY, S.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. *A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem*. Acta Paul Enferm. 19(4). 2006.

ANDRADE, V.; CARDOSO, F. *A visão da equipe de saúde frente ao enfermeiro no ambiente hospitalar*. s.l. : 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem - O clássico e o emergente: Desafios da Pesquisa em Enfermagem, 2013.

ANTÓNIO, N., [et al.]. *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa. 1ª Ed: Edições Síllano, 2007.

APCER - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CERTIFICAÇÃO. *Guia interpretativo ISO 9001:2000*. Leça da Palmeira : APCER, 2003.

ASADI-LARI, M.; [et al.]. *Patients' Satisfaction and Quality of Life in Coronary Artery Disease*. Health and Quality of Life Outcomes, 57(1), 2004.

ASCENÇÃO, H. *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. 2010. Dissertação de mestrado.

ASHWORTH, P.; LUCAS, U. *What is the world of phenomenography?* S.l.: Scandinavian Journal of Educational Research, 1998.

BALDAÇARA, L. *Manual De Orientações Para Pós Graduação Em Ciências Da Saúde, 1ª edição*. Palmas: Edição do Autor. 2013. ISBN 978-85-913196-6-4.

BARBOSA, S. *Humanização dos Cuidados de Enfermagem - A Perspectiva da Enfermeira*. Universidade Fernando Pessoa - Unidade de Ponte de Lima. Faculdade de Ciências da Saúde: Monografia, (2010).

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2003

BASTOS, C.; [et al.]. *A Qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO - Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo*. Évora: s.n., 2011.

BAZZANELLA, N.; [et al.]. *A Auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado*. s.l.: Editora Caderno Saúde e Desenvolvimento, 2013. Vol.3, n.2.

BENNER, P. *De iniciado a perito*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2001.

BENNER, P. *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

BEZERRA, E. *O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade Macaíba/RN*. S.l.: SANARE, Sobral. 2014. Vol. 13.

BOUFFIUOLX, É.; ARNOULD, C.; THONNARD, J. *Satisfaction with Activity and participation and its relationships with body functions, activities, or environmental factors in stroke patients*. Bélgica : Archives physical medicine and rehabilitation. 2011. pp. 1404-1410. Vol. 92.

BRANCO, T.; SANTOS, R. *Reabilitar a pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau, 2010.

BROOKES, K.; [et al.]. *Role theory: a framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems*. s.l.: Contemporary Nurse. 2007. pp. 146-155. Vol. 25.

CABRAL, T. *A qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Dissertação de Mestrado.

CABRITA, M. *O idoso, a autonomia e a acessibilidade*. Lisboa: s.n., 2004. pp. 212-220. Vol. 52. ISSN 0871-2370.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. *Nursing staff mix: A key link to patient safety*. Nursing Now, 19, 16. 2005.

CAPRICHIO, L.; [et al.]. *Gestão da qualidade*. 1ª Ed. Lisboa: Editora RH, 2007. ISBN 978-972-8871-13-0.

CARRETTA, M., BETTINELLI, L.; ERDMANN, A. *Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado*. Brasília: Rev Bras Enferm, 2011.

- CASTLEDINE, G. *Forgotten importance of giving a bed bath*. S.l. : British Journal of Nursing, 2003. p. 519. 12 (8).
- CHINN, P.; KRAMER, M. *Integrated Knowledge development in nursing*. St. Louis Mosby, 2004.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 2009.
- COELHO, S.; [et al.]. *Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy*. Rio de Janeiro : Esc Anna Nery, 2011.Vol.15, n.4.
- COSTA, C. *A importância da Missão e Visão Dentro da Organização*. Centro Universitário Leonardo Da Vinci: UNIASSELVI. 2008.
- CUNHA, M.; [et al.]. *Manual do comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH, 2004.
- DELVA, D.; JAMIESON, M.; LEMIEUX, M. *Team effectiveness in academic primary health care teams*. s.l. : Journal of Interprofessional Care. 2008. pp. 598-611. Vol. 22.
- DENSER, C. *Indicadores: instrumentos para a prática de enfermagem com qualidade*. In: *Book AMT, Minatel VF*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: *Enfermagem de excelência: da visão à ação*. (2003).
- DGS. *PLANO NACIONAL DE SAÚDE. REVISÃO E EXTENSÃO A 2020*. Lisboa, 2015.
- D.INNOCENZO, M. *O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem*. Brasília : Revista Brasileira de Enfermagem, 2006. pp.84-88. Vol.59, n.1.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press. 2003.
- DRUCKER, P.; [et al.]. *Em 33 Lições - As melhores aulas do homem que inventou a administração*. São Paulo: Saraiva, 2011.
- EGGLI, Y., [et al.]. *A conceptual framework for hospital quality management*. S.l. : International Journal of Health Care Quality Assurance, 2003. pp. 29-36. Vol. 16.
- ERDMANN, A.; [et al.]. *A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas*. Brasília: Rev Bras Enferm. 2009.
- ESCOVAL, A. *Revista da Ordem, nº10*. 2003. p. 24.
- FAWCETT, J. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2ª Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

FERNANDES, I. *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do Cuidar dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau. 2007b. ISBN: 978-972-8485-88-7.

FERNANDES, O. *A Formação Inicial em Enfermagem Entre a Teoria e a Experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência. 2007a. Cap.3. ISBN 978-972-8930-36-3.

FIGUEIROA-REGO, S. *Século XXI: Novas e Velhas Problemáticas em Enfermagem: Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem e Modelos de Cuidados em Uso*. Lisboa : Pensar Enfermagem. 2003. pp. 34-47. Vol. 4. ISSN 0873-8904.

FIRMINO, S. *O Transporte Secundário do Doente Crítico por meio aéreo (Helitransporte)*. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior De Saúde, 2015. Trabalho de Projeto para obtenção do grau Mestre.

FONSECA, E.; PENAFORTE, M.; MARTINS, M. *Caminhos para o Conhecimento sobre o Banho: um aspeto relevante nos cuidados de enfermagem*. s.l.: Revista de Divulgação Científica - AICA. 2012. pp. 6-14. Vol. 4

FONTES, C.; ALVIM, N. *A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica*. s.l. : Acta Paul Enferm., 2008. pp. 77-83. 21(1).

FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures Lusodidacta. 2009.

FORTIN, M. *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda. 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FORTIN, M. *O processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociência. 2003.

FRADIQUE, M. *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. s.l.: Revista de Enfermagem Referência - III - nº10. 2013.

FREITAS, M. *O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade*. s.l. : Rev Bras Enferm. 2007.

FURNE, A.; ROSS, F.; RINK, E. *The integrated nursing team in primary health care: views and experience of participants exploring ownership, objectives and a team orientation*. Primary Health Care Research & Development. 2001. pp. 187-195.

GARCIA, T.; NÓBREGA, M. *Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área*. Brasília. Rev Bras enferm., 2004. Vol 57.

GRACIOTO, A.; [et al.]. *Grupo de Orientação de Cuidados aos Familiares de Pacientes Dependentes*. Brasília: Rev Bras Enferm, 2006. Vol.59, n.1.

HAUSMAN, M. *Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro*. Florianópolis: Texto Contexto Enferm. 2009.

HENDERSON, V. *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusociência, 2007.

HOEMAN, S. *Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e processo*. Loures: Lusociência. 2000.

HOLMAN, S. *Enfermagem de Reabilitação*. 2ª Ed. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas. 2000. pp.97-110.

HORTA, WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU: Editora Pedagógica Universitária, 2005.

HUGES, R.; CLANCY, C. *Working conditions that support patient safety*. Journal Nurse Care Quality, 2005. 20(4), 289-92.

HUMPHRIS, D. *Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: a way forward?* Contemporary Nurse. 2007. pp. 48-55. Vol. 26, n.1.

HURST, K. *Quality assurance frameworks*. S.l.: International Journal of Health Care Quality Assurance, 2005.

ICN. *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: s.n. [Em linha] - 2010. [consult. MAI 2016]. Disponível em: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf>

JOHANSSON, P.; OLÉNI, M.; FRIDLUND, B. *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (4). 2002.

LAGE, M. *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Instituto de Ciências da Universidade do Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento.

LARSON, J.; MULLER, A. *Managing the quality of health care*. Journal of Health and Human Services Administration, 54, 261-280. 2002.

LAVERACK, G. *Promoção de Saúde. Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta. 2008.

LEÃO, A. *A percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente*. Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

LEITÃO, M.; [et al.]. *À procura de uma actuação sustentável rumo à excelência: estudo do clima e da cultura de uma organização de saúde em mudança para a qualidade*. Lisboa, ISCTE-INDEG, 2005. Dissertação de Mestrado.

LEPROHON, J. *Revista da Ordem, nº5*. 2002. p. 26.

LIN, P.; [et al.]. *Care Needs and Level of Care Difficulty Related to Hip Fractures in Geriatric-Discharge Transition Period*. s.l.: Journal of Nursing Research, 2006. pp. 251-259, 14(4).

LOPES, J.; [et al.] *Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar*. s.l. : Acta Paul Enferm. 2009. pp. 136-41. Vol. 22.

LOPES, L. *Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família*. s.l. : Revista Portuguesa de Saúde Pública. 25 (1), 2007. pp. 39-46.

LUNNEY, M. *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: Estudos de caso e análises*. [trad.] R. Masques Trad. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MACAIA, D. *Sistema de Classificação de doentes em enfermagem: contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais da rede dos sistema nacional de saúde. O caso HUC*. Açores, Universidade dos Açores, 2005. Dissertação de Mestrado.

MACHADO, N. *Gestão da qualidade nos cuidados de enfermagem - Um modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação*. Porto, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2013. Dissertação de Doutoramento.

MAIA, C., [et al.] *Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher*. s.l. : Ciência & Saúde Coletiva. 16:5, 2011. pp. 2567-2574.

MARGARATO, C., REIS, M.; FERREIRA, O. *Viver em casa com a família após um episódio de doença - o contributo do SMFR dos HUC*. s.l. : Revista Sinais Vitais, 2009. pp. 54-60.

MARINHO, L.; [et al.]. *O Processo de Gestão Baseada em Valores no Terceiro Sector: uma Análise do Centro de Ópera Popular de Acari*. Rio de Janeiro: Congresso de Administração, Sociedade e Inovação, Volta Redonda. Congresso CASI , 2011.

MARINIS, M.; [et al.]. *If it is not recorded, it has not been done? Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital*. S.l. : Journal of Clinical Nursing. [Em linha] - 2010. pp. 1544-1552. Vol. 19. [consult. ABR. 2016]. Disponível em: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=15&sid=24f95d5b-d4d2-49ff-9e29-beff6ca8673e%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=50436706>>

MARQUES, S. *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau, 2007.

MARQUIS, B.; HUSTON, C. *Administração e Liderança em Enfermagem*. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, M. *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002.

MARTINS, M.; FERNANDES, C. *Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca*. Revista Referência. Coimbra. ISSN 0874 - 0283. II Série, n.º 11. 2009.

MATOS, J.; [et al.] *Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná*. Brasil: Acta Paul Enferm. 2011.

MATTILA, E. *The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review*. Finlândia: Journal Nursing Care, 2014. ISSN:2167-1168.

MELEIS, A. *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: Lippincott, 2005.

MELO, M. *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência. 1ª Ed, 2005.

MENDES, M.; [et al.]. *Processo de Enfermagem: sequências no cuidar*. Brasília: Rev. Bras. Enferm., 2003. pp. 271-276. Vol. 56, n. 3.

MENOITA, E. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência, 2012.

MEZOMO, J. *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Ed. Manole Lda. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de normas de classificação de doentes e de auditorias da classificação. Excerto do manual-Formação inicial-Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada*. Departamento de desenvolvimento de sistemas de financiamento e de gestão. Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E). 2003. p. 10.

MONTE, A. *Comparação entre Sistema de Gestão Hospitalar: SPA, SA e EPE, na Perspectiva do Planeamento e Controlo Orçamental - um estudo de caso*. Bragança, Portugal: Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2010.

MOREIRA, I. *O Doente Terminal em Contexto Familiar - Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Edições Formasau, 2001. ISBN:972-8485-22-0.

MOREIRA, S. *Análise da Eficiência dos Hospitais - Empresa: uma aplicação da Data Envelopment analysis*. Banco de Portugal: Boletim Económico. 2008.

MORIL, W. *Metodologias de ensino-aprendizagem na promoção da educação em saúde*. s.l.: Artigo apresentado ao Curso de Pedagogia, da Faculdade de Ciências de Wenceslau. 2013.

NASCIMENTO, K. [et al.]. *Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional*. USP: Rev Esc Enferm. 2008.

NEVES, M. *O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura*. S.l. : Revista de Enfermagem referência, III Série - nº8. 2012.

NEVES, R. *Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de*. Brasília: Rev Bras Enferm, 2006. 59(4): 556-9.

NOGUEIRA, C. *O OUTRO OLHAR (SOBRE OS ENFERMEIROS): Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.

NOGUEIRA, M. *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. Porto: ICBAS, Universidade do Porto, 2003. Dissertação de Mestrado.

NUNES, E.; [et al.]. *Refletindo o 'Transpessoal humano' – uma compreensão multidisciplinar em transversalidade com o estado da arte de ser*. Revista de Enfermagem Referência. 2010. Série 2, nº2, pp.173-180.

NUNES, F. *Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência*. Lisboa: Nursing. 2007. pp. 7-11. 0871-6196.

NUNO, A.; RIBEIRINHO, C.; SILVA, M. *À procura de uma Nova Vida*. S.l. : Revista Sinais Vitais, 2008. pp. 57-61. Vol. 80.

OLIVÉRIO DE PAIVA, R.; [et al.]. *Qualidade dos cuidados de saúde*. Viseu: ESSV-UEMC, 2008. n.35.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *CADERNO TEMÁTICO – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. [em linha] - 2009. [Consult. MAI 2016]. Disponível em: <URL: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos2.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Autor, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dados Estatísticos 31-12-2014*. [em linha] - 2015. pp.1-10. [consult. DEZ. 2015]. Disponível em: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. S.l.: 2002. pp. 39-42.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. [em linha] - 2010. [consult. MAR. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento 350/2015*. [em linha] - 2015. [consult. ABR. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. [em linha] - 2015. [consult. FEV. 2016]. Disponível em: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. [em linha] - 2006. [consult. JUL 2016]. Disponível em: <URL: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>

PADILHA, E. *Auditoria como ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário*. Universidade Estadual de Maringá: Dissertação de Mestrado, 2010.

PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. *O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado*. s.l. : Acta Paul Enferm. 2006. pp. 82-7. Vol. 19.

PARREIRA, P. *Organizações*. Coimbra: Formasau, 2005.

PEREIRA, F. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau. 2009.

PEREIRA, M. *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. Coimbra: Dissertação de Mestrado, 2012.

PERES, A.; [et al.]. *Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa*. S.l.: Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 10. 2013.

PERSON, S.; [et al.]. *Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction*. s.l. : Medical Care, 2004. 42(1), 1-3.

PERTENCE, P.; MELLEIRO, M. *Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário*. s.l. : Rev. esc. enferm. USP. 2010. pp. 1024-1031. Vol. 44. ISSN 0080-6234.

PETERNELLA, F.; [et al.]. *Descobrimo a doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar*. s.l. : Rev Bras de Enfermagem, 2009. pp. 25-31. Vol. 62 (1).

PETRONILHO, F. *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1ª Ed. Coimbra: Formasau. 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.

PETRONILHO, F.; [et al.]. *Caracterização do Doente após Evento Crítico*. Coimbra: Sinais Vitais. (88). 2010. pp. 41-47. ISSN 0872-8844.

PETRONILHO, F. *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007.

PHANEUF, M. *O processo de Enfermagem: generalidades e visão global*. In. *Planificação de cuidados: um sistema integrado personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.

PINHO, M. *Relacionamentos dos cuidados de saúde: problemática inerente*. S.l.: Cadernos de Saúde Pública. 2008. Vol. 24(3): 690-5.

PIRES, C. *Capacitar a família na adaptação ao papel de cuidadora perante situações de dependência aguda*. Santarém, 2012. Dissertação de Mestrado.

POLIT,D.; HUNGLER, B. *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 6ª Ed. Madrid: McGraw-Hill. 2000.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. *Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem*. S.l. : Rev. bras. enferm. Brasília, 2006. Vol.59, n.4.

PONTES, A.; [et al.]. *Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Brasília: Rev Bras Enf, 2008.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

POTTER, P.; PERRY, A. *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Ed. Lisboa: Gradiva. 2008.

RIBEIRO, A. *A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem - Construção e validação de um instrumento de medida*. Escola Superior de Enfermagem S. João, Porto: Dissertação de Mestrado, 2003.

RIBEIRO, A.; [et al.]. *Hotelaria Hospitalar: Buscando Inovação no Padrão de Atendimento ao Cliente através da Humanização*. Goiânia : Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição - CEEN, 2013.

RIBEIRO, O.; [et al.]. *Qualidade dos cuidados de saúde*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2008. 35.

ROCHA, J. *Gestão da Qualidade - Aplicação aos Serviços Públicos* . Lisboa: Escolar Editora, 2006.

RODRIGUES, E. *Boletim do hospital de São Marcos Braga. O outro na perspectiva do cuidar*. ANO XIX (nº2). 2003. pp. 95-101.

ROESE, A.; [et al.] *A produção do conhecimento na Enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar*. Porto Alegre (RS) : Rev Gaúcha Enferm. 2005. pp. 302-7. Vol. 26.

ROLLO, A. *É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?* São Paulo: Hucitec: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público, 2006.

SANTOS, J. *Parceiros nos cuidados - uma metodologia centrada no doente*. Porto: Universidade Fernando Pessoa: s.n., 2002.

SANTOS, S. *Administração aplicada à enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre (RS): João Pessoa: Idéia, 2007. p. 237.

SCHAURICH, D.; [et al.]. *Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007*. Brasil: Esc Anna Nery Rev Enferm, 2010.

SCHÖN, D. *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

SERAPIONI, M. *Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2009. pp. 65- 82. Vol. 85.

SHAW, A.; LUSIGNAN, S.; ROWLANDS, G. *Do primary care professionals work as a team: a qualitative study*. s.l. : Journal of Interprofessional Care. 2005. pp. 396-405. Vol. 19.

SÍCOLI, J.; [et al.]. *Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização*. Interface - Comunic, Saúde, Educ. pp. 91-112. Vol 7. (12). 2003.

SILVA, A. *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João. 2006. ISBN 978-972-8485-76-4.

SILVA, L.; [et al.]. *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*. Rev Latino Enferm. 8 (4). 2000.

SILVA, M.; [et al.]. *Promoção da saúde em ambientes hospitalares*. Brasília: Rev Bras Enferm 64(3): 596-9, 2011.

SILVESTRE, M. *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado.

SIMÕES, S.; GRILO, E. *Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral*. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. 31, 18-23. [Em linha] – 2012. [consult. MAR. 2016]. Disponível em: <URL: http://www.hal.min-saude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf>

SIQUEIRA, V.; [et al.]. *Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem*. S.l. : Rev. Esc. Enferm. USP, 2012. 46 (1); pp.151-157.

SOUZA, M. *O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino*. Brasília : Rev Bras Enferm., 2013.

SPETZ, J. *Public policy and nurse staffing: what aproach is best?* S.l.: Journal of Nursing Administration, 2005. pp. 14-16.

STANTON, M.; RUTHERFORD, M. *Hospital nurse staffing and quality care*. Agency for Healthcare Research and Quality, 2004

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista, 2ª edição*. Loures: Lusociência. 2002.

TAVARES, H. *Articulação de cuidados de enfermagem entre hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2008. Dissertação de Mestrado.

THOMPSON, C.; DOWDING, D. *Decision making and judgement in nursing - an introduction*. Churchill Livingstone: Edition illustrated. 2002. ISBN 0443070768, 9780443070761.

TOMEY, A.; [et al.]. *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TORALLES-PEREIRA, M.; [et al.]. *Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria*. s.l. : Ciênc Saúde Coletiva, 2004. pp. 1013-22. 9 (4).

VENTURA, J. *Necessidades de informação do doente submetido a artroplastia total da anca: contributo do enfermeiro*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.

VIEIRA, L. *Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização*. 2ª Ed. Lisboa: Journal of Aging and Innovation, 2013. Vol. 2.

VILELAS, J. *Investigação - O Processo de Contrução do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo. 2009.

WATSON, J. *Enfermagem pós-moderna e futura, um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência. 2002.

WERHANE, P. *Business ethics, stakeholder theory, and the ethics of healthcare organizations*. Cambridge : Quaterly of Healthcare Ethics. 2000. Vol. 9.

YOUNG, A.; TAYLOR, S.; RENPENNING, K. *Conexions: Nursing research, theory and practice*. St. Louis: Mosby. 2001.

ZOBOLI, E.; [et al.]. *A incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento*. São Paulo: O Mundo da Saúde. 2006. pp. 312-317. Vol. 30.

ZOBOLI, E.; [et al.]. *Hospital: valores éticos que expressam a sua missão*. s.l. : Rev Assoc Med Bras, 2008. 54 (6): 522-8.

ZOBOLI, E. *Ética e administração hospitalar*. 2ª Ed. São Paulo: Loyola: Editora Centro Universitário São Camilo. 2004.

ANEXOS

ANEXO I

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA A REALIZAR AOS ENFERMEIROS

A investigação intitulada “Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: um percurso para a construção de um modelo de cuidados de enfermagem” surge no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Uma vez que sem a sua colaboração não seria possível a realização do referido estudo, agradecemos desde já a participação.

A sua opinião é para nós muito importante. Neste sentido, numa conversa informal, cujo diálogo é absolutamente sigiloso, pretendemos, essencialmente, que reflita connosco, em alguns aspetos da disciplina de enfermagem e da profissão de enfermeiro.

GRUPO I

1 – Serviço onde exerce funções _____

2 – Perfil sociodemográfico e profissional

2.1 – Género

- Feminino
 Masculino

2.2 – Idade _____ (anos completos)

2.3 – Estado Civil

- Solteiro
 Casado/União de Facto
 Divorciado
 Viúvo

2.4 – Condição em que exerce a profissão e tempo de exercício profissional

- Enfermeiro
Tempo de exercício profissional: _____ (anos) _____ (meses)
Tempo de exercício profissional no atual serviço: _____ (anos) _____ (meses)
- Enfermeiro Especialista/Especializado
Área da Especialidade: _____
Tempo de exercício profissional: _____ (anos) _____ (meses)
Tempo de exercício profissional na área da Especialidade: _____ (anos) _____ (meses)
Tempo de exercício profissional no atual serviço: _____ (anos) _____ (meses)

Enfermeiro Gestor/Chefe

Tempo de exercício profissional: _____ (anos) _____ (meses)

Tempo de exercício profissional na área da gestão: _____ (anos) _____ (meses)

Tempo de exercício profissional no atual serviço: _____ (anos) _____ (meses)

2.5 – Graus académicos e/ou outra formação

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Qual?: _____

Doutoramento

Qual?: _____

Pós-Doutoramento

Qual?: _____

Outro(s) Cursos: _____

3 – Teve formação específica referente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem?

Sim

Não

3.1 – Se sim, quantas horas de formação frequentou? _____ horas

GRUPO II

- Como percebe a prestação de cuidados de enfermagem na última década?
- De que forma as teorias de enfermagem são relevantes para a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade?
- No seu dia a dia, em que se baseia para tomar as decisões sobre os cuidados de enfermagem?
- Descreva situações que vivencia no seu contexto de trabalho que considera interessantes, para guiar a sua prática e que contribuem para a qualidade dos cuidados.
- Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem compreendem a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Em relação aos referidos enunciados, relate situações práticas relativas a cada um deles.
- Que conceitos considera importantes para a prática de cuidados de enfermagem?
- Como articula o conhecimento específico da enfermagem no desenvolvimento das práticas multidisciplinares?
- Na sua perspetiva que aspetos são importantes para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem?

ANEXO II

Pedido de Autorização para realizar o estudo

Exmo. Senhor

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de instrumentos de colheita de dados no Centro Hospitalar de [REDACTED]

[REDACTED], estudante do VI Doutoramento em Ciências de Enfermagem da Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, a desenvolver a investigação “Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: um percurso para a construção de um modelo de cuidados de enfermagem”, sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins (ESEP) e coorientação da Professora Doutora Daisy Maria Tronchin (USP – Brasil), vem pelo presente solicitar a V. Exa. que lhe seja concedida a autorização para a recolha de dados [REDACTED]. Para além da aplicação de um questionário aos enfermeiros do referido Centro Hospitalar, pretendemos realizar uma entrevista a um enfermeiro chefe, a um enfermeiro especialista e a um enfermeiro de cuidados gerais, que deverão ser referenciados pelo Enfermeiro Diretor.

A colheita de dados será efetuada com o questionário e o guião da entrevista que se anexa ao pedido. A aplicação dos referidos instrumentos respeitará os princípios éticos inerentes a um trabalho de investigação. Assim, e no que se refere à participação dos enfermeiros, esta será voluntária e não terá qualquer risco associado, pelo que poderão a qualquer momento desistir de colaborar.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão no estudo os enfermeiros que:

- Aceitem participar na presente investigação;
- Exercem a atividade profissional na Instituição há mais de 6 meses.

E como critérios de exclusão no estudo os enfermeiros que:

- Exercem a atividade profissional em serviços de Neonatologia; Pediatria; Obstetrícia; Ginecologia; Psiquiatria; Blocos Operatórios e Consultas Externas.

Importa referir que a investigação está inserida na Unidade Científico-Pedagógica “Formação e Gestão em Enfermagem”, no projeto “Contributos das Tecnologias de Informação na Gestão em Enfermagem/UNIESEP/CINTESIS”.

Acrescenta-se o facto de a investigação ter sido apreciada pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, e aprovada em 20 de Março de 2015, conforme declaração em anexo.

Mais se informa que nos encontramos à disposição de V. Exa. para qualquer assunto ou pedido de esclarecimento.

Agradeço, desde já, a disponibilidade para a análise do pedido solicitado.

Porto, 08 de Maio de 2015

Com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento,

O investigador

Endereço de resposta:

e-mail – [REDACTED]

Morada – [REDACTED]
[REDACTED]

ANEXO III

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A investigação para a qual solicitamos a sua colaboração “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: um percurso para a construção de um modelo de cuidados de enfermagem*”, está integrada no Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

No desenvolvimento de um percurso em que se pretende construir um modelo para a prática profissional de enfermagem, em contexto hospitalar, a referida investigação integra um estudo de abordagem quantitativa e um estudo de abordagem qualitativa.

Neste sentido, e integrado no estudo qualitativo, solicita-se a sua colaboração para a realização de uma entrevista, ao longo da qual se pretende refletir sobre a disciplina de enfermagem e a profissão de enfermeiro.

A sua participação no estudo é totalmente voluntária e não terá qualquer risco associado, pelo que poderá a qualquer momento desistir de colaborar no mesmo. As informações obtidas destinam-se à investigação, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato na sua utilização e divulgação.

Caso concorde em participar, solicitamos-lhe que assine o consentimento informado.

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Ao dispor para qualquer esclarecimento,

Com os melhores cumprimentos,

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Eu, _____ declaro que fui convenientemente informado(a) acerca dos objetivos e procedimentos da investigação “*Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: um percurso para a construção de um modelo de cuidados de enfermagem*”, desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo, tendo-me sido dada oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias e obtido resposta esclarecedora às minhas dúvidas.

Fui informado(a) acerca da garantia de anonimato e confidencialidade de todos os dados.

Mais declaro que a minha participação é voluntária, sendo-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar ou interromper a participação no estudo, sem nenhum tipo de consequências por este facto.

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo e autorizo a gravação da entrevista que será realizada para a recolha de dados, confiando que os mesmos apenas serão utilizados para a investigação. Acrescento que, para além do compromisso da investigadora quanto à destruição do registo, ser-me-á dada a possibilidade de confirmar o teor do texto obtido da entrevista.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura da investigadora
